

Иоахим Данкварт, Эккехард Гаттих

**Показания к высокочастотной аналитической
психотерапии в рамках страхового медицинского
обслуживания
(Руководство)¹**

Danckwardt, Joachim F.:

Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung: ein Manual / Joachim F. Danckwardt; Ekkehard Gattig. Unter Mitarb. Von Georg Bruns...

— Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog, 1996

ISBN 3-7728-1725-4

NE: Gattig, Ekkehard:

¹ © 1996, Joachim F. Danckwardt; Ekkehard Gattig

© 2002, М.М. Пустовойт, И.И. Краснопольская перевод с немецкого языка и стилистическая корректура

© 2002, Научная редакция перевода Христоф Валькер

Содержание

Предисловие

Введение

ЧАСТЬ I: Показания к высокочастотной аналитической психотерапии в рамках страхового медицинского обслуживания

Иоахим Данкварт, Эккехард Гаттих

При сотрудничестве Георга Брунса, Клаудии Франк, Урсулы фон Голдакер, Габриэлы Юнкерс, Эрвина Кайзера, Карла Недельмана, Петера Шрайфогеля

I Введение

II Показания к высокочастотной аналитической психотерапии

A. Общие соображения

B. Медицинские аспекты показаний

C. Процессориентированные аспекты показаний

D. Психодинамические аспекты показаний

1. симптоматика невротического заболевания (симптоматический невроз) акцентуируется вследствие определённого нарушения в нарцисстической регуляции самооценки
2. патогенные фантазии / бессознательные конфликты зафиксировались характерологически и являются связанными в зачастую довольно скудный симптомами невроз характера;
3. расстройства душевных основ делают особенно необходимым предложение уверенности и поддержки дающей функции аналитика ;
4. в клинической манифестации защитной структуры господствуют механизмы расщепления и проекции:
 - a) на части неодушевлённого внешнего мира
 - b) на органы и функции собственного тела
 - c) на отдельных лиц и / или группы и на отношение к ним.

III Дополнение к ведению терапии: Обсуждающий разговор

ЧАСТЬ II: Разъяснения к руководству

I. Высокочастотный аналитический метод лечения в Психотерапевтических Директивах

II. Новые научные знания о клиническом действии высокочастотной аналитической психотерапии

III Новые размышления о модели контингентирования

IV. Руководство

A. Основы и предпосылки

B. Руководство и регламентационная система Психотерапевтических Директив

C. Замечания о пользовании руководством

D. Ключевые слова – Позиции – Спорные вопросы.

Список литературы

Предисловие

Авторы книги и их сотрудники разрабатывают клинические и правовые условия применения высокочастотной аналитической психотерапии в рамках страхового медицинского обслуживания, а также обосновывают её особое преимущество с психоаналитической, исторической и актуальной точек зрения. Понятием «*высокочастотная*» в Германии обычно обозначают терапию с частотой более трех терапевтических сессий в неделю. Если такая терапия финансируется страховыми компаниями, то классический психоаналитический “стандартный метод” называется *аналитической психотерапией*, как формой применения психоанализа в рамках общих законоположений.

Раскрывается важное значение эмоциональной интенсивности отношений врача и пациента, описываются принципы работы с ситуационным генезом переноса, контрпереноса и сопротивления как с «королевской дорогой» в бессознательное, обсуждается влияние переноса на переживания, поведение и телесные функции. Агрессия и либидо описаны в их функциях поддержки и защиты Эго как основополагающие признаки процессов терапевтических изменений.

Континуальность аналитически-терапевтического эмоционального опыта и вневременность бессознательного вступает в противоречие с условиями страхового медицинского обслуживания: медицинской необходимостью, целесообразностью и экономической эффективностью. Тем не менее терапевтически целесообразно, чтобы терапевтом и пациентом были совместно выработаны необходимые условия временных рамок, так как договорённость о терапевтическом сеттинге, к которому могут адаптироваться и пациент, и терапевт является одной из предпосылок терапевтического успеха.

После выхода в 1996 году немецкого, в 1998 английского, а в 2001 испанского вариантов книги, в 2002 году авторы и их сотрудники имеют возможность предложить в данной брошюре международному сообществу свою научную аргументацию на русском языке. Они твердо убеждены, что данное руководство может служить опорной моделью для переговоров с носителями страховых

функций даже в совершенно отличных от Германии общественных и политических условиях. При этом основные принципы и положения психоаналитического мышления не отступают на второй план, скорее наоборот, первоочередное разъяснение сущностных, основополагающих предпосылок аналитического мышления и техники создает эмоциональную и рациональную почву для того, чтобы попытаться достигнуть необходимой согласованности между столь различными языковыми, понятийными и теоретическими мирами психоанализа и внешней реальности.

Мы благодарны доктору М. Пустовойту за его увлеченность созданием русского варианта руководства. Своим научным переводом он заслужил наше особое уважение. Доктор Христоф Валькер оказал большую помощь, неустанно содействуя научной редакции и редакционной обработке настоящего текста. Доктор И. Краснопольская провела стилистическую корректуру перевода, при этом доктор А. Казанская дала много ценных советов. Всем им мы выражаем нашу искреннюю благодарность.

Без помощи Немецкого Психоаналитического Объединения (DPV) этот проект имел бы мало шансов к осуществлению. Поэтому мы также благодарны объединению за оказанную поддержку.

Не в последнюю очередь наша благодарность касается всех коллег, которые своим одобрением или доброжелательной критикой нас поддерживали и стимулировали, они сослужили хорошую службу нашему общему делу.

Апрель 2002 года.

Др. Иоахим Данкварт

Др. Эккехард Гаттих

Введение

Понятие психоанализа было введено Зигмундом Фрейдом в 1896 году для обозначения учрежденного и разработанного им учения о бессознательных душевных процессах.

В своей более поздней работе «Психоанализ и теория либидо» Фрейд дал определение психоанализа, которое уже много лет признано и почитаемо в психоаналитических кругах. Он писал: «Психоанализ — это название: 1) метода исследования душевных процессов, иными путями почти недоступных; 2) метода лечения невротических расстройств, основанного на вышеназванном методе исследования; 3) ряд обретенных на этом пути психологических открытий, постепенно перерастающих в новую научную дисциплину» (1923 а, с. 211).

Клиническая область применения психоанализа давно уже не ограничивается терапией невротических расстройств. Дальнейшее ознакомление с терапевтическими возможностями этого метода принесло психоаналитикам растущую профессиональную компетентность и открыло новые горизонты. Спектр показаний расширился на лечение психосоматических болезней, характерологических или личностных расстройств и близких к психозам заболеваний. Понятие Анны Фрейд “widening scope” емко характеризует эту важную веху в развитии психоанализа.

Хотя Фрейд никогда специально не представлял теоретически терапевтическую концепцию психоанализа саму по себе, разнообразные результаты его клинических исследований, предложения и “советы” касательно терапии все же привели к выработке у психоаналитиков ряда единодушных представлений относительно предпосылок и возможностей (его) метода.

Со времен Фрейда все психоаналитики в своей практике руководствовались некими немногочисленными основными принципами, которые получили значение профессиональных направляющих линий:

- аналитическая терапия должна быть свободна от назидательно-манипулятивных элементов, в то же время она должна осуществляться как бы «бестенденциозно»;

- исходя из того, что бессознательные душевные процессы или переживания не подчиняются действующим логическим принципам внешней реальности и им не ведомы ограничения времени и пространства, аналитический процесс должен протекать согласно закону вневременности бессознательного и в принципе не определяется параметрами внешней реальности;
- психоаналитический метод основывается на принципе господства свободы и подчинен лишь одному — поиску субъективной истины пациента;
- все без исключения договоренности о проведении психоанализа следует понимать как в высшей мере интимные дела между анализандом и его аналитиком. Это же распространяется на вопросы места и времени терапии, частоты сессий в неделю, размера гонорара и способа оплаты.

Все эти договоренности призваны помогать установлению благоприятных для Эго пациента психологических условий и стимулировать развитие конструктивных аналитических процессов.

Таким образом, “классический анализ” или “стандартный метод психоанализа” в широком смысле свободен от внешних влияний, не являющихся непосредственной продукцией бессознательного и способных значительно нарушить (а то и уничтожить) интерпретативную способность аналитика. Также особым образом поддерживается и оберегается интимность психического пространства внутри аналитических отношений. Аналитический процесс предполагает диадическую структуру. Внешняя реальность представлена интерпретативной активностью аналитика, незыблемостью рамок и условий аналитического метода, т.е. опосредованно и, как бы, в преломлении.

Изменение рамочных условий психоаналитической терапии, обозначенных Eissler (1953) как «параметры», допускаются порой в качестве терапевтически-технически необходимых, но в каждом случае временно ограниченных смягчений стандартного метода.

В Германии национал-социалистический режим, желая уничтожить психоанализ, преследовал, уничтожал, а также изгонял психоаналитиков, разрушая институциональные основы психоанализа. С окончанием Второй мировой войны рухнула существовавшая политическая система, а с нею и прежняя структура общественного здравоохранения. Свободное демократическое мышление было призвано создать новую систему здравоохранения, в которой каждый человек вправе рассчитывать на оптимальную страховую поддержку в случае болезни. Отныне затраты на каждый частный случай неслись солидарным сообществом всех членов страховой медицины. Внесение квалифицированной психотерапии в перечень услуг, обеспечиваемых страховыми компаниями, стало выражением политических стремлений к демократизации общества.

Все это время немецкие психоаналитики не оставляли попыток воссоединения с Международным Психоаналитическим сообществом и получили в своём стремлении великодушную солидарную поддержку. Многие годы зарубежные коллеги приезжали в Германию, чтобы помочь нам наверстать упущенное в научном развитии психоанализа за почти 20-летний период. В процессе приближения к международным стандартам психоанализа, немецкие психоаналитики сочли возможным предоставить их клиническую компетентность государственной системе психотерапевтического обслуживания. После долгих колебаний и споров, было сознательно принято такое решение. Некоторые коллеги в Германии и в зарубежных отделениях Международной Психоаналитической ассоциации (ИПА) порой оспаривали правомерность этого решения. Но мы не считаем его ошибочным. Нам думается, что на то время это решение немецких психоаналитиков было единственно верным и неизбежным. Оно явилось следствием убеждающей силы психоанализа, его учреждающего проникновения в общую культуру и в развитие многих сфер общественной жизни возрождающейся Германии.

Мы считаем, что наряду со многими другими истоками такого решения, немецкими психоаналитиками в немалой мере двигало бессознательное желание уменьшить невыносимую вину за войну, разруху и голокост посредством обеспечения психотерапевтической помощью невротически страдающих людей.

Возможно психоанализ в Германии сильнее, нежели в других национальных отделениях ИРА, связан именно с терапевтическими элементами, поскольку его возрождение осуществлялось на основе глубокого желания психоаналитиков принять терапевтическую позицию.

Основы финансирования аналитической психотерапии системой медицинского страхования в Германии

В Германии более 95% населения охвачено системой медицинского страхования и вправе вполне законно претендовать на оплату расходов на психотерапию, если для того имеются специфические предпосылки. Правом и обязанностью страховых компаний является проверка (1) медицинской необходимости, (2) целесообразности и (3) экономической эффективности такого финансирования.

Из практических соображений эта проверка предпринимается в Германии перед началом терапии. Но вместе с тем, предоставление (или отклонение) финансирования терапии третьим лицом (“third party payment”) неизбежно означает грубое вторжение в интимность и независимость диадических отношений между пациентом и терапевтом. Оба они более не являются единственно ответственными друг перед другом в своих договоренностях о проведении терапии, но должны теперь обосновывать и оправдывать их перед третьим лицом — системой страхования и ее регламентационной системой. Учреждающие элементы психоанализа (бестенденциозность, вневременность и господствующая свобода) претерпевают изменения и ограничения в силу введения нового «параметра».

Психоанализ, как метод терапии, не мог быть принят в систему медицинского страхования в своей классической форме “стандартного метода”. Бестенденциозный психоанализ дал начало применяемым ныне формам психоанализа: (1) низкочастотной аналитической психотерапии (с одной - двумя сессиями в неделю) и (2) высокочастотной психоаналитической терапии (с тремя-четырьмя и более сессиями в неделю).

Перед началом такой терапии необходимо обосновать медицинскую необходимость применения в данном частном случае высокочастотной терапевтической техники, доказать нецелесообразность ее замены иной

терапевтической техникой, а также предоставить доводы её прогностической благоприятности, т.е. экономической эффективности. Эти обоснования перепроверяются экспертами инкогнито и должны быть понятными и убедительными.

Высокочастотная аналитическая терапия состоит на вооружении немецких психоаналитиков уже более 30 лет. За это время, благодаря постоянному расширению научных знаний и клинического опыта, стали возможными изменения условий системы медицинского обеспечения. Однако, возникли противоречия с государственной регламентационной системой страхового медицинского обслуживания, остававшейся излишне ригидной и косной. Деловые дискуссии по этому поводу все более и более обременялись идеологическими искажениями. Начавшиеся с 1986 года всё возрастающие препятствия и ограничения в применении психоанализа, в 1992 году привели к исключению высокочастотной аналитической психотерапии из перечня услуг страхового медицинского обслуживания. Для аналитической психотерапии была утверждена частота не более трех сессий в неделю. Дополнительно подчеркивалось, что запланированную изначально как высокочастотную аналитическую психотерапию следует рассматривать в качестве психоанализа, что, в свою очередь, исключает возможность её финансирования в рамках страхового медицинского обслуживания. Это решение обосновывалось тем, что не существует доказательств преимущества психоанализа как терапевтического метода. Кроме того приводился аргумент, что регрессивные процессы, обусловленные применением психоаналитических техник могут достичь такой глубины, что терапия не будет укладываться в рамки предоставленного страховыми компаниями терапевтического количества сессий.

Предлагаемым *Руководством* авторы вступают в борьбу за возвращение высокочастотной аналитической психотерапии в перечень услуг страхового медицинского обслуживания. Группа опытных психоаналитиков пробует понятно и убедительно изложить накопленные научно-клинические знания для непсихоаналитиков. Оказалось, что такая работа имеет особое значение, поскольку детали аналитической работы, широко известные и само собой разумеющиеся для

психоаналитиков, совершенно непонятны широкой общественности, в том числе и представителям страховых служб здравоохранения.

Руководство научно обосновывает наши позиции в переговорах со страховыми компаниями и государственной системой здравоохранения.

В 1996 году мы наконец достигли следующих результатов:

1. Высокочастотная аналитическая психотерапевтическая техника была признана в качестве научно обоснованного метода.
2. Периодически аналитическая психотерапия может проводиться в условиях высокочастотного сеттинга (3 и более сессий в неделю)

В настоящей книге авторы и их сотрудники предлагают международной профессиональной общественности свою научную аргументацию. Они твердо убеждены, что данное руководство может служить опорной моделью для переговоров с носителями страховых функций даже в совершенно отличных от Германии общественных и политических условиях. При этом основные принципы и положения психоаналитического мышления не отступают на второй план, скорее наоборот, первоочередное разъяснение сущностных, основополагающих предпосылок аналитического мышления и техники создает эмоциональную и рациональную почву для того, чтобы попытаться достигнуть необходимой согласованности между столь различными языковыми, понятийными и теоретическими мирами психоанализа и внешней реальности.

Результаты исследований эффективности аналитической психотерапии

Параллельно профессионально-политическим переговорам, Немецкое Психоаналитическое Объединение (DPV / IPA) в 1994 году приступило к научной разработке вопросов эффективности аналитической психотерапии и с тех пор прилагает значительные персональные и финансовые усилия для изучения данной проблематики. Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger & Beutel в 2001 году представили критически-методическое катамнестическое исследование, в котором скомбинированы качественные психоаналитические наблюдения с количественными методами. На репрезентативной выборке ($n = 401$) были изучены результаты проведенной в 1990-1993 годах долговременной аналитической

психотерапии через 6 лет после ее окончания. Наряду с опросом пациентов и лечивших их терапевтов, были подняты и изучены оценки независимых экспертов, а также данные страховых компаний. Вот некоторые результаты: “более 70% пациентов удовлетворены терапией и констатируют улучшение общего состояния, остающегося стабильным и через 6 лет после окончания терапии. Более 70% отмечают оптимизацию преодоления жизненных трудностей, улучшение самооценки, настроения, удовлетворенность жизнью и повышение работоспособности. В течение, и после терапии наблюдается отчетливое снижение количества амбулаторных посещений врачей, дней нетрудоспособности, койкодней и употребления медикаментов, что также остается стабильным и через 6 лет после окончания терапии. При этом речь идет о выше среднего нарушенных и травмированных пациентах (нарцисстические и пограничные личностные расстройства, психозы, тяжелые множественные расстройства, депрессии, личностные расстройства с навязчивостями).

Рис. 1

На рис. 1 в трех измерениях ((1) способность к саморефлексии; (2) креативность и работоспособность; (3) способность завязывать, налаживать и сохранять отношения) показаны изменения пациентов, прежде проходивших психоанализ. К этому прибавались оценки обширных материалов интервьюирования пациентов независимыми специалистами. Они также подтвердили положительный эффект.

Рис. 2

Данные пациентов, полученные на основании стандартизированного опросника нынешней обремененности симптоматикой (SCL-90R), доказывают устойчивость эффекта долговременной терапии в сравнении с другими выборками. Как изображено на рис.2, участники катамнестического исследования даже спустя 6 лет после окончания терапии в среднем гораздо меньше обременены симптомами нежели другие выборки пациентов (пациенты психосоматической поликлиники, частной практики, психосоматического стационарного отделения). Их обремененность симптоматикой и удовлетворенность жизнью достигает общепопуляционного уровня. Эти результаты свидетельствуют не только об

отчетливом симптоматическом улучшении, но также о высокой стабильности достигнутых эффектов терапии”.

Рис. 3

Рисунок 3 изображает картину расходов по нетрудоспособности и по пребыванию на стационарном лечении (до начала, в течение, и после психотерапии) на основании данных страховых компаний. Как видно: подтверждается экономия средств благодаря долговременной аналитической терапии. Это же отмечается и спустя 6 лет после окончания терапии. В значительной мере эти данные совпадают с результатами исследования Dührssen & Jorswieck, проведенного в 1965 году. Именно на основании указанного исследования Dührssen & Jorswieck (1965) аналитический психотерапевтический метод был принят в обязательное медицинское обеспечение государственными страховыми компаниями. Аналогичные результаты были также недавно получены Keller et al. (2001).

