

PV 167

ISBN 5 - 900513 - 04 - 1 .

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

**IY
1994**

МОСКВА

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

Психоанализ в противоречиях – Вольфганг Кречмер (Тюбинген)	5
Биография и человеческие отношения в психотерапевтической диагностике – Петер Бухгейм (Мюнхен), Райнер В. Далбендер и Хорст Кехеле (Ульм)	12
К терапии смыслоутраты: <i>Primum vivere deinde philosophare</i> – Владимир Кутьрев (Н. Новгород)	26

АРХИВ

Что всякий должен знать? – Владимир Набоков	31
---	----

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Курьезные истории. Неудобен к службе – В. Батаев	32
--	----

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Экстерьер и «интерьер» психиатрической больницы глазами посетителя	35
--	----

ИСТОРИЯ

В поисках истины – В. Савин , Е. Кольцова, А. Кольцов	37
--	----

ЮРИДИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

О льготах и компенсациях в соответствии с Законом РСФСР «О реабилитации жертв политических репрессий» – Ю. Аргунова	39
--	----

ПОЛЕМИКА

10-й пересмотр МКБ и национальная гордость – Э. Гушанский	43
Национальная гордость, клиническая реальность и XXI век – С. Гурвиц	44

ХРОНИКА НПА

На международных съездах в Филадельфии, Гамбурге, Москве, Сеуле, Иерусалиме, Санкт Петербурге, Мауи	45
Стажировка в Калифорнии	50
Международная школа по правам человека в Варшаве	50
IY цикл образовательной программы НПА	51
Рекомендации Общественной палаты – Президенту РФ	52
Международное признание НПА	52

РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ

Проект Федеральной программы МЗ РФ «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995 – 97)». Замечания НПА	53
--	----

НЕКРОЛОГИ	55
-----------------	----

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

«Я – дерево...» – И. Горков	59
Эпитафия – Е. Даскин	59
Рисунки Ольги Брель	60
Философские оды – Э. Гушанский	61

РЕКОМЕНДАЦИИ	63
--------------------	----

АННОТАЦИИ	64
-----------------	----

CONTENTS

URGENT PROBLEMS OF PSYCHOTHERAPY

Psychoanalysis in contradictions – W. Kretschmer (Tübingen)	5
Biography and relations in psychotherapeutic diagnostics – P. Buchgeim (München), R. Dalbender & H. Kechele (Ulm)	12
About the rapy of loss of sense: Primum vivere deinde philosophare – V. Kutyrev (N. Novgorod)	26

ARCHIVE

What should everybody know? – V. Nabokov	31
--	----

FROM AN EXPERTS'S DOSSIER

Curious cases. Unfit for military service – V. Bataev	32
---	----

DOCUMENTS OF THE EPOCH

Exterior and «interior» of the mental clinic	35
--	----

HISTORY

In search of truth – V. Savin , E. Koltsova, A. Koltsov	37
--	----

LEGAL COUNSEL

On privileges and compensations in accordance with the RSFSR Law «On rehabilitation of victims of political repressions» – Yu. Argunova	39
--	----

POLEMICS

The 10-th review of ICD and national pride – E. Gushanski	43
The national pride, clinical realities and XXI century – S. Gurvits	44

IPA CHRONICLE

International congresses in Philadelphia, Hamburg, Moscow, Seoul, Jerusalem, S. Peterburg, Maui	45
Probation in California	50
The international school on human rights in Warsaw	50
The 4-th seminar in the framework of the IPA educational program	51
The Public Chamber recommendations to the RF President	52
International recognition of IPA	52

REVIEWS AND COMMENTS

The IPA comments on the draft of the Federal program of the RF Health Ministry «Urgent measures for perfection of psychiatric care (1995 – 1997)»	53
--	----

OBITUARY	55
----------------	----

PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS

«I am a tree...» – I. Gorkov	59
Epitaph – E. Daenin	59
Drawings by Olga Brel	60
The philosophical odes – E. Gashanski	61

RECOMMENDATIONS	63
-----------------------	----

ABSTRACTS	64
-----------------	----

оргазма, труда, эстетического культурного опыта и многого другого. Передать ему это и было бы толкованием, интерпретацией в подлинном смысле этого слова, в то время, как в психоанализе имеет место, в лучшем случае, демонстрация и объяснение. Даже, когда имеет место успех, а, кроме того, открываются глубокие, значимые переживания, все равно эта психология – обрубок, не оказывает нужной и ценной помощи.