Результаты наших работ вполне сопоставимы с другими европейскими исследованиями. Начиная со Стокгольмского исследования (Sandell et al., 1997) неоднократно указывалось на то, что достигнутые в результате интенсивного психоанализа с высокой частотой сессий терапевтические эффекты удерживаются и даже прогрессируют в дальнейшем после окончания терапии. Эти эффекты, прежде всего, касаются лучшего преодоления жизненных трудностей и снижения общего количества жалоб. Аналогичные тенденции показало изучение эффектов психоаналитической терапии в рамках Гейдельбергского катамнестического проекта (von Rad, Senf & Bräutigam, 1998).

Информационная брошюра Немецкого Психоаналитического Объединения (2001) под редакцией Beutel, Leuzinger-Bohleber & Rasting предлагает обзор литературы по данному вопросу. Обобщив результаты Гейдельбергского катамнестического проекта (von Rad, Senf & Bräutigam, 1998), Берлинского психотерапевтического исследования (Rudolf, Manz & Ori, 1994), Стокгольмского исследования (Sandell et al., 1997) Гейдельбергского проспективного исследования (Rudolf et al., 2001) и Мюнхенского исследования (Huber et al., 2001) и принимая во внимание данные Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger & Beutel (2001), можно сделать

вывод, что 60-90% пациентов получают значительную пользу от психоанализа. К тому же большинством исследований подтверждается тот факт, что более длительная терапия ведет к лучшим и более устойчивым результатам лечения (Crits-Christoph & Barber, 2000).

В заключение необходимо указать на еще одну особенность работы Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger & Beutel (2001). В исследование была включена репрезентативная выборка ($n = 401$) долговременных аналитических терапий, проведенных квалифицированными и опытными психотерапевтами (врачами и психологами — с высшим медицинским либо психологическим образованием). В качестве “квалификационного сертификата” признавались стандарты IPA, в качестве “сертификата опытности” — как минимум пятилетний стаж профессиональной практики после окончания психоаналитического образования согласно стандартов IPA. Таким образом речь идет об аналитических терапевтах, не только сведущих в различных способах установления показаний (объективные / субъективные), но имеющих пятилетний опыт установления процесс-ориентированных аспектов показаний в управлении психоаналитическими процессами. Это указание на тесную взаимосвязь процесс-ориентированных показаний и психоаналитических процессов диктуют необходимость в *руководстве* подобного рода.

**Показания к высокочастотной аналитической психотерапии в рамках
страхового медицинского обслуживания
(Руководство)**

Иоахим Данкварт, Эккехард Гаттих

При сотрудничестве Георга Брунса, Клаудии Франк, Урсулы фон Голдакер, Габриэлы Юнкерс, Эрвина Кайзера, Карла Недельмана, Петера Шрайфогеля

I. Введение

1. Высокочастотная аналитическая психотерапия является одной из форм применения психоанализа как метода лечения в рамках страхового медицинского обслуживания. Она соответствует Психотерапевтическим Директивам, согласно которым проведение аналитической психотерапии организовано в рамках страхового медицинского обслуживания.
2. Высокочастотная аналитическая психотерапия, являясь одной из форм аналитической психотерапии, характеризуется высокой частотой сессий и связанными с этим особенностями аналитического процесса. Она позволяет достигать определённой плотности интерпретаций и интенсивности развития переноса-контрпереноса, с помощью которых достигается эмоциональная непосредственность аналитического процесса, обуславливающая определенные успехи лечения.
3. Медицинские показания для этой формы аналитической терапии в каждом отдельном случае обосновываются отдельно.
4. В основе «аналитической психотерапии» согласно Психотерапевтическим Директивам лежит психоаналитическое понятие о лечении, которое охватывает как общие понятия о функциях психики, так и психоаналитические представления о понятиях «психическое развитие», «психическое здоровье», «психическое заболевание» и «психическое расстройство и / или психическая неполноценность».
5. Психотерапевтические Директивы исходят из того, что «психическое здоровье» является выражением и результатом психической зрелости и дифференцированности. Психическая зрелость и дифференцированность обуславливают достаточную степень переносимости конфликтов между

бессознательными фантазиями и сознательной, или же доступной осознанию, реальностью, а также способность интегрировать эти конфликты во внутренние переживания. Поэтому гибкость в обхождении с собственным бессознательным при соприкосновении с внешней реальностью может служить показателем «психического здоровья». Недостаточная же гибкость, напротив, является результатом патологически действующих защитных механизмов и служит показателем «психического нездоровья».

6. Если нарушена способность человека устанавливать ориентированную на реальность связь между его внутренним миром (фантазиями) и условиями внешней жизненной ситуации, а Эго больше не в состоянии гибко и с оглядкой на реальность регулировать болезненные бессознательные фантазии в активизировавшихся актуальных конфликтах проб и ошибок, то могут формироваться значимые болезненные симптомы.

7. Душевные заболевания, по крайней мере те при которых показана аналитическая психотерапия, часто проистекают не только из актуального психического конфликта, но к тому же из болезнетворного расстройства организации основных душевных функций, лежащего в основе этого конфликта. Психотерапевтические Директивы говорят в этой связи о «патологических изменениях душевных структур».

8. При определённых условиях и в единичных случаях такие нарушения могут содержаться изолированно, вследствие чего они настолько укрепляются и хронифицируются, что ещё больше ограничивают уже и без того болезненно нарушенные функции в смысле «душевной неполноценности». Тогда «душевная неполноценность» также имеет значение болезни и является симптомом хронифицированного, и при этом длительно действующего, болезненного расстройства одной или многих основных психических функций. Психотерапевтические Директивы предусматривают, что такого рода душевная неполноценность может обосновывать показания к аналитической психотерапии, в случае если устранение или уменьшение неполноценности дает возможность благоприятного прогноза относительно симптоматики и установления необходимых структурных изменений.

9. Для выработки показаний согласно Психотерапевтическим Директивам необходимо оценивать «болезненное состояние во всей его сложности, даже тогда, когда терапия может стремиться лишь к частичным целям» (Психотерапевтические Директивы, А. 6).

II. Показания к высокочастотной аналитической психотерапии

А. Общие соображения

10. Показания к высокочастотной аналитической психотерапии (свыше трех сессий в неделю) требуют особенного обоснования.

11. В отличие от соматической медицины, такие показания объясняются не только диагностически-нозологическими представлениями; они в гораздо большей степени должны принимать во внимание специфичность и особенности интрапсихических условий пациента, его сознательное и бессознательное отношение к собственному заболеванию, его желание лечиться и связанные с этим цели лечения. Этими субъективными аспектами манифестируют лежащие в основе заболевания бессознательные фантазии, оказывающие детерминирующее влияние как на субъективное переживание заболевания, так и на сознательные и бессознательные ожидания от терапии.

12. Именно субъективность пациента становится предметом наблюдения, распознавания, и в определенном отношении объективизации в структуре отношений врач-пациент (прототипически: в ситуации первичного интервью). Динамическое первичное интервью, наблюдение за протеканием первичного интервью, освещение необходимых объективных данных, а также общее обсуждение представлений о терапии здесь являются необходимыми модальностями исследования.

13. При интерпретации основных установок психотерапии особое внимание уделяется участию пациента в процессе установления показаний, его опасениям и его мотивации. Для показаний к высокочастотной технике лечения это приобретает особое значение, ибо касается как определяющей способности пациента к автономии для терапевтического процесса, так и его готовности (и его страха) откликнуться на передаваемое предложение о помощи.

14. Выражаясь другими словами: предметом психоаналитического исследования являются конструктивные, стремящиеся к изменениям и оздоровлению силы, а также те силы, в которых патологические аспекты личности поддаются распознаванию; в них соответственно организовываются особенные защитные структуры, препятствующие изменениям и призванные сохранять прежние патологические способы решения конфликтов. Эти защитные силы направляются также против процесса исследования, потому они доступны распознаванию и имеют особое значение для установления показаний.

15. Для этого требуются особые знания и опыт исследователя.

16. В некоторых случаях выбор техники лечения с более низкой частотой может быть результатом воздействия бессознательного пациента и указывать на неотрефлексированную контрпереносную установку; и наоборот, огульное (чрезмерное) применение высокочастотной техники может определенным образом быть проявлением неотрефлексированных методических предпочтений.

17. Психические расстройства, обуславливающие необходимость высокочастотной терапии как правило связаны с нарушением основ душевных процессов. Установление показаний должно прояснить, каким образом и в какой степени эти структурные расстройства участвуют в развитии и поддержании болезненного процесса. Кроме того, установление показаний нуждается в концептуализации ожидаемого влияния этих расстройств на процесс терапии и, наконец, они должны исходить из представлений, подкрепляемых клиническим опытом и обосновывающих предположение о том, что выбор более высокой нежели трехчасовой частоты сессий является конструктивным для процесса терапии и необходимым для достижения терапевтических целей.

В. Медицинские аспекты показаний

18. Для техники аналитической терапии понятия о фиксации и регрессии имеют центральное значение. Они охватывают с одной стороны феномены, искажающие переживания пациента, так как структура опыта прошлых стадий развития неизменно действует в бессознательном. С другой же стороны они охватывают терапевтически-конструктивные процессы, благодаря которым в процессе лечения

восстанавливается эмоциональный доступ к таким защищенным структурам (т.е. к бессознательным фантазиям) (структурная регрессия).

19. До сих пор в пояснениях к Психотерапевтическим Директивам уделялось чрезмерное, а потому одностороннее внимание временному аспекту регрессии. В области применения высокочастотной аналитической психотерапии необходимо помнить, что информация о глубине и структуре регрессии содержит не только указание на временную «точку» задерживающей развитие болезненной фиксации влечений (временная регрессия), но прежде всего дает возможность прогностической оценки структуры защитных механизмов, преобладающих в происхождении болезни, а также их ригидности либо курабельности.

20. Из прежних размышлений о показаниях к высокочастотной аналитической психотерапии с медицинской точки зрения следует констатировать:

21. Высокочастотная аналитическая психотерапия может быть показана если:

22. — в симптоматике «классических» симптом- и характерневрозов проявляется значительная интенсивность регрессии, которая должна быть охвачена в ходе лечения, ибо она может иметь место на каждом уровне организации и структуры. Это же имеет значение, если душевное расстройство пациента определяется далеко идущими Эго-синтонными защитными механизмами такими как интеллектуализация, аффектуализация и отрицание, которые усиливают Я (self) за счет нарциссических успехов. Это же правомерно для случаев с господствующей тенденцией к процессам расщепления и проекции и для определённых социально приемлемых форм морального мазохизма.

23. — в симптоматике проявляется особенно глубокая регрессия и поэтому она должна быть охвачена в ходе лечения. Это прежде всего правомерно тогда, когда решающие для психопатологии пациента интрапсихические конфликты были заложены в особо раннем детстве (например: в первой половине первого года жизни) и осложнили последующее развитие.

24. — либо кратковременно (например, для пациентов с выраженными актуальными переживаниями утраты), либо продолжительно (например, у пациентов в патогенезе которых переживания потери получили решающую

структурообразующую роль) в терапии становится необходимой усиленная поддерживающая функция аналитика.

25. — аналитик имеет большое значение для пациента преимущественно в качестве реального объекта. Это часто встречается при таких расстройствах, которые связаны с утратой объекта, либо с существенным ограничением способности к символизации и Я-объект дифференциации (например, при некоторых психосоматических расстройствах, при расстройствах, близких к психозам, при поддающихся терапии психотических расстройствах, кроме того, при заболеваниях, характеризующихся отчетливыми аутодеструктивными импульсами).

С. Процессориентированные аспекты показаний

26. Исследования частных случаев интенсивной терапии указывают на соотношение сопротивления и переноса как на процессориентированный критерий показаний к длительной высокочастотной аналитической психотерапии.

27. Такие исследования показывают, что в случаях, которые диктуют необходимость проведения высокочастотной аналитической психотерапии, ведущей чертой лечения становится сопротивление попыткам устранения определённого модуса переноса.

28. В низкочастотной аналитической терапии знание о действии негативного переноса может быть поставлено на службу терапии. Тогда позитивный перенос может быть использован для обработки негативного переноса с помощью внеаналитических переносов. Но если вследствие психодинамики пациента, сопротивление против восприятия подобного переноса касается внутрианалитических отношений врач-пациент и, таким образом, использование переносных отношений становится ведущей чертой терапии, необходима особая терапевтическая техника.

29. В этой ситуации невротические конфликты больше не могут быть действительно обработаны с помощью внеаналитических отношений, а только лишь внутри отношений врач-пациент. Наряду с рабочими отношениями между врачом и пациентом возникают отношения переноса, которые можно сравнить с фантазиями и охарактеризовать следующими критериями: они переживаются пациентом как

реалистичные, Эго-синтонные (acting in), социально синтонные (acting out) и адекватные. На самом же деле речь идёт о проявлениях навязчивого повторения, что связано с риском крушения новых, благотворных объектных отношений, а следовательно и терапии. Клинической характеристикой данной ситуации является, например, негативная терапевтическая реакция или синдром изменчивой клинической картины (Syndrom-Shifts).

30. Если сопротивление устранению определённого модуса переноса проработано недостаточно, терапевтические отношения будут сопровождаться навязчивым повторением. Терапевт приходит в негодность, как и первичный внутренний объект в жизни пациента, и тогда терапия неэффективна. Только на многочисленных прогрессивных аналитических событиях, соответствующих этой констелляции, пациенту можно продемонстрировать, что таким образом он здесь и сейчас пробует сделать терапию непригодной к употреблению, а помогающий объект превратить в бесполезный.

31. Терапевтические цели в таких случаях часто достигаются лишь длительным и кропотливым трудом. На пути к их достижению велико значение той констелляции, что установилась в лечении и прежде делала пациента больным. При таком лечении частота сессий должна быть достаточно высока и в промежутке между ними не должно происходить слишком большого внедрения во внеаналитическую реальность, что может привести к отрицанию и контркатектированию этого феномена. Сообщения пациента на следующий день имеют столь же ценное значение для проработки невротического процесса, как и дневные остатки для расшифровки сновидения. Они являются «отголосками дня» последней сессии и дают терапевту возможность показать пациенту и дать ему уяснить, что он за это время (без реального присутствия терапевта) сделал с опытом изменений предыдущей сессии.

32. В происходящих между сессиями навязчивых повторениях выражается вклад невротического расстройства в проработку предыдущей сессии. Исполняя желания, они являются деструктивными частями в отношении к прогрессу лечения; деструктивными постольку, поскольку вновь позволяют утратить и свести на нет приобретения предыдущей сессии (рассматривая их как неудовольствие, связанное

с чувствами страха, боли, стыда или вины), и поскольку возвращают к полным удовольствия (или страданий) желанным переживаниям. В навязчивых повторениях каждый раз проявляется стремление избежать опыт актуального специфического неудовольствия терапевтическими отношениями. Это происходит таким образом, что, например, чувства вины и стыда, порождаемые завистливым соперничеством с терапевтом, немедленно замещаются разочаровывающими, возможно давно известными чувствами подавляемости и необласканныости, ибо пациент вновь чувствует себя непонятым, в этот раз уже психотерапевтом (чем, в определённых обстоятельствах, удовлетворяется бессознательная потребность в наказании).

33. Проработка этого процесса может дать возможность пациенту уяснить, что речь идёт не о неправильном отношении или отказе со стороны окружения либо терапевта, но о гениальных реакциях в рамках его собственной патологии. Благодаря этому предотвращается необходимость воспринимать себя в качестве жертвы внешних обстоятельств. При более низкой частоте сессий было бы гораздо тяжелее охватить эти отношения и связи в силу активности определённых механизмов защиты, таких как отрицание и проективный антикатексис. Во всяком случае они были бы менее доступными переживаниям, менее постижимыми, менее открытыми истолкованию, а следовательно, менее поддающимися изменению.

34. При более низкой частоте сессий, в упомянутых выше условиях, доминирует навязчивое повторение. Это означает, что пациент не может приобрести новый, по сравнению со своим прошлым, опыт иных отношений с объектом. Чувство, что в мире не происходит изменений, и исходящие из этого чувства бесполезности, безнадёжности и отчаяния было бы тогда гораздо сложнее проработать, а подчас и вовсе невозможно.

35. Благодаря диалектике интенсивной, следующей друг за другом, чередой сессий и промежутков между ними, для пациента можно сделать доступным его отрицание изменений или же нового. Увеличение промежутков между сессиями содействует защитному избеганию этого необходимого опыта.

36. Обоснование высокой частоты несет в себе не только лишь функцию поддержки и постоянства, но и связанные с частотой терапевтические меры по

охвату и переживанию причинных невротических связей. Эти терапевтические шаги осуществляются в проработке актуального генеза невротических граней трансферентных отношений, то есть опыта отношений здесь и сейчас.

37. В навязчивом повторении, в рамках отношений между терапевтом и пациентом, особенно проявляется готовность деструктивной установки по отношению к новому опыту, которая среди прочего находит своё выражение в форме негативной терапевтической реакции, а также в форме синдрома изменчивой клинической картины (Syndrom-Shifts). При интенсивной последовательности сессий в отношении негативной терапевтической реакции с пациентом могут быть установлены динамически релевантные симптом-контекст-отношения: правильное, переживаемое ознакомление, в определённый момент сделавшее возможным шаг в направлении изменения патологии, впоследствии превратилось в противоположность. Подобное же относится и к синдрому изменчивой клинической картины (Syndrom-Shifts): здесь также при помощи высокой частоты сессий может быть аффективно представимо, каким образом переживающее ознакомление, которое на короткое время сделало возможным устранить симптом, снова было отброшено, а пациент как бы «окопался» новым симптомом.

38. Как и для этих двух проявлений негативного переноса, для основательной проработки негативного переноса в целом существенно то, что высокая частота сессий облегчает проработку деструктивных импульсов, а в определённых условиях является и единственно возможным условием эффективной терапии. Эта проработка конкретной терапевтической ситуации всё более и более помогает пациенту воспринимать такие импульсы в качестве его собственной психической реальности, а также интегрировать их, вместо того чтобы проецировать вовне. Такая интеграция позволяет ему вновь гибко формировать объектные отношения и более не переживать себя в качестве их жертвы. Одна лишь конфронтационная техника оказывается недостаточной для ознакомления пациента с ситуативными связями, а поэтому в таких случаях она является недостаточным средством помощи.

39. Обоснование высокочастотной аналитической терапии в таких случаях опирается на процесс достаточно осознанной проработки, в течении которого

переживаются малейшие нюансы, ибо понимание достигнутое путём отыгрывания может со временем кануть в Лету.

D. Психодинамические аспекты показаний

40. Следующие размышления о показаниях предлагаются лишь в качестве примера: они ни в коем случае не являются полными, даже в описании частных случаев. Также не предполагается сведения принципа комплексного воздействия защитных механизмов до частных, изолированных форм защиты. Показания в конкретном частном случае основываются на репрезентации соответствующей частной защитной структуры, которая возникает в результате специфического взаимодействия различных защитных механизмов.

41. Высокочастотная аналитическая психотерапия с частотой более чем 3 сессии в неделю может быть показанной, если:

42. — 1). симптоматика невротического заболевания акцентируется вследствие определённого нарушения в нарцисстической регуляции самооценки;

43. — 2). патогенные фантазии (то есть бессознательные конфликты) зафиксировались характерологически и являются связанными в зачастую довольно скудными симптомами невротического характера;

44. — 3). ввиду наличия расстройств душевных основ, предложение безопасности и поддержки дающей функции аналитика является особенно необходимым;

45. — 4). в защитной структуре господствуют расщепление и проективные механизмы.

46. — 1). *Симптоматика невротического заболевания (симптоматический невроз) акцентируется вследствие определённого нарушения в нарцисстической регуляции самооценки*

47. Нарушения в системе регуляции самооценки (нарцисстические конфликты) выступают при всех невротических заболеваниях со своими соответствующими характеристиками. Таковые нарушения самооценки являются симптоматическими и могут серьёзно вредить терапевтическому процессу, тормозя эмоциональность, ограничивая способность к связям и в целом снижая способность переносить негативные аффекты и конфликты. Отсюда часто возникает настойчиво-

манипулятивная потребность в подтверждающем контакте, который однако не может переживаться в качестве удовлетворяющего.

48. Если, например, невротическая симптоматика пациента организована преимущественно на эдипально-инцестуозном уровне образования фантазий и кроме того, вследствие фиксации на оральном уровне развития влечений, имеется неинтегрируемая амбивалентная идентификация с первичным объектом, тогда истерический страх переполняющего сексуального возбуждения может смешиваться с нарцисстическими страхами разрушения Я (self).

49. При этом содержания патогенных фантазий о сексуально возбуждающем объекте активируют глубоко лежащий страх оказаться беспомощным перед произволом деструктивных аспектов первичного объекта и быть ущемлённым в своей базальной потребности в безопасности.

50. В таких случаях истерическую симптоматику удастся проработать только тогда, когда эти глубокие слои личности могут ожить в переносе. Тесное сопряжение этих двух уровней психических переживаний может очень быстро вести именно к тому, что интенсификация эмоциональных процессов в терапии запускает страхи перед агрессивно-деструктивными импульсами, которые могут оборонительно выставляться для поддержки собственного Я (self) путем дистанцирования объекта либо проецирования на объект. Опыт расставания и отсутствие непрерывности в переносе приводит тогда к интенсификации фантазий о деструктивном потенциале связи с объектом. Выбор же высокой частоты может помочь поддержать пациента в его базисной потребности быть уверенным в том, что объект не разрушен, а стало быть, и не потерян.

51. — 2). *Патогенные фантазии (бессознательные конфликты) / зафиксировались характерологически и являются связанными в зачастую довольно скудный симптомами, невроз характера*

52. В таких случаях защита может быть особенно ригидной, потому что она прямо воздействует на психическую функцию образования фантазий, тормозит её и этим изменяет Эго. Бессознательные конфликты превращаются в аспекты характера и переживаются как Эго-синтонные. Здесь они больше не связаны на переднем плане в невротический симптом, но фрагментированы в часто едва доступные

восприятию «свойства» жизненного стиля, характера, а также актуального поведения и таким образом рассеяны по всему образу жизни пациента. Реалистические аспекты в отношении к аналитику получают, следовательно, особенное значение в ходе терапевтических событий.

53. Часто невротические страдания этих пациентов выражаются в относительно диффузных чувствах депрессивной настроенности и общего неудовлетворения, вновь и вновь повторяющимися крушениями в организации жизни и отношений. Но также часто жизненный партнер или люди из социального окружения переживают отчетливее чем сам пациент исходящие от него конфликтный потенциал и напирание силы. Тогда, хотя именно пациент имеет болезнетворный бессознательный конфликт, однако симптоматику проявляют другие.

54. Защита чаще всего охватывает многие фазы развития влечений и переживается в качестве стабилизирующего элемента в преодолении реальности. Отсюда существенным образом достигается вторичная выгода от болезни.

55. Многоуровневый процесс реактивных образований, смещений и изоляций в процессе лечения должен потечь в обратном направлении.

56. Для того чтобы освободить Эго-функцию формирования фантазий, пациент в процессе лечения должен понять, что аналитик-объект является отдельной сущностью с собственными правами и ведёт независимое от него существование; он должен пережить этот болезненный факт и смочь принять этот аффект как часть его внутреннего мира. Впервые с этим шагом развития он может уяснить, что объект, который он в своем внутреннем мире (мире деятельности бессознательной фантазии) может разрушить, останется невредимым во внешней реальности. С этим опытом удаётся извлечь его защитные движения из Эго-синтонности и сделать их теперь переживаемыми в качестве выражения бессознательных фантазий.

57. В таких случаях применяемая техника должна быть направлена на то, чтоб аналитические отношения для пациента могли принять новое эмоциональное качество и интенсивность, с тем, чтоб аффективные процессы получили обновленную движущую силу и Эго-функции достигли необходимой степени терапевтически полезного уровня регрессии. Доныне характерологически связанные бессознательные фантазии вновь актуализируются в переносе, то есть

становится возможным наблюдать их действительное происхождение и сделать тем самым доступными процессу аналитической работы.

58. В аналитической психотерапии пациентов с ригидным и хронифицированным сопротивлением характера выбор высокой частоты сессий (более чем 3 в неделю) может быть показан из терапевтических соображений, если этим можно достичь необходимой эмоциональной интенсивности переживания отношений и если дополнительно могут быть созданы благоприятные условия для аналитической переработки актуального генеза бессознательных выражений сопротивления. Временами только при помощи высокой частоты впервые в аналитической ситуации удаётся отыскать то «место» в ежедневной жизни и поведении пациента, в котором часто едва доступно восприятию актуализируются бессознательные конфликты. Они, однако, фрагментированы и рассеяны по всему образу жизни пациента. Требуется особая эмпатия аналитика к реальности пациента, к его внутренней жизни и жизненному стилю, чтоб открыть формы выражения скрытой деятельности фантазии.

59. Высокая частота облегчает аналитику тяжёлое задание: настроить свою эмпатию на внутренние обстоятельства пациента.

60. Только с помощью тактичной и ненавязчиво используемой эмпатии аналитику может удастся уловить необходимый для терапевтической работы и оптимальный уровень регрессии, не доводя процесс регрессии до злокачественной формы. Зная, что за сопротивлением характера часто скрываются травматические опыты раннего детства, разрыхление структуры необходимо совершать маленькими шажками, для того чтобы не превысить способность пациента справляться со страхом. Для того чтобы наблюдать реакции на интерпретативные шаги и быть в состоянии курировать, непременным условием является частая последовательность лечебных сессий.

61. Если у пациента с характерологической фиксацией готовность и способность к регрессии оцениваются как достаточно стабильные и конструктивные, то тогда выбор высокой частоты может повысить вероятность того, что он достигнет необходимой глубины регрессии и будет в состоянии её выдержать, не прибегая к

импульсивным прорывам изолированных травматических переживаний в форме деструктивного агирования.

62. — 3). *Расстройства душевных основ делают необходимым предложение безопасности и поддержки дающей функции аналитика.*

63. Если душевный аппарат как совокупность психических функций показывает значимые болезнетворные нарушения, то это может вести к ограничению его гибкости и дифференцированности, а также к нарушению способности адаптироваться к внешней и внутренней реальности.

64. Такие нарушения, как правило, касаются раннего развития душевного аппарата и препятствуют главным образом тем процессам развития, в которых посредством идентификаторных процессов обмена формируются душевные структуры. Это относится к образованию объект-репрезентаций, которые ведут к дифференциации между Я (self) и объектом и к первому персональному (личному) процессу индивидуации в период ранней триангуляции. Поэтому препятствия или явно травматические ограничения в основополагающих для формирования Эго процессах могут оказывать патогенное влияние на последующее развитие человека и в дальнейшем манифестировать симптомами болезни. Возможным последствием может быть нарушение способности удерживать воспоминания, содержащие переживания надёжных межличностных отношений. Однако опыт надёжных межличностных отношений создаёт основное условие для развития постоянства объекта, которое в свою очередь является предпосылкой для здорового стремления к безопасности и для образования стабильной идентичности.

65. Ограниченная способность к постоянству объекта клинически связана с депрессивной симптоматикой, неспособностью к продолжительным отношениям, быстрой сменой партнёров, с частыми, повторяющимися разрывами отношений и расстройствами импульс-контроля. Такая симптоматика может возникнуть, потому что опыт душевного отсутствия или же реального «отсутствия» раннего объекта в смежных (и к тому же конфликтных) отношениях принимает патогенное, а при определённых жизненных обстоятельствах и травматическое, качество.

66. Вследствие такого опыта, нарушенные персоны в стадии сильной зависимости не могли интернализировать переживания надёжности и предсказуемости раннего объекта, что достигается благодаря регулярности чередований давания и отказа.

67. В сопровождающих фантазиях первичный объект будет переживаться как разрушенный или же хрупкий, либо невыносимо фрустрирующий, а потому опасный. Так как травматические переживания разыгрывались в доамбивалентной фазе развития, то достаточная переносимость собственных деструктивных импульсов не могла развиваться, так что часто происходят отреагирования соответствующих напряжений в форме аутоагрессии или агрессии, направленной на других.

68. У этих пациентов часто присутствует склонность к повторению травматических опытов посредством реинсценировки в актуальных отношениях (агирование). Эта опасность гораздо больше, если в отношениях появляются желания получить опыт переживания лучшего объекта, то есть если возникает надежда и перспектива отношений, которые могли бы быть удовлетворяющими. Тогда может возникнуть настоятельная потребность испытать объект, ибо ожидание нового, следующего разочарования является доминирующим, а потому прежний, хотя и приносящий страдания, но всё же любимый объект должен быть защищен от преодоления новым, лучшим объектом. Это может вести к бессознательным усилиям разрушить или изгнать новый объект из-за зависти. Тем важнее тогда становится переживание постоянства аналитика-объекта и его стойкости в отношении к этим деструктивным атакам.

69. В таких обстоятельствах аналитическая терапевтическая ситуация становится «испытанием». Если аналитик сдал возложенный на него экзамен, то имеется шанс для продуктивного процесса и хорошего результата терапии. Тогда пациент в необходимой мере получает предпосылки безопасности, для того чтобы подискутировать со своими снами, бессознательными конфликтами и патогенными фантазиями, то есть снять вытеснения и приблизиться к спрятанным защитой содержаниям фантазий.

70. Чтобы этого достигнуть, аналитик должен оказаться для пациента искомым хорошим, то есть надёжным объектом, но, прежде всего, он должен дать

распознать свою готовность к постоянному, интенсивному реальному присутствию. Этим он может усиливать надежду пациента на хорошие, надежные перспективы терапии; но одновременно он также будет активировать страхи пациента перед тем, что он снова будет покинут, так как о хорошем объекте он может думать только как о хрупком и ненадежном, а также с быстрыми сменами как о угрожающе-деструктивном. В этой эмоционально высоко напряженной и напрягающей атмосфере должна теперь выкристаллизироваться особая структура переноса-контрпереноса.

71. Это само по себе уже создает неминуемый агрессивный потенциал в отношениях. Ибо аналитик может предложить лишь свою готовность к реальному присутствию, но не может быть безгранично доступным. Пациенту же со своей стороны необходимо атаковать хорошего аналитика, потому что тот будет стремиться сталкивать его лицом к лицу с болезненными аффектами. Интеграция удаётся благодаря переживанию неразрушимого присутствия аналитика. Это переживание корректирует фантазию об omnipotentной деструктивности, и пациент учится понимать оборонительный, самоподдерживающий характер своих враждебно-деструктивных порывов. Чаще всего это требует частых и длительных повторений, до тех пор пока в достаточной мере не будет достигнута способность переносить амбивалентность.

72. В конце каждой сессии пациент должен отказываться от реального переживания помогающего объекта. Таким образом, в перерывах между сессиями пациент и внутренние объекты его патологического мышления целиком зависят от деструктивной деятельности его фантазии, так как надежность объекта перестаёт быть очевидной.

73. Без внутреннего постоянства объекта в промежутках между сессиями происходит новый расцвет патогенных фантазий. Уже само по себе ожидание следующей сессии с хорошими переживаниями поддерживает хрупкий объект. Высокая частота, большое количество следующих друг за другом сессий становятся для пациента действенным подспорьем в аналитических стараниях пережить, понять и переработать свою деструктивность.

74. — 4). *В защитной структуре преобладают расщепление и проекция*

75. Речь идёт о защитных процессах, которые указывают не только на особую глубину регрессии в ходе заболевания, но скорее имеют принципиальное значение для аналитической техники лечения: проекция является постоянной и основной составляющей переноса, а процесс расщепления возбуждает проекцию.

76. Расщепление и проекция не являются принципиально патологическими формами психической активности. В начальной фазе психического развития они являются неотъемлемой частью построения душевных основ и формирования Эго. Они создают именно тот самый опыт omnipotency, который необходим в раннем детстве. Благодаря этому опыту впервые становится возможным отвлечь катастрофические страхи деструкции, утраты и пустоты. Позже этот опыт, как бессознательная фантазия, станет основополагающим элементом базисного чувства безопасности.

77. В повседневной жизни взрослого человека расщепление и проекция также играют важную роль и (при достаточной гибкости психики в тестировании реальности) существенно способствуют восприятию реальности.

78. Расщепление и проекция формируют фундамент последующих, более зрело организованных, защитных механизмов, а также являются базисными механизмами здоровых и болезненных переживаний. Определённая способность к терапевтическому Эго-расщеплению считается условием аналитического процесса.

79. Происхождение из ранних фаз формирования Эго объясняет коммуникативный аспект расщепления и проекции. Оба эти механизма, в конце концов, нельзя свести к сугубо индивидуальным интрапсихическим процессам. Их гораздо лучше можно понять, если представить себе их влияние на структуру и качество отношений пациента. Расщепление и проекция изменяют патологическим образом не только психическую реальность пациента, но и отношение человека к миру, к его значимым объектам, которые под влиянием этих механизмов либо заболевают, либо выздоравливают.

80. Их основной функцией является избегание переживаний разлуки (сепарации) и утраты, которые на основе жизненного опыта связаны с непереносимыми болезненными аффектами. Такие болезненные переживания могут превысить интегративные функции Эго, а в тяжелых случаях надолго их разрушить, так что

порой это влечёт за собой серьезные деформации характера или психотические заболевания. В менее драматичных случаях, вследствие тяжелых психических нагрузок, понижающих у пациента способность переносить страх, может наступить регрессия до уровня этих ранних защитных процессов. Кроме того возможно, что определённые аспекты личности достигли вполне зрелого уровня, в то время как в других изолированно сохраняются такие патологические способы функционирования. Эти изолированные, отщепленные от остальной личности, сферы психической реальности служат тогда «пристанищем» для патологической фантазии о неотделимости от объекта и всемогущества. В ситуации психической нагрузки Эго прячется туда посредством отрицания реальности путём образования психической или психосоматической симптоматики.

81. Клинически действия этих ранних механизмов манифестируют в проекции таких непереносимых, а потому и отщеплённых, частей внутренней реальности:

82. а) на части неодушевлённого внешнего мира;

83. б) на органы и функции собственного тела и

84. с) на отдельных лиц и / или группы и на отношение к ним.

а) на части неодушевлённого внешнего мира

85. Непереносимые части собственного Я проецируются во внешний мир и теперь угрожают Эго как опасные, исходящие извне силы; Эго-функции восприятия и тестирования реальности в различной степени временно или длительно нарушены; симптоматика может охватывать, к примеру, широкий спектр обманов чувств: от кратковременных и преходящих искажений реальности до близких к психозам или психотических симптомов, таких как галлюцинации, деперсонализационные феномены и бредообразование.

86. В таких случаях аналитическая высокочастотная психотерапия редко бывает показана, если вообще не исключается.

б) на органы и функции собственного тела

87. Отщеплённые части личности проецируются на собственное тело, его органы а также их функции и таким образом могут служить основой психосоматических заболеваний, тяжелых форм ипохондрии и определённых форм фобических расстройств. Так, например, страх заболеть раком может порождаться

болезненными переживаниями собственного бессилия и беззащитности, которые в свою очередь, представляют собой исполненные ненависти побуждения против разочаровывающего и отвергающего материнского интроекта. Для защиты от чувства бессилия этот «ставший плохим» объект должен реинтроецироваться и таким образом констеллирует патогенную фантазию больного о «разрушении» раком (материнским интроектом).

с) на отдельных лиц и / или группы и на отношение к ним

88. Чувства беззащитности, бессилия, ненависти, зависти или неполноценности временами становятся настолько довлеющими и переживаются как столь мучительные и деструктивные, что, в конце концов, превышают интегративную способность Эго и для защиты данной функции проективно отвращаются. Такой защитный процесс протекает особенно интенсивно и упорно, если имеется соответствующий этому резонанс со стороны значимого для личности окружения, то есть если у партнеров отношений имеется внутренняя готовность принимать и усваивать отщеплённое и проецируемое содержание фантазий. В таком альянсе проективных и идентификаторных процессов и был описан коммуникативный аспект защитного механизма проективной идентификации. Коммуникация происходит при соответствующей напряженности аффекта и достигается лишь высокой ценой отрицаемой, а потому патологической, зависимости. Если сложился подобный альянс, тогда как минимум временно устанавливается мнимое и, естественно, всегда хрупкое интерпсихическое равновесие.

89. Только если что-то, к примеру терапия, приводит к потере объекта коммуникации и если в контрпереносе удалось устранить бессознательную готовность к действию, тогда может быть прорвана ригидная защита и найден доступ к истинным аутентичным аффектам.

90. В аналитической психотерапии аналитик должен сначала суметь предоставить эту коммуникацию таким зачастую очень напористым требованиям больного, что ему (больному) сообщает уверенность. Это требует большой способности переносить страх и напряжение в контрпереносе, так как аналитик должен эмпатически приспособиться к требованиям пациента: он «должен» прочувствовать

внутреннюю реальность пациента на «собственной шкуре», а также быть в состоянии позволить этому происходить.

91. Независимо от того, какое положение занимает понятие «проективной идентификации» в терапевтической концепции аналитика, «вовлечение» в навязанный ему пациентом интеракционный ход событий является постоянно наблюдающимся клиническим феноменом при действии механизмов расщепления и проекции. Ликвидация этого «вовлечения-бытия» является первоочередной целью аналитической интерпретативной работы. При этом особая задача поначалу состоит в том, чтобы в структуре реальной интеракции различать и отделять проецируемые позитивные и негативные части Я (self) пациента от различных аспектов контрпереноса. В этом состоит особая аналитически-терапевтическая компетентность. Защита пациента направляется непосредственно против способности проявлять эту компетенцию, потому что сам пациент ею ещё не обладает и впервые приобретает её с помощью аналитика. Это может нарушать независимое мышление аналитика, тормозить его и даже временно парализовать.

92. Перенос становится сопротивлением, и интерпретация переноса как сопротивления становится первоочередной технической задачей терапии. Так как в патологической внутренней реальности пациента процессы расщепления поддерживают и призваны осуществлять связь с миром, то каждая интерпретация манипулирующей активности пациента переживается как нападение на базисную потребность в безопасности и связывается с чувством угрозы вследствие травматических переживаний боли и утраты.

93. Для того чтобы смочь допустить глубокие изменения в своей патологической защитной структуре, пациент должен развить в терапии чувство того, что отсутствующий и утраченный объект вновь может быть обретен. С каждой интерпретацией такой пациент бессознательно боится потерять навязанный аналитику контакт; в конце каждой сессии возникает страх лишиться omnipotentного контроля над своими деструктивными силами а также над объектом, так как будто хрупкие хорошие части собственного Я (self) и объекта находились бы в опасности и возможно даже могли бы быть уничтожены.

94. Способность пациента выносить страх, а также способность аналитика наблюдать и выдерживать образующиеся в нём напряжение, страх и чувство вины определяет выбор частоты сессий. В отдельных случаях является терапевтически необходимым так называемый «взаимный контакт» с деструктивными частями бессознательного: они должны оставаться «доступными обсуждению» между двумя партнёрами взаимодействия, иначе в аналитическом процессе невозможно установить необходимое чувство безопасности.

95. Речь идёт о том, чтоб сделать интеракцию переносимой для обеих сторон, а следовательно найти применимое и в этом отношении оптимальное терапевтическое дозирование в сообщениях о содержащемся в отношениях деструктивном потенциале. Для этого во многих случаях может быть достаточным две сессии в неделю. В других же случаях давление, оказываемое влечениями на деструктивные содержания, настолько велико, что трёх сессий в неделю недостаточно, и потому высокая частота является средством выбора.

III. Дополнение к введению в терапию: разъяснительная беседа

96. После динамического первичного интервью, после наблюдения за протеканием первичного интервью и после установления необходимых объективных данных, обсуждаются общие представления о терапии. Договорённость о терапии становится составляющей частью терапевтического процесса.

ЧАСТЬ II

Разъяснения к руководству

I. Высокочастотный аналитический метод лечения в Психотерапевтических Директивах

Первые Психотерапевтические Директивы федерального комитета врачей и страховых компаний о проведении психотерапии в рамках страховой медицины были приняты 1.10.1967, исходя из тогдашнего понимания психотерапевтического метода и правовых норм, устанавливавших понятие болезни и правовые обоснования необходимости, целесообразности и экономической эффективности терапии.

Понятие душевной болезни согласно Порядку Оказания Страховой Медицинской Помощи (ПОСМП) определялось в то время как «актуальное душевное расстройство, предполагающее различные временные и каузальные связи психодинамики невроза с насущной конфликтной ситуацией».

Соответственно данному пониманию, психотерапия была и есть методом лечения симптоматики актуального протекания невротической болезни. Согласно Психотерапевтическим Директивам было возможным приобщать к лечению нарушение основ личности, поскольку было доказано их этиологическое значение для развития и персистирования актуальной невротической симптоматики.

Правда, федеральная комиссия врачей и страховых компаний в тогдашней редакции Психотерапевтических Директив саму по себе терапию структурных изменений личности больного не признало в качестве задания страхового медицинского обслуживания. Впрочем, федеральная комиссия никоим образом не отрицала необходимости терапевтического воздействия на структурные аспекты протекания невротического заболевания, но субсидирование этих терапевтических задач попросту отводились другим плательщикам.

С помощью такой конструкции распределения расходов, с самого начала было возможно проводить высокочастотную аналитическую психотерапию в сфере применения Психотерапевтических Директив.

Прежнее, принципиальное различие между актуальным невротическим заболеванием и хронифицированными невротозами (например, невротозом характера) было упразднено в 1976 году, после того как в результате постоянной судебной практики социального суда лечение данных хронифицированных невротозов было причислено к сфере задач государственных страховых компаний (сравни Faber / Haarstrick, 1994, 3 издание, С.18). С тем понятие болезни согласно ПОСМП было существенно расширено.

С тех пор изменения структурных аспектов невротической личности могут становиться целью и задачей терапевтического подхода, если благодаря лечению существует перспектива устранить или смягчить проявления болезни либо воспрепятствовать угрожающему ухудшению.

Требование обеспечения высокочастотных возможностей терапии в рамках системы Психотерапевтических Директив основывается на:

- а) новых научных знаниях о клиническом действии высокочастотной аналитической психотерапии;
- б) новых рассуждениях о модели контингентирования²
- с) «Руководстве»: „Показания к высокочастотной аналитической психотерапии в рамках страхового медицинского обслуживания“.

II. Новые научные знания о клиническом действии высокочастотной аналитической психотерапии

По сравнению с научными знаниями 1976 и в особенности 1967 годов, изменилось клинко-психотерапевтическое понимание связей невротического симптомообразования и фиксации симптоматики, а также общее понимание терапевтической курабельности (сравни Thomaе 1991). В таком дальнейшем развитии по направлению к большей эффективности терапевтических техник,

² Модель контингентирования подразумевает установленный страховыми компаниями порядок оплачивать 240 сессий аналитической терапии, а в редких случаях 300 сессий (но не более).

клинический опыт в рамках высокочастотного терапевтического сеттинга имеет особенное значение.

Но природе общественного процесса перемен соответствует также и то, что новые точки зрения и новые достоверные эмпирически-научные достижения только со временем внедряются в общественно-правовую систему регуляции, при этом они, порой, тянут за собой устаревшие взгляды, как пережиток прошлого. Подобным образом под вопрос неоднократно ставилась эффективность аналитической терапии в целом.

За первой атакой Eysenck, которую научно обоснованно отразили Dühssen & Jorwieck (1962), последовала очередная (Grawe et al. 1994). Однако и она не выдержала критических возражений (сравни Kächele 1995; Kaiser 1995; Meyer 1994; Mertens 1994; Rüger 1994; Tschuschke et al. 1994). Лежащая в основе посылка с научно-исторической точки зрения соответствует первой, и уже давно преодоленной фазе психотерапевтических исследований (сравни Kächele 1992), а потому является весьма шаткой. Современная, третья фаза психотерапевтических исследований, является резюмирующей, поэтому Kächele (1995) может констатировать клиническую эффективность высокочастотной психоаналитической терапии и требовать «в будущем, на основании клинически столь убедительного утверждения долговременной терапии, её страхового обеспечения для немногих наших пациентов в качестве необходимого обслуживания» (С. 490). Смотрите также по этому поводу работы Hoffman (1992), Leuzinger-Bohleber (1995) и Mertens (1994, 1995).

Федеральная комиссия врачей и страховых компаний в своём заключении от 17 декабря 1992 года (в редакции от 31.08.1993; сравни Faber / Haarsrick 1994, С.151), решила исключить аналитическую психотерапию с частотой 4 и больше сессий в неделю из перечня услуг страхового медицинского обслуживания, обосновав это следующим образом: «Аналитическая терапия в качестве долговременной терапии с частотой 4 и более сессий в неделю больше не находит применения в рамках Психотерапевтических Директив, ибо не предоставлены научно обоснованные доказательства специфических показаний и большей терапевтической эффективности этой формы терапии».

Но это высказывание необоснованное, так как специфические показания и терапевтическая эффективность высокочастотной аналитической психотерапии, в сравнении с аналитической терапией при двух или трёх сессиях в неделю, до сих пор не изучались эмпирически-научным методом. Отсюда нижеследующая констатация Bachrach действительна для терапии, как с тремя, так и с четырьмя и более сессиями в неделю: "... обзор литературы о эффектах психоанализа показывает, что положительные результаты достигаются в 60 - 90%, что соответствует действенности ведущих методов лечения" (Bachrach 1991). В области же научной клиницистики непременно существует достаточно многообразный опыт специфических показаний и более выраженной терапевтической эффективности: сошлёмся, к примеру, на описание случая (страница 68 и далее *(в нашем переводе ещё не известно), заглавное слово 25: «Фазовые показания к высокочастотной аналитической психотерапии»).

И всё-таки новые исследования (например, Tschuschke et al. 1994; Kächele 1995) показали нехватку таковых, и теперь пытаются наверстать упущенное. Но в них, к примеру, не делается различий между терапиями с двумя, тремя, четырьмя или пятью сессиями в неделю. Это ни в коем случае не обозначает игнорирование данного различия психоаналитиком, исследователем психотерапии или исследующим психоаналитиком. Однако только в Германии, в сфере обеспечения населения психотерапией, существует столь сложно оформленная система медицинского страхования, что поднимаются вопросы эффективности, целесообразности и медицинской необходимости данной отдельной формы лечения.

За пределами Германии господствует то же единое мнение, что при постановке вопроса о сравнительных результатах терапии с двумя, тремя, четырьмя или пятью сессиями в неделю, речь идёт о крайне трудоёмкой эмпирически-научной проблеме, решение которой не может быть заменено простыми действиями в плоскости клинико-научного опыта. Ибо если на основании имеющихся научных достижений сама по себе проблема оказывается разрешимой либо даже решённой, то все-равно принципиально продолжает существовать потребность в дальнейшей спецификации и дифференциации показаний, а также в

дифференциальной терапии характерных случаев (это непосредственно касается и системы медицинского страхования). Количественные и качественные научно-исследовательские подходы привносятся по сути в межличностный аспект, ибо постановка вопроса о сравнимых успехах терапии при переменных условиях (две, три, четыре или пять сессий в неделю) лежит в межличностной плоскости.

Исследованию подлежит вопрос, можно ли отдельный, достигнутый в конкретных частных случаях успех терапии соотнести с определёнными показаниями. Этот вопрос должен решаться с внутриличностной точки зрения, исходя из того, что установление показаний в каждом отдельном случае в конечном итоге зависит от оценки взаимодействия интра-психических и интер-субъективных модусов конфликтов между пациентом и терапевтом. Отсюда, при такой постановке вопроса, необходимы исследования проводящие лонгитудинальное сравнение между собой случаев, при которых принципиально неизбежны изменения частоты (например, вследствие выпадения сессий) либо случаев, при которых различные интервалы между сессиями были предварительно определены в рамках сеттинга.

Но с 1967 года высокочастотная аналитическая психотерапия получила собственное дальнейшее научное развитие в рамках переплетения с системой страхования и страховой психотерапии, а отчасти и именно из-за этого переплетения. Это развитие привело к специализации аналитической психотерапии, в смысле выделения частных методических аспектов.

Так например, в рамках рабочей конференции немецкого психоаналитического объединения (DPV) в ноябре 1978 года было исследовано влияние страхового финансирования на протекание психоаналитической терапии (A. Kuchenbuch) и на структуру процесса переноса (L. Rosenkötter). Thomä & Kächele в своём учебнике посвятили отдельную главу теме «*Оплата третьей стороной*», а также влияниям переговоров со страховыми компаниями на психоаналитический процесс. Rotmann (1992) исследовал и описал трансферентное значение экспертного метода, а многие другие авторы дискутировали вопросы

влияния временного ограничения на процесс терапии (сравните Faber 1993; Henseler & Wegner 1993; Thomä 1994).

Результаты этих исследования побудили психотерапевтов, работающих в высокочастотной терапии, укрепить их практику, а также зачастую увидеть её под новым углом зрения и критически отрефлексировать. В конце концов, эти исследования способствовали выяснению методологических особенностей высокочастотной терапии в спектре аналитически ориентированных терапевтических методов.

Психотерапевтические Директивы определяют аналитическую психотерапию как «любую форму терапии, которая наряду с невротической симптоматикой обрабатывает невротический конфликт и лежащую в основе невротическую структуру пациента, при этом терапевтическая динамика приводится в действие и стимулируется с помощью анализа переноса, контрпереноса и сопротивления на фоне использования регрессивных процессов» (Психотерапевтические Директивы, В 1.1.2).

Преимущества высокочастотной аналитической психотерапии в сравнении с другими формами аналитической терапии обосновываются особым теоретически легитимным и методическим применением процессов переноса и контрпереноса. Высокочастотная терапия при этом специфическим образом стимулирует эмоциональную интенсивность этой динамики. Клинически достоверным фактом является то, что терапевтические интервенции становятся особенно эффективными, если они следуют в качестве интерпретации актуального процесса переноса и контрпереноса. Основываясь на этом, высокочастотная терапия проводит лечение не только с «помощью анализа переноса, контрпереноса и сопротивления» (Психотерапевтические Директивы, В 1.1.2), но гораздо более специализирована для того чтобы выдвигать этот методический критерий аналитической психотерапии в центр аналитически-терапевтической работы, где осуществляется функция новой «*via regia*» в бессознательное больного (Person 1993).

Различные представления с их терапевтически-теоретическими концептуализациями, например, о коммуникативной функции контрпереноса и его учреждающем вкладе в структуру невроза переноса, новые знания об образе действия ранних защитных механизмов и их участии в актуальном генезе невротического процесса (сравните Thomä 1991), а также сложившийся клинический опыт в терапевтически-техническом обхождении с деструктивными потенциалами фантазии и оборонительной, самосохраняющей функцией агрессии (сравните Fonagy & Target 1993, 1995; Glasser 1992), привели к изменению понимания аналитически-терапевтического процесса.

На фоне этого дальнейшего научного развития психоанализа, высокая частота сессий рассматривает и способствует центрированию интерпретативной работы на актуальной динамике событий между пациентом и аналитиком, в то время как другие методики аналитической психотерапии преимущественно ставят в центр объектные отношения больного вне аналитической ситуации или объектные отношения из прошлого.

Частота, а вместе с тем и связанная с ней большая эмоциональная интенсивность терапевтического контакта разрешают аналитику детально рассматривать актуальный генез его собственных переживаний в качестве восприятия интерактивной динамики событий. Так он может распознавать собственные эмоциональные состояния и их изменения, а также собственные побуждения и фантазии как резонанс по отношению к невербальным и вербальным сообщениям больного. Аналитик к тому же имеет возможность проверить, может ли он войти в конкордантный контрперенос: как бы с согласия больного разделить его внутренний мир фантазий; в состоянии ли он (аналитик) принять и сохранить в комплементарном контрпереносе аспекты собственного Я (self) больного, его внутренние объекты или части объектов. И способен ли он это делать до тех пор, пока не сумеет подать их пациенту в форме приемлемых и переносимых интерпретаций. Показывая пациенту эти связи, аналитик может помочь ему новым, соответствующим (то есть менее болезненным) способом наладить отношения между внутренней и внешней реальностью.

При описанных специфических условиях высокочастотного сеттинга аналитик может создать прямой контакт с актуальными переживаниями больного для того, чтобы сначала для больного, а затем вместе с ним предпринимать постепенные понимающие и изменяющие интерпретации, которые согласовывались бы с теперешними возможностями пациента.

Согласно критерию методической специфичности следует также решить вопрос возможных противопоказаний к высокочастотной аналитической терапии. Итак, только для немногих психических заболеваний можно постулировать общее противопоказание. Чаще всего и с уверенностью это действительно только для психотических заболеваний, хотя и здесь всё может решать лишь оценка отдельного случая (сравните Bruns 1995).

Если во время первого интервью не удалось вступить в отношения с внутренней реальностью больного, внести понимающую и объясняющую связь между актуальной симптоматикой и её обусловленностью, а также потом это представить кому-то третьему: эксперту, то тогда нету учреждающих признаков для показаний к высокочастотному терапевтическому сеттингу. Одна лишь надежда, что эти терапевтические цели возможно когда-нибудь всё же будут достигнуты, не может обосновать показания. Также ещё недостаточно одного только указания на то, что возникающая и переживаемая между аналитиком и больным безнадёжность понимается как индуцированный бессознательным больным феномен, если вместе с объяснением актуального генеза этой формы сопротивления не могут быть указаны пути его преодоления.

Так дальнейшее клиническое развитие высокочастотной аналитической психотерапии в рамках страхового обеспечения, согласно Психотерапевтическим Директивам, привело к методической специализации, в которой содержался первоначальный акцент на актуальной концепции заболевания, но было расширено технически-терапевтическое значение актуального генеза переноса, контрпереноса и сопротивления в терапевтических отношениях здесь и сей час.

Таким образом, с момента учреждения психотерапии как мероприятия страховой медицины не только расширилась сфера применения аналитического метода лечения, но в большей степени это привело к углублению клинического опыта и к большей терапевтически-технической эффективности по отношению к так называемым классическим симптоматическим неврозам и неврозам характера.

III Новые размышления о модели контингентирования

Статистически достоверным фактом является стабильный, остающийся на прежнем уровне, спрос на высокочастотную аналитическую терапию. В ближайшем будущем эксперты также не прогнозируют увеличения данного спроса, несмотря на то, что увеличивается число получивших соответствующее образование психотерапевтов. Имеются различные объяснения этому факту. Одно из них состоит в том, что терапевты, в прошлом получавшие в основном высшее медицинское образование, располагают широким спектром психоаналитически ориентированной психотерапии, и после окончания образования применяют весь этот спектр.

Существует также другой достоверный факт: высокочастотная аналитическая психотерапия приводит к лучшим результатам с увеличением числа сессий (Orlinsky & Howard 1986; Orlinsky et al. 1994; Kächele 1990).

Упомянутые факты, благодаря практике страховых экспертов, подтверждают результаты эмпирических исследований: высокочастотная аналитическая психотерапия часто не укладывается в предусмотренные сроки страхового обеспечения — (1) общее число сессий 240. Здесь возникает вопрос, к какой концепции терапии относятся эти сроки обеспечения: касаются ли они методической специфики низкочастотной аналитической психотерапии или высокочастотного аналитического лечения? На сегодняшний день этот вопрос остаётся открытым.

Понятно, что обе стороны страховых отношений (как страховые компании, так и застрахованные пациенты) могут установить этически приемлемое ограничение налагаемых на них расходов. Также ясно, что прежде предусмотренные ограничительные сроки обеспечения относительно высокочастотной аналитической психотерапии соблюдались лишь в редких случаях. С систем-имманентной точки зрения эффективности, целесообразности и медицинской необходимости, было бы целесообразно подумать об иных моделях контингентирования. Данное руководство предлагает альтернативную модель контингентирования.

Из соображений эффективности и целесообразности, которые диктуют необходимость дифференциальной терапии, для высокочастотной аналитической психотерапии систем-логичным представляется (2) контингентирование согласно медицинской необходимости.

Должное контингентирование достигается посредством установления медицинской необходимости, которая со своей стороны выводится из достаточно специфичных показаний. Это правильно, ибо показания к частным случаям, в которых наряду с требуемым успехом к тому же была бы «идеально подходящей» высокочастотная аналитическая терапия, не могут быть утверждены с дифференциально-диагностической и дифференциально-терапевтической точки зрения, если низкочастотная терапия могла бы быть столь же терапевтически успешной, хотя и без этого дополнительного эффекта. И наоборот: в частном случае, который на первый взгляд кажется вполне курабельным в низкочастотном сеттинге, при подобном понимании нужно распознать определённые, усложняющие терапию факторы, ибо, если эти факторы болезнетворны, они могут оставаться недостаточно обработанными в низкочастотном сеттинге. То есть, в подобном случае пациент нуждался бы в повторном курсе лечения, и следовательно выбор низкой частоты был бы неэффективным.

Для того чтобы полностью исчерпать возможности этой модели контингентирования, было бы целесообразным несколько модифицировать

проведение первичного интервью. Наблюдение за процессом в течении интервью (4) следовало бы дополнить наблюдением за процессом всех без исключения предварительных бесед, которые должны были бы происходить один-два раза в неделю. Так наряду с объективными данными (например, о проявлениях навязчивого повторения) из заключительного опроса (5) могли бы быть получены многие динамические данные, дающие информацию о предположительно необходимой временной интенсивности сессий.

Кроме того, имеет смысл приходить к соглашению о лечении, т. е. (6) договорённости о терапии согласно определённым критериям. С целью иллюстрации возможных вариантов напомним балинтовские критерии конфликтов: «Как представляет терапевт предлагаемую терапию?», «Какие возможности терапии он не назвал?», «Исходя из какого предполагаемого риска, терапевт исключил применение альтернативной терапии?» И наоборот: «Какие возможности терапии ожидаются пациентом?», «Какие он не назвал?», «Исходя из какого предполагаемого риска, он их не назвал?»

Таким образом, показательно, что конфликт- и интеракционно-психологическое поле для фактических (7) переговоров относительно частоты сессий в неделю, фокусировано документируется и сообщается до запроса о финансировании и до начала терапии.

Такой метод имеет многие достоинства (9): он предусматривает не только двух (9.1) равноценных партнёров переговоров, но и даёт предварительную оценку (9.2) возможного направления конфликта и возможного развития конфликтов в вопросе контингентирования. Одновременно вечные упрёки в сторону аналитиков относительно их «непререкаемости» в вопросе о необходимой частоте терапии будут выведены на уровень профессионального обсуждения. Всё это способствует прозрачности и убедительности оговоренной формы терапии на фоне различных конфликтов или же уровней невроза: (9.3.1) актуальный конфликт, (9.3.2) интеракционный конфликт или же интеракционный невроз, (9.3.3) излагаемый невроз или же «симптоматический невроз», (9.3.4) невротическая структура с

ранними, спонтанно возникшими и / или распознанными в процессе опроса невротическими манифестациями, (9.3.5) спонтанно возникшие и / или распознанные в процессе опроса манифестации подросткового невроза и / или распознанные в процессе опроса манифестации детского невроза.

Стоит задуматься, может ли дискуссия относительно общего контингентирования быть реалистически обновлена на основании изложенных здесь точек зрения. Количество одновременно проводимых высокочастотных аналитических психотерапий и в дальнейшем будет оставаться незначительным, потому что эта специфическая область показаний подвергается особо критичной проверке. Заметьте, здесь не будет описываться новый терапевтический метод, но гораздо больше внимания будет уделено различению специфических показаний от неспецифической области показаний. Таким образом контингентирование устанавливается не произвольно, ибо данная процедура ориентирована на обслуживание и определённое качество терапии. Соответственно этому следует обдумать, не следует ли для этой области обслуживания более пристально, нежели до сих пор, принимать во внимание степень опытности страхового эксперта относительно продолжительности долговременной терапии. Это, что касается континуальности высокочастотной аналитической психотерапии.

Размышляя с психоаналитической точки зрения относительно дисконтинуальности высокочастотной аналитической психотерапии на определенном отрезке лечения, необходимо рассматривать связь определённого количества сессий, частоты, временной продолжительности и прогностической оценки эффекта обоснованной а также запланированной высокочастотной терапии. Ибо нельзя забывать, что относительно всевозможных комбинированных форм терапии, которые протекают под давлением ограниченных финансовых ресурсов, равным образом не существует никаких научных исследований. Каждая такая комбинация ступает на неизведанную землю, и каждая неизведанная страна подобного рода должна быть основательно исследована на предмет припрятанного «контр-агирования». При оценке новой формы терапии очень помогает психоаналитическое понимание новых связей. Кто может исключить, что с её

помощью можно прийти к лучшему использованию времени терапии установленного определённым количеством сессий (то есть прийти к более эффективной комбинации длительности терапии и её интенсивности)? Можно ли не принимать в расчет оценку подобного рода?

Согласно действующим с 17.12.1992 или же 31.08.1993 года предписаниям, существовала практика после первого, второго, или в крайнем случае третьего утверждённого этапа финансирования требовать уменьшения частоты сессий. Конечно, с точки зрения континуальности психоаналитической ситуации это приходилось осуществлять лишь в редких случаях. Формальная регулировка не принимает во внимание существование протопсихической фазы терапии и её основополагающее значение для терапевтического успеха. Клинический опыт различает, например, вводную фазу, фазу проработки и фазу окончания. Само собой разумеется, здесь мы не ставим перед собой цель доказывать, предполагать или постулировать природные законы протекания фаз терапии. Кто угодно мог бы нам возразить, что уже во вводной фазе всегда есть что прорабатывать, а именно: вступление в терапию и приход к содержанию терапии (сравните Luborski 1988).

Вводная фаза, например, обозначена тем, что интрапсихический конфликт на соответственном конфликт-специфическом уровне регрессии «инсталлируется» в психическое пространство отношений терапевт-пациент. В этой фазе бессознательный конфликт должен бы перенестись на личность терапевта и терапевтический сеттинг, так что его проявления организуются в достаточно постоянной форме и пациент может переживать изменяющее болезненное значение сеттинга. Из-за ожидаемой или уже распознанной сложности открытия психического пространства, коммуникации и эмоциональной связи, в этой фазе порой оказывается необходимым повышение частоты сессий.

Аналогичным образом можно процессуально-содержательно описать фазу проработки. То же может произойти и в фазе окончания или даже в особенно интенсивной фазе сопротивления (сравните со страницей 57 и далее). Здесь хотелось бы подчеркнуть следующее: подобного рода прототипические фазы не

могут идентифицироваться с твёрдо установленными отрезками финансирования, то есть с постановлением внешней инстанции об уменьшении частоты сессий. Можно было бы предположить, что после высокочастотной вводной фазы, в которой достаточно успешно открылись характеристики содержания, следует трёхсессионная фаза проработки, которая точно также может протекать преимущественно успешно.

Можно даже себе представить, что каждая фаза процесса состоит в специфических отношениях с частотой. Только решающим с этой точки зрения является то, что требуемые адаптивные показания, с точки зрения обслуживания, дополняются с позиций процессуальных показаний. Лишь таким образом можно предотвратить обговаривание в середине фазы утверждённого фазово-синхронного требования о редукции частоты сессий, когда, как следствие, цели фазы будут интуитивно восприниматься участниками как нечто недостижимое. Необходимая континуальность внутри каждой фазы превратилась бы в игру посредством чисто формального определения терапевтических фаз и учреждённых отрезков финансирования. Если бы, напротив, последовало терапевтически ориентированное синхронное требование уменьшения частоты, это могло бы уложиться в такой контекст, в котором были бы возможны обсуждение достижимых «частичных целей» и взвешивание, благоразумное обоснование или планирование остающихся выгод страхового обеспечения и терапии с принятием во внимание внешних ресурсов а также обусловленных этими ресурсами экономических возможностей.

IV. Руководство

A. Основы и предпосылки

Для того чтобы предупредить возможные недоразумения, нужно коротко разъяснить употребление термина «руководство».

Под этим термином здесь подразумевается (1) не психологическое руководство для обследования и обработки экспериментально-психологических (тестовых) данных, согласно требуемых надёжных критериев валидности и достоверности. Подобным образом «руководство» здесь не означает (2) полностью разработанное руководство к терапии, содержащее подробные определения принципов терапии и применения терапевтической техники, которые могли бы быть оценены независимыми экспертами и поддавались бы оценке посредством испытанных экспертных шкал. Также здесь не имеется в виду (3) «руководство» в смысле органной клавиатуры, которая давала бы возможность виртуозной игры на инструменте финансирования расходов на лечение.

Гораздо в большей мере (4) речь идёт об очерчивании краевой линии, то есть о некоторого рода прикладном руководстве развития и возникновения показаний к высокочастотной аналитической психотерапии. Для того чтобы вообще охватить, постичь, упорядочить и смочь проинтерпретировать данные во всей их комплексности, необходимо, некое определённое «психическое ремесло». Потому руководство может в одинаковой мере служить ориентиром как для терапевтов, так и для экспертов страховых компаний. Оно призвано оживить и поставить на профессиональную основу необходимый двусторонний диалог, в нарушении которого в предыдущие годы обвинялись обе стороны.

Здесь мы попытались создать такой первый комментарий к Психотерапевтическим Директивам, который специально разъясняет запрос о финансировании высокочастотной аналитической психотерапии. В этом отношении руководство представляет дополнение к комментариям Faber & Haarstrick (третье издание, 1994).

Авторы исходят из правомочного с научной и политической точек зрения положения, что запрос на высокочастотную аналитическую психотерапию в рамках страхового медицинского обеспечения должен указать на особенные условия. Согласно этим условиям специфичность констелляции актуальной болезнетворной симптоматики, учреждающих и удерживающих её конфликтов и действующих в

ней патогенных бессознательных фантазий, а также личностно-специфичных защитных механизмов, наряду с сознательными и бессознательными пожеланиями пациента относительно терапии, может обосновать показания к высокой частоте.

Эта структура условий убедительна только в том случае, если в запросе могут быть увязаны индивидуальная психопатология пациента, психодинамика его заболевания и методологическая особенность высокой частоты, что указывает на необходимость и целесообразность высокой частоты сессий.

Такой подход предполагает широкий клинический опыт в обращении с высокочастотной техникой терапии и её специфическими методологическими условиями, как со стороны запрашивающего, так и со стороны эксперта. Но цель достижима лишь в том случае, если решения о показаниях со стороны терапевта и пациента будут профессионально обсуждаться с экспертом для того чтобы сделать возможной замену формального, мало ориентированного на пациента и не учитывающего особенностей данного случая решения, компетентным вердиктом.

Руководство основывается на многолетнем клиническом опыте известных и начинающих авторов и на систематическом изучении психоаналитической профессиональной литературы о показаниях к высокочастотной аналитической психотерапии. Основой руководства являются сегодняшние результаты клинических психоаналитических исследований.

*В. Руководство и регламентационная система Психотерапевтических
Директив*

Руководство (1) не призвано представлять собой что-то вроде новой системы правил. Его объём объясняется изобилием разобщенного клинического и эмпирического материала, который подлежал обобщению.

Для того, чтобы предотвратить дальнейшие недоразумения, нужно подчеркнуть, что руководство (2) представляет собой не показания к психоанализу (сравните Eickhoff 1992; Loch 1965), но (3) показания к применению психоанализа как лечебной терапии в рамках общественно-правовой регламентационной системы. Эти рамки поддерживаются носителями расходов на лечение, то есть страховыми компаниями и их клиентами. Они и образуют страховое сообщество.

Существовавшие прежде различия в обслуживании между государственными и частными страховыми компаниями начиная с 1.10.1967 года все более и более уменьшались, так что со временем многочисленные частные страховые компании так или иначе приняли *de facto* Психотерапевтические Директивы. Исходя из того, что эта унификация позволила бы дальнейший прогресс, кажется не лишённым смысла изложить принципиальные размышления руководства и с этой точки зрения.

В первых основополагающих правилах федеральной комиссии врачей и страховых компаний о проведении психотерапии в рамках страхового медицинского обслуживания от 1.10.1967 были утверждены следующие критерии санкционирования обеспечения аналитической психотерапии: экономическая эффективность и целесообразность в рамках медицинской необходимости.

Это означает (5), что перед применением высокочастотной аналитической психотерапии необходимо уяснить, может ли быть достигнут определённый ожидаемый терапевтический успех при помощи аналитической терапии с более низкой частотой или меньшим общим объёмом обеспечения (количеством сессий). Необходимо также уяснить возможно ли достижение аналогичного успеха терапии посредством применения психотерапии других концептуализаций или психофармакотерапии. Следовательно, для обоснования выбора высокочастотной аналитической психотерапии (что равным образом относится и к низкочастотной) применяются как обобщающие дифференциальные размышления к показаниям, так и дифференциально - терапевтические размышления.

Так, например, предполагая низкочастотную аналитическую терапию с её терапевтически-методической спецификой селективного внимания и селективного применения переноса а также материала сессии, необходимо хорошо обдумать, не имеется ли указаний на то, что после успешного улучшения обжалованных расстройств обнаружится возрастающая вероятность того, что терапия всё же фокусировалась не так, как это ожидалось. В данном случае следует быть готовым к скорой реактивации симптоматики, следствием чего был бы образ «психотерапевтической карусели». Такой эффект может устанавливаться, например, при так называемом лечении переносом.

Соответствующие феномены наблюдаются все чаще (сравните Doidge 1994), особенно с тех пор, как в практику аналитических психотерапевтов приходит всё большее число пациентов, поначалу успешно проходивших терапию в рамках других терапевтических предложений. Как правило, у таких пациентов в определённых пороговых ситуациях успешность их лечения сходила на нет или оживлялось действие до сих пор остававшихся неактивными регрессивных тенденций, которые постепенно перенимали ведущую роль в болезни. В идеальном случае о таком состоянии дел можно узнать из документов или услышать от пациента при условии внимательного изучения анамнеза болезни.

Само собой разумеется, что точно также возможен случай с точностью до наоборот: вполне можно себе представить, что при начальных проявлениях невротического расстройства и корректного взвешивания всех данных и фактов, можно не прибегать к выбору высокочастотной аналитической терапии, даже если преобладают впечатления, что она «была бы хороша» для пациента.

Участие в страховом медицинском обеспечении, а также возрастающее участие в частном медицинском обеспечении, исключает такие или подобные «показания». Когда руководство предоставляет максимально всеохватывающие статистические и динамические критерии, тогда оно приобщается к существующей регламентационной системе Психотерапевтических Директив, подтверждает и стабилизирует её.

При всём этом, руководство не может претендовать на создание новой системы правил, однако оно призвано дифференцировать и оптимизировать профессиональность уже существующей.

Соблюдение существующей регламентационной системы иллюстрируется также нижеследующей позицией. Именно дифференциация может показать, что применение высокочастотной аналитической психотерапии принимает в расчёт не только область показаний «тяжёлых» и «тяжелейших» невротических расстройств. С одной стороны, здесь даже без дифференциально-терапевтической оценки кроется вопрос: показана ли в частном конкретном случае поддерживающая и / или комбинационная терапия. Но с другой стороны, именно дифференциация при наличии руководства может давать двоякие указания. Во-первых, что при тяжёлых нарушениях высокочастотная терапия является обязательной для терапевтического успеха. Во-вторых, что высокочастотная аналитическая психотерапия показана при совершенно необоснованно названных «лёгкими» классических симптоматических неврозах, если наивны определённые динамические условия. То есть, показания ни коим образом не направляются на критерии «тяжести» или «лёгкости», но ориентируются на вопрос, какой метод обеспечивает успех терапии. Это значимо особенно тогда, когда медицинская необходимость определяется аспектами целесообразности и экономической рентабельности.

В отличие от зачастую поверхностной оценки показаний, согласно «степени тяжести» невротического расстройства, руководство при описании показаний к высокочастотной аналитической психотерапии исходит из других точек зрения, а именно: процесс-динамических и интеракционно-динамических. При этом дальнейшие критерии, как то: стремление к здоровью, степень здоровья и сотрудничество больного, наряду с другими факторами, которые относятся к «подходящему ко всему этому терапевту», служат обоснованием субъективных показаний.

С. Замечания о пользовании руководством

Для как можно более наглядного оформления текста, он не только был разделён согласно выдвигаемым позициям, но и дополнительно пронумерован по частям. Он структурирован следующим образом:

- I. Введение
- II. Показания к высокочастотной аналитической психотерапии
 - A. Общие соображения
 - B. Медицинские аспекты показаний
 - C. Процессориентированные аспекты показаний
 - D. Психодинамические аспекты показаний
 - 1. симптоматика невротического заболевания (симптоматический невроз) акцентуируется вследствие определённого нарушения в нарцисстической регуляции самооценки
 - 2. патогенные фантазии / бессознательные конфликты зафиксировались характерологически и являются связанными в зачастую довольно скудный симптомами невроз характера;
 - 3. расстройства душевных основ делают особенно необходимым предложение уверенности и поддержки дающей функции аналитика ;
 - 4. в клинической манифестации защитной структуры господствуют механизмы расщепления и проекции:
 - a) на части неодушевлённого внешнего мира
 - b) на органы и функции собственного тела
 - c) на отдельных лиц и / или группы и на отношение к ним.
- III. Дополнение к ведению терапии: Обсуждающий разговор

Из раздела становится особенно отчётливой характерная черта установления показаний в высокочастотной аналитической терапии. Руководство не является каталогом показаний относительно объективной картины болезни (объективные

показания), объективного синдрома или наличествующего симптома. Оно рассматривает скорее показания к терапии бессознательных, патологических внутренних конфликтов, исходя из пяти различных точек зрения, а именно:

- (1) динамической (психологическая сила, направление, интенсивность, смешанность, разобщенность влечений, аффектов, Эго-интересов),
- (2) экономической (психическое равновесие, степень организованности),
- (3) структурной (психический аппарат),
- (4) генетической (психические феномены определяются относительно их происхождения, их зрелости а также их развития),
- (5) адаптивной (разнообразие душевной жизни, то есть интрапсихического потенциала, в интеракции; интерсубъективное взаимодействие между пациентом и терапевтом).

Из взаимодействия частных статических и динамических факторов складывается оценка показаний на фоне клинического понятия терапии бессознательного, переноса, контрпереноса и сопротивления.

D. Ключевые слова – Позиции – Спорные вопросы.

В последующем при пользовании руководством следует концентрироваться на отдельных ключевых словах. Эти ключевые слова выкристаллизовались во многочисленных дискуссиях экспертов. Их последовательность произвольная. Они также не являются окончательно отшлифованными — дальнейшие дискуссии будут давать дополнения и новые точки зрения.

В данных дискуссиях иногда замечалось, что текст руководства хотя и принимает во внимание многие существенные размышления и понятия, но они не всегда разъяснены достаточным образом. Возможно неверное или недостаточное понимание не обязательно указывает на недостатки текста, но точно так же зачастую может быть результатом стратегии чтения. Для того, чтобы не допустить ещё большего расширения текста и раздробления его на мелкие подробности за

счёт многократных ссылок и повторений, мы прибегли к этому путеводителю. Использовать его не обязательно.

1. Актуальный конфликт

В отдельных высказываниях о тексте руководства были выражены опасения, что эскиз вписанного в Психотерапевтические Директивы понятия актуального конфликта рассматривался недостаточно либо вовсе не принимался во внимание, тогда как расстройства душевных основ излишне подчёркивались. Это не так. Актуальный конфликт был детально рассмотрен прежде всего в позициях 6, 7, 9, 17, 18, 19, 30, 31, 32, 36, 37, 40, 50, 52, 57, 58.

2. «Не будите спящую собаку»

В дискуссии к тому же особое внимание уделялось размышлениям Фрейда, сформулированных в его поздней работе «Анализ конечный и бесконечный» (1937). Но они не затрагивали необходимости лечить структурную часть, лежащую в основе актуального конфликтного нарушения и удерживающую это нарушение. Эта точка зрения подробно представлена в I и II частях руководства, а в отдельных позициях рассмотрена более глубоко: 29-30. В позициях 48-60 она отдельно разработана на примере истерических конфликтов. В позициях 60-61 представлено, что этот подход помогает избежать злокачественной регрессии. Нигде не упоминалось о таких технических подходах терапии, которые стимулировали бы злокачественную регрессию. Также из руководства не может быть вынесено представление о том, чтобы с помощью высокочастотной аналитической терапии намереваться лечить психические дефекты, независимо от того, насколько может быть спорным само понятие (сравните С. 41 и далее, глава В).

В этой связи необходимо указать на проблематичность понятий «раннее нарушение» и «глубокое нарушение». Хотя они описывают фиксацию в развитии личности, до которой пациент регрессирует, однако использование такого словаря в связи с установлением показаний отбрасывает на уровень грубо

недифференцированной нозологии и является непригодным для установления показаний.

3. Воля пациентов

В отдельных случаях подвергалось критике то, что при установлении показаний недостаточным образом принимались во внимание воля пациентов и их активное участие. Это замечание лишено оснований. Напротив, мы придавали большое значение участию пациентов в обсуждающем разговоре и в уразнообразивании метода первого интервью (сравните С. 15 и далее). Особенно это отмечается в позициях: 11, 12, 13, 14, 16, и 96.

4. «Тяжёлые» и «лёгкие», «ранние» и «глубокие» формы заболеваний, симптоматических неврозов

На проблематику таких понятийных образований уже указывалось (сравните С.22). Эти группы порой рассматриваются в качестве единственных, которые вообще могли бы приниматься во внимание для высокочастотной аналитической психотерапии, даже с оговоркой, что по существу для них вполне подходящими были бы поддерживающие меры и альтернативные модели терапии. Это впечатление обманчиво. У такого рода пациентов скорее описываются динамические конstellляции, которые адекватно могут быть охвачены как раз с помощью высокочастотной аналитической терапии. Конstellляции, недоступные этой форме терапии, в руководство не включались (смотрите также главу: Противопоказания).

Для «лёгких» или случаев с «поздними» нарушениями равным образом показательно приводятся классические симптоматические неврозы и неврозы характера. Эти демонстрации расположены в позициях 8, 22, 48-61.

«Группа» выделяется на основании переменных, распространённых и осложняющих терапию факторов согласно следующим клиническим проявлениям:

- негативная терапевтическая реакция: 29, 37;

- синдром изменчивости клинической картины (англ. Syndrom-Shift): 29, 37;
- Эго-синтонность: 22, 52, 56;
- социальная синтонность: 29, 31-33, 52, 56, 58;
- навязчивое повторение: 29, 30, 32, 34, 37, 53, 65, 68, 71;
- перенос и контрперенос в качестве сопротивления: 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 72, 73;
- сопротивление восприятию и разрешению переноса: 34, 35, 37, 93;
- особые комбинации защит: 22, 31, 33, 40, 52, 55, 58, 74-78, 80;
- нарцисстические успехи: 22, 46, 47;
- множественная детерминация: 39;
- ретравматизация С. 51, 55.

Основой высокочастотной аналитической терапии, среди прочего, является использование переноса. Перенос, в общем смысле означает, что актуальные внешние и внутренние отношения проникнуты интернализированными фантазиями чаще всего относящихся к прошлому отношений. Так, новые, незнакомые отношения в настоящем и связанный с ними реальный страх, замещаются страхами, являющимися специфичными для определённого уровня развития, зрелости и организации. В реальные отношения привносятся, и таким образом экстернализируются внутренние, происходящие из бессознательной фантазии, конфликты. Если этот порыв не может быть обуздан, как это было бы возможно у здоровой личности или в связи с «реакцией», тогда длительно удерживается объединение экстернализованного конфликта с материалом прошлого, или же с манифестирующим в нём внутренним конфликтом. Изначально интрапсихический конфликт организует теперь отношение к реальному внешнему миру.

Высокочастотная аналитическая психотерапия делает возможными перенос этого интрапсихического конфликта в аналитическую ситуацию и проработку его манифестаций в актуальных, новых отношениях между аналитиком и пациентом. Она также делает возможным ознакомление пациента с прежде неосознаваемыми значениями мотивационной недостаточности и нецелесообразности его попыток разрешения конфликта. Это образует предпосылки к тому, что он может прийти к

новым, более зрелым и более целесообразным решениям. Такой подход предполагает, что при использовании переноса должны приниматься во внимание оба полюса: во-первых: обращение с переносом как со средством коммуникации, средством инсценировки и реинсценировки, конструкции и реконструкции минувших бессознательных внутренних событий и внутренних переживаний, их реорганизацию на новом актуальном уровне осмысления. Во-вторых: лишение того же переноса его функции сопротивления (защиты от страха) перед актуальным новым значимым опытом. Здесь особое значение приобретает отношение к терапевту, в котором в полной мере раскрывается перенос, ибо он не скрыт подобно тому, как это происходит в реальности. Только пережитое ознакомление с переносом во всех трёх его обликах: страха-, защиты- и натуры разрешает пациенту освободиться от его негибкой фиксации, привнести в свою жизнь и в свои переживания вместо принципа «раздражитель-реакция» критическое оценивание и таким образом приобрести новую автономию.

В различных применениях психоанализа в рамках страхового медицинского обслуживания по разному используется центральный феномен переноса и защиты от страха (сопротивление).

В коротких формах терапии перенос используется преимущественно в его позитивной форме, для того чтобы на этой территории прицельно использовать аффективно заряженные содержания. Тогда реконструкции возможны в ограниченных фокусом рамках. В высокочастотной аналитической психотерапии кроме того должен быть подвергнут обработке как негативный перенос, так и по возможности, начальный позитивный с его свойствами сопротивления. Основной задумкой этой терапевтической техники является: как можно более непрерывно выражать мысли и чувства и дать возможность обоим участникам (пациенту и терапевту) прислушиваться друг к другу и рождать дальнейшие мысли. При высокочастотной аналитической психотерапии это должно особенно активно происходить в течение анализа следующих друг за другом уровней переноса.

В применении психоанализа с низкой частотой считается достаточным, что разъясняющее использование переноса может одновременно пониматься в достаточной мере как слабый признак его сопротивления (Gill, 1982), если он

вообще манифестирует в качестве сопротивления. При применении высокой частоты, защитная функция негативного переноса также должна систематически восприниматься, равным образом как и «позитивные» проявления переноса должны рассматриваться и осмысливаться как форма сопротивления. В ином случае остаётся показать, что постоянно дружественная или заискивающая манера поведения может быть выражением изменения аффекта на его противоположность: выражением предвосхищаемого подчинения или предвосхищаемой альтруистической уступки, в то время как «истинные» аффекты манифестируют, например, психосоматической защитной формацией, повышенным базисным психо-вегетативным напряжением с его воздействиями на мускулатуру и скелет или сосудистый тонус и сердце.

При низкочастотной форме применения, для преодоления сопротивления часто является достаточным привлечение к нему внимания. Но при заболеваниях, поддающихся только высокочастотной аналитической терапии такой техники не достаточно. Сопротивления, как и симптомы, обнаруживают динамические бессознательные притоки; таким образом их следует понимать и лечить как симптомы. Без терапии этих сопротивлений пациент не может принять терапевта в качестве помогающего объекта, а недостаточность такого рода интернализации препятствует длительной стабилизации достигнутого прогресса терапии в промежутках между сессиями или после окончательного завершения терапии. Вследствие чего достигнутое и постигнутое в терапии не может сохраняться живым.

5. Противопоказания

Смотрите относительно этого страницы 38, 40, 48, а также позиции 85 и 86.

6. Соотношение частоты и методической специализации — вопросы терапевтической техники

- Смотрите относительно этого страницы 36 (и следующие за ней), 54 (и следующие за ней), 57, а также далее позиции 28-35
- Диалектика: 38, 72, 73, 75, 80
- Нарушение способности удерживать воспоминания: 64
- Мельчайшие шаги: 57, 60, 70, 71, 92-93
- Селективная техника: позиция 28, страницы 37, 47, 56 (и на следующих страницах), 59

Проводимые в низкочастотном сеттинге терапии отличаются определенностью фокального конфликта или центральной темой конфликта отношений; здесь имеются многочисленные формулировки. Соотношение частоты и техники в таком сеттинге обозначено селекцией фокального конфликта с соответствующими как селективным применением материала, так и селективным применением регулировки, как правило, преобладающе позитивного переноса и селективной интерпретирующей и ориентированной на понимание терапевтической техники. Часто прорабатываются темы внеаналитических отношений. Осложняющие терапию факторы преимущественно не представлены.

Высокочастотная аналитическая психотерапия не является последовательным нанизыванием друг за другом фокальных терапий. Совместно с терапевтическим лечением психических содержаний, она особенно выделяет терапевтически-аналитическое лечение психических процессов. Невротические процессы душевных переживаний во внеаналитической реальности, как правило, наблюдаются в меньшей мере либо в крайнем случае лишь отчасти, поскольку пространства для их наблюдения там недостаточно. Внеаналитическая реальность такие процессы скорее обесценивает, ибо требует от пациента иных функциональных способностей. Там, где процессы душевных переживаний встречают возможно несколько менее интенсивную защиту, пациент из соображений самозащиты и самосохранения, испытывает потребность жить среди других, не являясь беззащитным и хрупким как стекло. Невротические процессы

могут лишь ограниченно пониматься во внеаналитических условиях, потому что аналитик не может присутствовать «*In statu nascendi und progrediendi*»³. Прямой расспрос легко приобрёл бы характер вторжения, подчёркивание внешней реальности и ориентация на неё легко превратились бы в упрекающее осуждение актуальных объектных отношений и объектных отношений прошлого. Расспрос обесценивает перенос.

Осложняющие, патологические функции могут быть прояснены только лишь в отношениях врач-пациент. Здесь пациент может пережить то же функционирование, не подвергаясь повторению опыта отталкивания, то есть, ретравматизации. Часто такие опыты переживаются синтонно обоими взаимодействующими партнёрами; известно также, что частичные аспекты этого переживания остаются синтонными, наряду с чем на психосоматическом уровне в это время происходят тяжелые симптоматические проявления. Поэтому требуется особая внимательность к тому, что происходит здесь и сейчас. Необходимо сделать доступным для обоих партнёров «подслушивание» симптом-контекст-отношений. Процессы переноса с их содержательной моделью аналогии Фрейда не всегда в достаточной мере поддаются конкретизации и демонстрации. Часто необходимо привлекать иные модели представлений, как например, это делали Heimann (1950, 1956), Little (1981) и Bion (1963) (модель внутреннего объекта, модель интроекта).

Чаще всего констатировать перенос впервые удаётся с помощью понимающего наблюдения за промежутками между отдельными сессиями: что внутренне произошло во время разлуки после сессии или во время отсутствия аналитика? Как пациент возвращается после такой вынужденной разлуки в следующую сессию? Впервые благодаря диалогической дифференции, то есть невротическому замешательству пациента в отношении к терапевту, можно установить и сделать доступным переживанию для обоих установившиеся и ведущие черты переноса. И точно так же впервые может быть установлена диалектика разлуки и возвращения: с какими из функций аналитика, взамен возможности располагать ними, пациент идентифицировался за это время;

³ В момент зарождения и прогрессирования (прим. переводчика)

приводят ли переживания разлуки к перениманию функций и приросту психического взросления? Такую идентификацию следует отличать от псевдоидентификации, то есть имитативного принятия. Каждую сессию аналитик сызнава должен начинать в манере «ещё не знающего».

Итак, в высокочастотном сеттинге аналитик работает решающим образом менее селективно. Он мельчайшими шагами продвигается к тому, чтобы оптимально поддерживать способность пациента толерировать страх и напряжение, а также пропускную способность его Эго-функций. Он должен установить, в какой точке становится оптимально возможным участие пациента. Так как эта точка не совпадает с его наиболее сильным аффективным участием, аналитик должен скрупулёзно работать и знакомить пациента с такой манерой слушания и подведения итогов. Для того, чтобы понять невроз переноса, аналитику необходимо выучить образы и язык пациента, в то время как пациенту необходимо усвоить специфику понимания языка аналитика. Только таким образом оба могут представить себе действительное происхождение манифестаций переноса в терапевтической ситуации, для того чтобы потом суметь понять его как сопротивление; только таким образом в области активного невроза становится возможным разрешение при помощи объекта (переноса); только таким образом можно воспрепятствовать нетерапевтическому агированию в неактивных слоях переноса, что фактически означало бы испытывать судьбу и «будить спящую собаку» (сравните с заглавным словом 2). И, наконец, только таким образом устанавливается необходимая оптимальная конгруенция эмоциональных и когнитивных процессов изменения.

7. Мутационные интерпретации

Понятие «мутационных» (изменяющих пациента) согласно Strachey (1934) подразумевает интерпретации, которые значимо изменяюще действуют на эмоциональном и когнитивном уровнях. Для того, чтобы что-то могло измениться, необходим ряд предпосылок. «Материал» должен находиться в состоянии,

потенциально способном измениться. В данный момент этот материал является активной невротической частью конфликта. Но потенциально способным измениться он становится тогда, когда он не только проявляет активность, но и стал способным к переносу. Так как только в состоянии переноса части конфликта включают аналитика. На него тогда наглядным образом переносится оценивающая инстанция, а именно: на него переносится давние ожидания оценки. Восприятие этого психоаналитиком даёт обоим участникам шансы эмоционально и когнитивно участвовать в потенциально новом решении конфликта. Ставшие потенциально переносимыми, а потому и потенциально интерпретируемыми части конфликта, становятся таким образом «подвижными», не фиксированными и не ригидными, а также не привносятся сюда искусственно из других, в настоящем неактивных, частей переноса. Интерпретация является мутационной, если она в момент наиболее «подвижного» самочувствия может способствовать преобразованию значения. Образуется новое ядро значения и кроме того, ядро новой схемы поведения или же аффективное ядро Эго в обходжении с конфликтами, если пациент переживает интенсивное и достаточно эмоциональное представление о том, как, зачем и почему аналитик проделывает всё это вместе с ним.

Такое переживание изменения (сравни позицию 19) происходит в соотнесении с прежним опытом. Прежние значения могут быть, например, плохими по сравнению с ещё не изведанным новым, но они часто кажутся более надёжными, так как уже хорошо знакомы: «не было бы хуже...». Пациенту нужно расстаться с таким представлением. Исходя из этого, интеграция мутационной интерпретации — всегда болезненный и небезопасный процесс, который к тому же соотносится со значением ассоциированных с этим опытом внутренних объектов. Наконец перенос утрачивает свою первостепенную значимость в качестве фиксации. Появляется возможность вновь решить, имеет ли вообще смысл легитимная функция переноса (представлять неизвестное здесь и сейчас по образу и подобию известного), если новые неизвестные до сих пор переживания оказываются конструктивными. Под «мутационными»

подразумевается также: опыты изменения без действия навязчивого повторения, без ретравматизации и многократной детерминации.

8. Интенсивность (плотность)

Смотрите относительно этого 2, 31, 39, 50, 57, 58

Диалектика непрерывности и расставания : 35, 37. 38, 50, 67-70

9. Эмоциональная интенсивность

Смотрите относительно этого 2, 57, 58

10. Толеранция страха и напряжения, контейнирующие функции

Смотрите относительно этого 47, 50, 67, 70, 80, 90, 94

11. Дифференциальная терапия

Смотрите относительно этого 28, 34, 58, 59, 60, 61, 69-72, 90-94, страницы 34 (и следующие), 40, 47 (и следующие), 73

12. Регрессия

Смотрите относительно этого 6, 7, 18, 19

Временная и структурная регрессия: смотрите относительно этого 19, 23, 60, 61

Интенсивность регрессии: смотрите относительно этого 23, 57

Глубина регрессии: смотрите относительно этого 17

Регрессия и расстройство основных душевных функций: смотрите относительно этого « актуальный конфликт», « внутренний конфликт»

13. Фиксация и ригидность защитных механизмов

Смотрите относительно этого: 5, 18, 19, 52, 58, 60, 63, 80, 88, 89

14. «Ранние нарушения»

Смотрите относительно этого 23, а также позицию 4, С. 46, сравните «тяжёлые» и «лёгкие», «ранние» и «глубокие» формы заболеваний, «симптоматических неврозов»

15. Утрата

Смотрите относительно этого: 24

16. Защита между сессиями

Смотрите относительно этого: 31-35, 37-39

17. Реальное присутствие

Смотрите относительно этого: 31, 36, 70, 71, 90, а также 62 (поддерживающая функция)

18. Переживание изменений

Смотрите относительно этого: 34, 35, 37, 68-70, 93, сравните «изменяющая интерпретация»

19. Удлинение сессий

Смотрите относительно этого: 35, 50 (а также 24)

20. Проработка

Смотрите относительно этого: 30, 31, 35, 36, 39 (переживаемая), 71

21. Актуальное происхождение переноса

Смотрите относительно этого: 26-39

22. Симптом-контекст

Смотрите относительно этого: 37

23. Интеграция

Смотрите относительно этого: 38, 80, 88

24. Психическая реальность

Смотрите относительно этого: 38

25. Фазовые показания к высокочастотной аналитической психотерапии

Данный термин впервые начал дискутироваться в последние пять лет. Но его необходимо отграничивать от интервальной терапии, которая обсуждается уже давно. В эмпирической или клинической научной литературе понятие фазового показания к высокочастотной аналитической психотерапии до сих пор не обсуждалось. Данное понятие, которое впервые возникло в профессионально политической дискуссии, является формальным. Хотя оно подразумевает, что фазово или периодически (по отрезкам) высокочастотную аналитическую психотерапию можно было бы чередовать с низкой частотой. Однако под ним подразумеваются не только сами по себе показания, но и утверждение на определённый период запроса на финансирование, скажем, от 80 сессий. Данное понятие таким образом подразумевает концепцию продления в целом желательного и установленного общего количества сессий.

Поэтому необходимо иметь в виду, что формально утверждённые фазы не идентичны терапевтическим фазам; то же самое относится и к концепции продления сессий. Отсюда в данном спорном вопросе также остаётся признать действенность основного принципа ориентированных на конкретный случай показаний. Лишь таким образом этот принцип может быть действительно

ориентированным на болезнь. В зависимости от специфического случая должно быть доказано, что уменьшение частоты сессий :

(1) не является следствием нераскрытого обоюдного поведения, обоснованного сопротивлением и что, кроме того, этим

- (2) не нарушается необходимая «фаза куколки».

Относительно поведения, обоснованного сопротивлением, напомним пример возможной последовательности терапии при негативном переносе. В общих чертах можно представить 6 фаз, которые следует пройти пациенту для того, чтобы переживание изменения и перемена значения негативного переноса были удачными.

Фаза 1: значение негативного переноса как коммуникативной функции: пациент даёт терапевту почувствовать, насколько заброшенным и необласканным он себя чувствовал.

Фаза 2: расшатывание, ослабление (*dystonisierung*) негативного переноса, разработка идентификации с агрессором: несмотря на связанный с ним опыт страданий, пациенту импонирует его сила и власть, он хочет быть таким же сильным, как агрессор.

Фаза 3: негативный перенос как выражение мести объекту (переноса).

Фаза 4: отделение от объекта. Прекращение идентификации с агрессором.

Фаза 5: интеграция собственной агрессии как не-реактивной аффективности.

Фаза 6: 1-3: прекращение «приносящего уверенность» (в силу реактивной обоснованности) и «приносящего наслаждение» (поскольку жаждущего мести) обхождения с агрессивностью и интеграция агрессивности в качестве новой формы ответственной активности. Ознакомление с психодинамикой «преступник-жертва» как с сопротивлением против отделения от объекта или же от идентификации с ним, так и сопротивлением против отказа от этого аспекта переноса и против

стадии латентного вызревания нового значения, например, потенциальной возможности самому стать преступником.

Перед лицом такой или подобной терапевтической последовательности возникает вопрос, в каком месте обоснована высокочастотная аналитическая психотерапия и когда она может быть закончена и заменена низкочастотной без того, чтобы возникла возможность крушения прогресса терапии из-за сопротивления против соответственно отдельных, психически болезненных фаз переживаемого ознакомления с терапевтом, против отказа от старых значений, против интеграции новых значений. Так как всегда имеется опасность предполагать, что пациент и терапевт в одинаковой мере (из мотивов сопротивления) довольствуются достигнутым, в ложной уверенности, что «ещё-не-достигнутое» не предоставит новой дальнейшей психодинамики, и потому прежний материал больше не проговаривается.

Мы уже указывали на необходимость (С. 36) подвергать интерпретации все формы дисконтинуальной высокочастотной аналитической психотерапии. Согласно описанию предположительных фаз терапии негативного переноса, уместно вновь указать на то, что в процессе аналитически-психотерапевтического лечения необходимо принимать во внимание прототипические фазы терапии для того, чтобы изменение частоты не приводило к обрыванию терапевтической фазы и к терапевтическому «урезанию». Было бы неплохо разграничить три терапевтические фазы. (1) Вводная фаза. (2) Фаза проработки. (3) Фаза окончания.

Вводная фаза обозначена тем, что интрапсихический конфликт, соответственно конфликт специфического уровня регрессии инсталлируется в пространство отношений между терапевтом и пациентом. Она оканчивается, когда бессознательный конфликт перенесён на персону терапевта и на терапевтический сеттинг, эти манифестации организовались с достаточным постоянством и пациент может переживать изменяющее заболевание значение сеттинга. В данной фазе из-за сложностей при открытии психического пространства, коммуникации, а также эмоциональной связи, может стать необходимой высокая частота сеттинга.

В фазе проработки, перенесённый и организованный таким образом невротический конфликт получает новую когнитивно-эмоциональную действенную смысловую связь. Это происходит при помощи способности к символизации и общей психической работы над реинсценировкой активно-патогенных детерминант невротического конфликта. Если эти детерминанты были изменены в их значении и получили новый смысл, тогда фаза проработки подходит к концу. В данной фазе при обработке бессознательного негативного и позитивного переносов, определённых детерминант бессознательного невротического конфликта и при обработке нарушений совместной работы может стать необходимой высокая частота. Представленный выше пример работы над фазами негативного переноса может служить идеальным образцом для иллюстрации данной фазы проработки.

Фаза окончания наступает тогда, когда аналитически-психотерапевтическая работа в переносе может быть преобразована в работу над переносом как сопротивлением против опытов изменений. Вследствие чего пациент может освободиться от своего терапевта как от объекта переноса. Это происходит, когда пациент интернализирует функцию терапевта. Фаза окончания может считаться завершённой, если на этапе печали реорганизованные и выздоравливающие психические функции не попадают вновь и вновь в струю оставшихся фиксаций и не подвергаются ретравматизации. Эта фаза может сделать необходимой высокую частоту сессий, если перемена значения переноса усложняется или процесс печали отягощается за счёт сильной амбиваленции.

Итак, во всех фазах определённые затруднения могут повредить или угрожать терапевтическому успеху, поэтому показания к высокой частоте являются обоснованными. Такие затруднения рассматриваются в теории аналитически-психотерапевтической техники в качестве сопротивлений / защитных порывов. Сопротивления и защитные порывы, с одной стороны, могут прагматично описываться в их клинических проявлениях. Но также можно дать им самим говорить о себе. Для обоих случаев здесь приводится пример.

Прагматически описанная фаза сопротивления в прототипической фазе процесса имеет место тогда, когда (согласно личному сообщению Ermann & Körner, 1995): (а) «хронифицированная защитная позиция (например, нарцисстическая или мазохистическая защита) препятствует достаточно действенным терапевтическим отношениям и поэтому следует учитывать, что уменьшение интервалов между сессиями способствуют установлению терапевтически соответствующих действенных отношений»; (в) «в интервалах между терапевтическими сессиями имеется угроза или наступают декомпенсации (например, потеря контроля над деструктивными импульсами) и поэтому должно быть учтено, что уменьшение интервалов между сессиями стойко стимулирует грузоподъёмность терапевтических отношений и предотвращает декомпенсации»; (с) «терапевтический процесс в межсессионный период подвергается опасности и поэтому следует учитывать, что уменьшение интервалов между сессиями концентрирует динамику терапии на терапевтических отношениях».

Размышления Ermann & Körner следует дополнить, например, формами психосоматической защиты, при которых терапевтическое использование отношений терапевта и пациента вообще отрицается и замещается агитированием посредством собственного тела и его функций, так что интервалы между терапевтическими сессиями угрожают телесными декомпенсациями, которые в свою очередь могли бы повредить или разрушить целостность психического пространства.

В качестве описания самой по себе специфической фазы сопротивления / защиты, обуславливающей необходимость высокой частоты приведём следующий пример. Ценность этого описания состоит в том, что в конкретном случае обосновывается медицинская необходимость, преимущество обеспечения высокочастотной терапии и подход к принципу экономической эффективности. Согласно данным критериям, целью терапии, как правило, должно быть комплексное, то есть по возможности полное, отстранение пациента от бессознательной конфликтной динамики. Только это предусматривает рентабельную терапию, ибо внимание уделяется сопровождающей симптоматике

или впервые даёт возможность эффективной терапии. Симптоматическое лечение, например, низкочастотная или иная терапия либо психофармакологическая терапия, как раз часто не соответствует требованиям экономической эффективности.

Итак, перейдём к примеру. Ведущим симптомом у пациента выступает сексуальное расстройство и стоящий за ним фобический синдром со страхом перед засыпанием, кошмарными сновидениями. Он занимался самолечением, употребляя алкоголь, психофармакологические средства, а также просиживая ночи напролёт перед телевизором. Он часто засыпал под утро и опаздывал на работу, появляясь там совершенно разбитым, рассеянным и подавленным. Это приводило к снижению работоспособности, погрешностям в работе, нарушению концентрации и эпизодическим засыпаниям на рабочем месте.

В терапии становится очевидным предпочтительный защитный механизм, который звучит уже во время первого интервью. Здесь это чрезмерно используемая частичная форма механизма вытеснения, а именно, антикатексис (*Gegenbesetzung*) психических содержаний. Из клинического опыта мы знаем, что вытеснение состоит из двухфазового защитного движения: из (1) антикатексиса и следовательно ставшего уже возможным (2) собственно вытеснения, «облачения» лишенных устрашающего заряда содержаний в пред- и бессознательное. С упразднением во сне бодрствующего сознания, существующие устрашающие содержания очевидно являются причиной кошмарных сновидений пациента. Во сне преобладает несовершенное бессознательно-аффективное или предсознательно-фантазирующее мышление: недостаточная охранительная функция работы сновидения; по видимому, антикатексис там полностью отказывает. К тому же бросается в глаза, что антикатектированный внешний материал сессий не кажется пациенту чуждым психотерапии. Он часто ожидает, что должно измениться что-то в реальности, а не в нём самом, тогда его страхи исчезнут. Оторванные друг от друга аффекты и содержания (изоляция аффекта) и противоречия в оформлении смысла терапии совершенно не кажутся ему эго-дистонными. Однако эти сопротивления также следует принимать во внимание,

если они в состоянии бодрствующего сознания очевидно поддерживают результат антикатексиса. Эго-дистонно он их переживает только в прошлом, в качестве содержаний биографического анамнеза: как его родители постоянно были озабочены соблюдением приличий и тем, как они выглядят в глазах окружающих. Или насколько аффективно труднодоступными казались ему родители, которые при болезненных событиях всегда реагировали с холодной рассудительностью. Или как они пытались втолковать сыну, что нормально и правильно будет не «нагружать» их своими проблемами, а оставить «в покое». Отсюда попытки пациента прибегать к самолечению и самовнушению, которые он пытался представить в терапии как «нормальные» («ибо так все делают») и перенести их на аналитическую работу. (1) Он «принуждал» себя ко сну с помощью психофармакологических средств или алкоголя. Или ожидал сна как висельник приговора. Пациент нередко показывал парадоксальную реакцию на психофармакологические средства или алкоголь, то есть он вообще не засыпал, а наоборот был «совершенно бодрым» или «всю ночь без сна сидел в кровати». Следует принять в расчёт описанный механизм переноса на объективное психотропное действие психофармакологических средств (сравните Danckwardt 1984) или алкоголя, проявившийся в том, что пациент боролся против «внутреннего преследования», протестуя против психодинамически ставших «плохими» психофармакологических средств, и победил их. Как очередное следствие неудавшегося самолечения, у него появились симптомы, упорно мешающие его профессиональной жизни и приводящие к угрозе распространения его невротических конфликтов на социальную сферу. (2) Пациент открыл, что при длительном просмотре телепередач он достигает двойного эффекта. (а) Он может смотреть телевизор так долго, что после засыпания не входит в REM-фазу (как правило между 00 и 2-3 часом ночи) и благодаря этому упреждающему избегающему маневру, за то короткое время, что он мог спать, ему не снились кошмары и он больше не боялся их. Конечно, данный защитный манёвр давал о себе знать утренними последствиями. (в) Телевизор служит ему антикатексисом. Антикатексис он может использовать двумя способами. С одной стороны, в качестве экстернализованого решения конфликта. Тогда, просматривая

тривиальные фильмы и сериалы, которые в данное время шли почти по всем каналам, он мог «получить в уже разрешённом виде» либидинозные или агрессивные конфликты. Он, так сказать, соответственно идентификации с протагонистом, мог «интроецировать готовые решения». Если передачи не давали нужного результата, телевечер продлевался. Во-вторых: он мог следовать механизму возникновения сновидений по образцу остатков дня. Тогда он по-другому использовал антикатексис. Таким образом, при помощи происходящей визуализации он как бы «разрешал» свои собственные конфликты. Он подвергал себя мощному визуальному вторжению с тем, чтобы его общее внутреннее бессознательное внимание экстернализировалось и кроме того было занято этим засильем образов. Можно только порадоваться, что он не продолжал до бесконечности свои ночные бдения перед телевизором, если передача не заканчивалась «хэппи-эндом». Он будто бы созерцал сон с более или менее оригинальными сюжетами. Так он осиливал всю ночь. Но вскоре ему пришлось узнать последствия: днём он всё чаще бывал сам не свой. Антикатексис или модель дневных остатков распространялось и на следующий день. На сессии всегда бросалось в глаза как препятствие то, что пациент точно также использовал экстернализированный материал для чрезмерного антикатексиса проявившегося благодаря ассоциациям потенциального материала сессии. Данный процесс, который собственно выводил пациента из сессии и угрожал потащить терапевта за собой, был скомбинирован из Эго-синтонности, изоляции аффекта и рационализации. Уже давно бессознательно через перенос пришла в сессии наполненная страхом система фантазии, которая однако посредством описанной защиты была экстернализирована для того, чтобы не повредить отношения с терапевтом. Исходя из этого, успешно работать здесь и сейчас не удавалось, ибо композиция защит вела лишь к дальнейшей интеллектуализации, с помощью которой непрочные и неуверенные отношения к терапевту защищались от подобных кошмарным сновидениям декомпенсаций.

Итак, терапевтически имеется три возможности. Во-первых: продолжать работать с частотой три сессии в неделю. Дальше работать с антикатексисом, то

есть продолжать обрабатывать смещённые в экстернализованный материал устрашающие содержания. Это часто используемый путь. Только со временем вдруг замечают, что ни в деталях, ни в общем протекании процесса ничего не меняется. Это похоже на непрерывную неотложную терапию, как будто бы пациент вновь и вновь отрабатывает острую потребность («нужду переноса»).

Вторая возможность состоит в том, что при той же частоте сессий три раза в неделю, всё-таки «взять в перенос» антикатексис. Так как пациент всё ещё боится отяготить отношения к терапевту, он входит в сессии послушно и интеллектуализируя. Это приводит к существенному взаимопониманию и глубокому ознакомлению на интеллектуальном уровне. Но на следующих сессиях ситуация остаётся всё той же. Эго-синтонная негативная терапевтическая реакция со стагнацией существующих расстройств и их последствий: нарушения сна, употребления алкоголя и психофармакологических средств, ночных бдений перед телевизором, дурного настроения и самочувствия по утрам, чувства несостоятельности, опозданий на работу.

Третья возможность состоит в том, чтобы повысить частоту сессий. При этом меняется интенсивность сессий. Она должна приобретаться таким образом, что пациенту при наличии его материала можно не только сделать понятным, что он в данном материале подразумевает бессознательное отношение к терапевту. Ему также необходимо указать на то, каким образом он предоставляет механизму антикатексиса как ответственность за незначительный результат сессии, так и самого себя после сессии, для того чтобы освободиться от ставшего в сессии более податливым переноса на терапевта, *который он теперь победил бы*. То есть показать ему необходимый, субъективно вынуждающий мотив к данному, не доступному наблюдению при трёхчасовом сеттинге освободительному удару. Для этого необходимо, чтоб последующие сессии шли настолько интенсивно, что механизм антикатексиса последовательности реакции после сессии ещё не забылся (не вытеснился). Если бы между сессиями был большой интервал, например один свободный день, тогда вытеснение было бы динамически успешным. Пациент

тогда словно застревал бы снова и снова в теперь уже попавшем в терапию переносе.

Итак в обрисованной динамике конфликта разрабатывается не один только антикатексис на другие события / образы / представления и мотивации, но также и изоляция аффекта, Эго-синтонность, а также многократно обосновывается необходимость достаточно интенсивной плотности частоты сессий. Отношениям врач-пациент и знаниям о синхронизации сессий следует предоставить возможность решать, достаточно ли раз в неделю плотно следующих одна за другой сессий, два раза в неделю плотно следующих одна за другой сессий или же необходима ещё более плотное соотношение между отношениями и не-отношениями для того, чтобы в течение общих временных рамок достигалась эффективная терапия и польза для обеспечения. Терапии одного только патологического сопротивления «антикатексиса» не достаточно для того, чтобы разрешить обычные сопротивления, например, «Эго-синтонность» и «изоляцию аффекта». Они продолжают существовать, а отсюда, со своей стороны, требуют лечения. С помощью антикатексиса (экстернализация внутренней реальности; использование ночью модели остатков дня в качестве замещения содержания посредством просмотра телепередач) пациент защищает содержание страха. Посредством изоляции аффекта (психофармакология / алкоголь) защищается аффект страха. Посредством Эго-синтонности достигаются две цели: смещение содержания аффекта и изоляция аффективных процессов, которые встраиваются в характер в качестве «нормальных», то есть не «чуждых» и не «несоответствующих» процессов. Они представляют собой разрабатываемый процесс идентификации с родителями.

Учреждением высокой временной частоты для большей интенсивности переживания, открывается новый шанс её проработки, который, с точки зрения долгосрочности, является экономически эффективным. Его экономическая эффективность состоит в том, что он вообще впервые открывает возможность терапии других сопротивлений. И это является выгодным для финансирования по сравнению с другими терапиями, не достигающих такого результата. Данная

терапия является медицински необходимой, потому что только она может сдерживать усугубление других проявлений болезни: нарушений сна, злоупотребления алкоголем и психофармакологическими средствами со всевозможными последующими телесными расстройствами; уменьшения работоспособности вследствие недостаточного ночного отдыха, чрезмерных телевизионных бдений, злоупотребления кофе; сексуальных расстройств на почве страха, злоупотребления психофармакологическими средствами и антикатексисом.

Что мы хотим показать данной главой? Наиболее известным в психоаналитической терапии является сеттинг, который исходит из континуальности и частоты сессий. Богатство клинического научного опыта в данной области очень велико. Состояние эмпирических научных познаний также не является скудным. Если под внешним или внутренним давлением принимается решение в пользу дисконтинуальной формы терапии, то всегда ступают на неисследованную *terra incognita*. Поэтому динамические импликации отношений и последствия изменения частоты, которые и без того могли последовать только при согласовании с пациентом, наблюдают исходя из: (1) общих психоаналитических принципов (перенос, контрперенос и сопротивление), (2) с типической для процесса (фазы) точки зрения и (3) с типических ситуационных точек зрения, а также взвешивают, обосновывают и планируют в общей совокупности. На странице 37 мы на примере вводной фазы показали, что при выборе формы терапии становится справедливым только сочетание типических ситуационных и типических для процесса точек зрения, сплетение внешней и внутренней реальности.

Исходя из данных оснований в указанном вопросе неизбежна аргументация частного случая.

26. Значение высокой частоты для аналитических психотерапевтов

Смотрите относительно этого: 59,60,61,90,91

27. Показания к высокочастотной аналитической психотерапии «изначально» против «в процессе»

Вновь и вновь обсуждается вопрос, имеются ли показания к высокочастотной аналитической терапии уже изначально или они определяются только после начальной фазы, то есть как показания из протекания терапии. Вопрос этот связан также с проблематикой «фазовых» утверждений финансирования.

Потому в общем так мало можно встретить возражений, ибо возможным является общее одобрение. В данной области нет единого объективного установления показаний, показания здесь также устанавливаются в зависимости от частного случая. Собранные в данном руководстве критерии разрешают найти в частном случае адекватный путь к установлению, возможно ли уже до начала терапии сделать прогноз относительно протекания терапии, осложняющих и впоследствии угрожающих условий.

Если, например, пациент сообщает, что он пришел к терапевту так как замечает, что в различных ситуациях он всегда терпит неудачу, мы можем сделать заключение о действии навязчивого повторения. Отсюда опрос касательно определённых данных в конце фазы интервью здесь имеет особое значение и обоснование. То же имеет место для других критериев (смотрите позицию 4), как например, синдром изменчивости клинической картины и негативная терапевтическая реакция.

Наряду с таким исследованием анамнеза болезни мы предлагаем наблюдение за протеканием процесса в течение одной сессии, а также наблюдение за протеканием процесса в течение ряда сессий интервью или же пробных терапевтических сессий. В основе наблюдения в течение сессии лежат высказывания о психодинамике болезни, переживание ситуативной и сценической очевидности (Angellander 1967). В то время как в рамках одной сессии можно получить свидетельства о сущности диалогического разногласия, то есть о том, как

пациент невротически неправильно понимает аналитика, и сделать из этого заключение относительно переносной реакции, то предоставив себе возможность наблюдения за периодом в 5 сессий, который протекает за одну неделю, можна выиграть дополнительные сведения.

Обоим участникам остаётся переживать и наблюдать играет ли роль , внеаналитическая реальность в обращении с ходом событий в течении сессии, как именно, и в каком размере. Употребляется ли, например, внеаналитическая реальность для антикатексиса, чтобы предоставить сессию или часть её (или часть терапевта) работе вытеснения? Перерабатывается ли предсознательно фантазируемое и /или бессознательное аффективное мышление? Если да, то каким образом и с каким результатом? Это можно узнать, помимо прочего, по снам, фантазиям, по acting out (отыгрыванию вовне) и других «общепринятых» королевских путях к бессознательному. Как «функционирует» пациент, как работает его Эго без присутствия терапевта? Какой оборот принимает диалектика между его (терапевта) присутствием и потерей его присутствия в промежутках между сессиями? Каково соотношение между отделением и прибавлением зрелости? За какие заменители будет цепляться пациент? Будет ли терапевтическая регрессия захватывать его повседневный жизненный уклад? Должен ли он манипулировать внеаналитическими персонами в целях переноса и защиты? Если да, то каким образом там организованы психические конфликты? Как долго сохраняются эффекты сессий, как долго пациент может удерживать в себе их значение? Должен ли он прибегнуть к заместителю?

Данное руководство придерживается взгляда, что терапевт должен делать достаточно понятным для эксперта соглашение между ним и пациентом, демонстрируя при этом данные трёх уровней наблюдения: наблюдение за первичным интервью, наблюдение за протеканием первичного интервью, прежнее протекание болезни, а также объективные биографические данные (анамнез болезни и анамнез жизни). Если это касается содержательного и ориентированного на частный случай отношения, тогда нет повода а priori формальными обоснованиями отрицать показания для высокочастотной аналитической терапии.

Аналогичным образом поступают с показаниями для начальной низкой частоты. Кроме того, в системе Психотерапевтических Директив существуют способы преобразования аналитической психотерапии в высокочастотную в течение последующих 25 сессий.

В заключение остаётся указать на следующие обстоятельства. Учитывая отпускные периоды, выпадения либо смещения сессий и другие возможные воздействия на рамочные условия, представление о континуальной аналитической психотерапии «изначально» и так уже является едва достижимым идеалом. «Почти каждый день» реально скорее не существует. Остаётся выразить всё в цифрах: терапия с частотой 4 сессии в неделю оптимально насчитывает 160 сессий (т.е. терапевтических дней) в год. В остальные же 160 дней в году терапия не проводится. Концепция «фазового одобрения» или «процессориентированных показаний» представляет формальные рамочные условия, которые способствуют ещё большему «урезанию» и без того с трудом выторгованных рамочных условий 1:2 (терапевтические дни против не терапевтических дней).

К тому же «фазовое одобрение» или «процессориентированные показания» предполагает «латание» предоставленных их стороной «дырявых» рамочных условий посредством доплаты. Сколько слишком низких доз или недостающего «психологического присутствия» (по аналогии с дозировкой медикаментов согласно индивидуальному весу тела и биологической готовности) должны употребить отношения врач-пациент для того, чтобы обеспечить эффект таким способом?

Перечень литературы:

1. Argelander, H. (1967). Das Erstinterview in der Psychotherapie. In: Psyche 21: 341 - 368; 429 - 467; 473 - 512.
2. Bachrach, H. M., Galatzer - Levy, R., Skolnikoff, A., & Sherwood, W.Jr. (1991). On the efficacy of Psychoanalysis. In: Journal of the American Psychoanalytical Association 39(4): 871 - 916.
3. Bion, W R. (1963). Elements of Psychoanalysis. London (Heinemann).
4. Bruns, G. (1995). Soziale Vernetzung: Ein Parameter in der Behandlung psychotischer Patienten. In: Forum der Psychoanalyse 11: 84 - 94.
5. Crits - Christoph P., & Barber, J P. (2000). Long - term psychotherapy. In: Snyder, C. R., Ingram R.E. (Eds) Handbook of psychological change New York (John Wiley) pp. 455 - 473.
6. Danckwardt, J.F. (1984). Kombinierte psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlung der Angst. Anmerkungen aus psychoanalytischer Sicht. In: P. Gotze (Hg.): Leitsymptom Angst. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo (Springer - Verlag), pp. 38 - 50.
7. - (1994). Veränderungsangst und mediale Normierung der inneren Realität. In: Behrens, I., Berger, F., Plankers, T. (Hg.): Der Widerstand gegen die Psychoanalyse. Frankfurt (Congress - Organisation), pp. 251 - 253.
8. - (2000). Indikation. In: Mertens, W. & B. Waldvogel: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart (Kohlhammer), pp. 333 - 339.
9. Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (Hg) 2001. Indikation und Wirksamkeit. Psychoanalyse und psychoanalytische Verfahren in der medizinischen Versorgung. Informationsschrift. Berlin.
10. Doidge, N. (1994). In: American Journal of Psychotherapy: 151, 586.
11. Duhrssen, A., Jorswieck, E. (1962). Zur Korrektur von Eysencks Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. In: Acta Psychotherap. 10: 329 - 342.
12. - (1965). Eine empirisch - statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Nervenarzt 36: 166 - 169.
13. Eickhoff, F. - W. (1992). Kurative Faktoren in der Psychoanalyse: Welche Perspektiven haben sich geändert? In: F. - W Eickhoff, W Loch (Hg.). Jahrbuch der Psychoanalyse 29: 215 - 236.
14. Eissler, K. R. (1963). Notes on the psychoanalytic concept of cure. Psychoanalytic Study of the Child 18: 424 - 463.

15. Faber, F. R. (1993). Utopische Phantasien und Realitat in der kassenarztlichen Psychotherapie. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 38:102 - 110.
16. Faber, R., & Haarstrick, R. (1999).Kommentar Psychotherapie - Richtlinien. Neckarsulm & Munchen Jungjohann Verlagsgesellschaft).
17. Fonagy, R, & Target, M. (1993). Aggression and the psychological self. In: International Journal of Pychoanalysis 74: 471 - 485.
18. - (1995). Understanding the violent patient. In: International Journal of Pychoanalysis 76: 487 - 501.
19. Freud, S. (1923a). ‚Libidotheorie‘ ‚Psychoanalyse‘. G.W. Bd. XIII: 211 - 233
20. - (1937). Die endliche und die unendliche Analyse. G.W, Bd. XVI: 59 - 99.
21. Gattig, Ekkehard (2001). Das Schicksal der psychoanalytischen Methode im psychotherapeutischen Setting. In: Bohleber, W. und Drews, S. (Hg.): Die Gegenwart der Psychoanalyse - die Psychoanalyse der Gegenwart. Stuttgart (Klett - Cotta) 2001.
22. Gill, M. M. (1982): Analysis of Transference. Vol.1: Theory and Technique. Madison, CT (International University Press). Dt: Die Übertragungsanalyse. Frankfurt. am Main (Fischer) 1996.
23. Glasser, M. (1992). Problems in the psychoanalysis of certain narcissistic disorders, In: International Journal of Psychoanalysis 73: 493 - 503.
24. Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Gottingen (Hogrefe).
25. Heimann, P. (1950). Ort counter - transference. In: International Journal of Psycho - Analysis 31: 81 - 84.
26. - (1956), Dynamics of transference interpretations. In: International Journal of Psycho - Analysis 37: 303 - 310.
27. Henseler, H., & P. Wegner (1993). Psychoanalysen, die ihre Zeit brauchen. Opladen (Westdeutscher Verlag).
28. Hoffmann S. O. (1992). Bewunderung, etwas Scham und verbliebene Zweifel. In: Psychologische Rundschau 43(3):163 - 167.
29. Huber, D.& G. Klug, M. von Rad (2001). Die Munchner Psychotherapiestudie - Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien. In: Stuhr, U., Leuzinger - Bohleber, M., Beutel, M.: Langzeit - Psychotherapie - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kiel (Kohlhammer) pp. 260 - 270.

30. Janssen, Paul L. (2001). Zur aktuellen Situation der Anwendung der Psychoanalyse in der Psychotherapie. In: Bohleber, W. und Drews, S. (Hg.): Die Gegenwart der Psychoanalyse - die Psychoanalyse der Gegenwart. Stuttgart (Klett - Cotta) 2001.
31. Kachele, H. (1990). Wie lange dauert Psychotherapie? In: Psychother. Psychosom. med. Psychol. 40: 148 - 151.
32. - (1992). Psychoanalytische Therapieforschung 1930 - 1990. In: Psyche 46(3): 259 - 285.
33. - (1995). Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession. In: Psyche 49(5):481 - 492.
34. Kaiser, E. (1993). Der psychotherapeutische Weltgeist zu Bern: Klaus Grawe et al. In: Psyche 49(5): 493 - 507.
35. Keller, W., & G. Westhoff, R. Dilg, R. Rohner, H. Studt, (2001). Wirksamkeit und Kosten - Nutzen - Aspekte ambulanter jungianischer Psychoanalysen und Psychotherapien - eine katamnestiche Studie. In: Stuhr, U., & M. Leuzinger Bohleber, M. Beutel: Langzeit - Psychotherapie Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kiel (Kohlhammer), pp. 343 - 355.
36. Kuchenbuch, A. (1978). Einflüsse der Kassenregelung auf den Verlauf psychoanalytischer Behandlungen. Referate und Protokolle der Arbeitstagung der DPV in Berlin vom 16. - 18. November 1978.
37. Leuzinger - Bohleber, M. (1995). Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. In: Psyche 49(5):434 - 480.
38. Leuzinger - Bohleber, & U. Stuhr, B. Ruger, M. Beutel, M. (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien - eine multiperspektivische, repräsentative Katamnestiche Studie. Psyche 55:193 - 276.
39. Little, M. (1981). Transference Neurosis and Transference Psychosis. New York (Aronson).
40. Loch, W. (1965). Voraussetzungen, Mechanismen und Grenzen des psychoanalytischen Prozesses. Bern (Huber).
41. Luborski, L. (1988 [1984]) Einführung in die analytische Psychotherapie - Ein Lehrbuch. Berlin & Heidelberg (Springer).
42. Mertens W. (1994). Psychoanalyse auf dem Prüfstand. Eine Erwiderung auf die Meta - Analyse von Klaus Grawe. München (Quintessenz).
43. - (1995). Warum Psychoanalysen lange dauern. In: Psyche 49(5): 405 - 433.

44. Meyer, A. E. (1994). Über die Wirksamkeit psychoanalytischer Psychotherapie bei psychosomatischen Störungen In: Psychotherapeut 39: 298 - 308.
45. Orlinsky, D. E., Grawe, K., Parks, R. (1994). Process and outcome in psychotherapy - In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hg.). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York (Wiley).
46. Orlinsky, D.E., & K.J. Howard (1986). Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield, S. L., & A. E. Bergin (Hg.). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York (Wiley), pp. 311 - 391.
47. Person, E. S. (1993). On FREUD'S "Observations on Transference Love". In: Person, E. S., & Fonagy, P. (Hg.). On FREUD'S "Observations on Transference Love". New Haven & London (Yale University Press).
48. Rad, von M., & W. Senf, W. Brautigam (1998). Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamneseprojekts. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 48: 88 - 100.
49. Rosenkötter, L. (1978). Die Übertragungsbedeutung der Kasse als dritter Instanz. Referate und Protokolle der Arbeitstagung der DPV in Berlin vom 16. - 18. November 1978.
50. Rotmann, J. M. (1992). Die Übertragungsbedeutung des Gutachterverfahrens. In: Psyche 46:178 - 219.
51. Rudolf, G., & R.Manz, C. Ori (1994). Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. Zsch. Psychosom. Med. 40: 25 - 40.
52. Rudolf, G., & T. Grande. R. Dilg (2001). Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen - Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL) In: Stühr, U., Leuzinger - Bohleber, M., Beutel, M.: Langzeit - Psychotherapie Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kiel (Kohlhammer) pp. 238 - 259.
53. Ruger, B. (1994). Kritische Anmerkungen zu den statistischen Methoden in Grawe, Donati, Bernauer: "Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession". In: Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 40(4): 368 - 384.
54. Sandell, B., & J.S. Blomberg, A. Lazar.(1997). When reality doesn't fit the blueprint. Doing research on psychoanalysis and longterm psychotherapy in a public health service program. Psychotherapy Research 7: 333 - 344.
55. - (2001) Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Psychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Projekt. Psyche. 55. 277 - 310.

56. Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psycho - analysis. In: International Journal of Psycho - Analysis 15:127 - 159. Dt.: Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Psychoanalyse. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 21(1935): 486 - 516.
57. Thoma, H. (1991). Was hat sich in meinem Verständnis des psychoanalytischen Prozesses seit den 60er Jahren gewandelt? In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 36:2 - 11.
58. (1994). Zur Kontroverse um Frequenz und Dauer analytischer Psychotherapie. In: Psyche 48: 287 - 323.
59. Thoma, H., & Kachele, H. (1985). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie - 1 Grundlagen. Berlin (Springer).
60. Tschuschke, V, Kachele, E., & Holzer, M. (1994). Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? In: Psychotherapeut 39:281 - 297.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Иоахим Данкварт – доктор медицины, психоаналитик (DPV / IPA), специалист в области психиатрии, психоанализа и психотерапии. Работает в системе страхового медицинского обслуживания в г. Тюбингене. Обучающий аналитик и супервизор (DPV / IPA). Председатель немецкого психоаналитического объединения в 1994-1996 годах.

Адрес: Im Buckenloh 2. D-72070 Tuebingen. Germany.

Tel./Fax.: [49] [0] 70 71 41277. E-mail: JFDanckwardt@t-online.de

Homepage: <http://home.t-online.de/home/JFDanckwardt/>

Эккехард Гаттих – доктор философии (DPV / IPA), дипломированный психолог. Частно практикующий психоаналитик в г. Бремене. (DPV / IPA). Обучающий аналитик и супервизор (DPV / IPA). Председатель немецкого психоаналитического объединения в 1996-1998 годах.

Адрес: Grobgorschenstrabe 18. D-28211 Bremen. Germany.

Tel.: [49] [0] 421 233668. Fax: [49] [0] 421 232813. E-mail: E.Gattig@t-online.de