Хотя мы в предыдущих рассуждениях уже останавливались на этом, следует подчеркнуть, что нам не надо опасаться, что интеллектуальная сторона психотерапии, поиск прогресса в познании теряется и в ходе спонтанного личностного роста, ибо жажда познания принадлежит к основным человеческим потребностям. Самопознание постоянно прорывается сквозь интуитивные порывы и мероприятия, основанные на интуиции, включены всегда в разумный проект.

Нет для человека прогресса вне духовных форм, которые дают поток жизни. Но при этом тут должна быть на самом деле духовная форма, соответствующая человеческой сути, а не только рациональной системе.

Бросив напоследок взгляд на развитие психоаналитических терапий, мы увидим, что вряд ли возможно сориентироваться в многообразии предложения. Перед лицом трудного выбора сле-

дует остановить свой выбор на одном, крепко освоенном методе: даже, если там и не так уж много общего с другими группами лечебных методов, достаточно, если познакомишься с одним. И его следует не только изучить, но и освоить, если хочешь быть на уровне требований сегодняшнего дня. Благоприятным обстоятельством надо считать и то, что свободные методы развиваются, сливаясь, и обнаруживают в последние три десятилетия следующие тенденции:

- от аффекта и инстинкта – к субъекту
- от страдания – к воле
- от анализа прошлого – к овладению настоящим
- от причин – к жизненным целям
- от единичных проблем – к целостной личности
- от индивида – к группе
- от изолированной терапевтической ситуации – к созиданию в духе, приближенном к жизни
- от психологии – к культуре и религии.

Эти перемещения акцента отдельные психотерапевтические движения усвоили в разной степени, и даже отдельные психоаналитические группы пытаются извлечь пользу из того, что отказываются от некоторых своих основных положений. Ибо описанное нами направление развития подразумевает одно: путь прочь от психоанализа.

Перевод А. И. Сосланда

БИОГРАФИЯ И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Петер Бухгейм (Мюнхен),
Райнер В., Далбендер и Хорст Кехеле (Ульм)¹

1. Вступление

2. К развитию психоаналитической и психиатрической техники исследования.

2.1. Различные пути феноменологического и психиатрического подходов после Крепелина и Фрейда.

2.2. К истории психоаналитической истории случая.

2.2.1. Между фактом и рассказом.

2.2.2. Проблема объективного протоколирования.

2.2.3. Генетическая точка зрения.

2.2.4. Биографическая концепция и концепция типов.

3. Фазы развития и формы первого интервью.

3.1. Первый этап: от психиатрического к психодинамическому первому интервью.

3.1.1. «Динамическое интервью» Джилла, Ньюмена и Редлиха (1954).

3.1.2. «Психиатрическое интервью» Салливана (1953).

3.1.3. «Диагностическое интервью» М. и Е. Балинтов (1962).

3.1.4. «Первое интервью в психотерапии» Аргеландера (1967, 1970).

3.1.5. «Биографический анамнез с точки зрения глубинной психологии» Дюрссена (1980).

3.2. Второй этап: психоаналитическая структурная диагностика при клиническом первом интервью.

3.2.1. «Структурное интервью» Кернберга (1981).

3.2.2. Анамнез заболевания и биография при «структурном интервью».

3.3. Третий этап: формализованные методы интервью.

3.3.1. Интервью по эпизодам отношений как пример формализованной психодинамической диагностики.

3.3.1.1. Инструкция для пациента.

3.3.1.2. Перенос, контрперенос и отношения при работе.

3.3.1.3. Вмешательство интервьюирующего и стиль этого вмешательства.

3.3.1.4. Возможности применения.

3.3.1.5. Проведение интервью и анализ результатов.

3.3.1.6. Советы интервьюирующему.

3.3.1.7. Трудности при RAP-интервью.

3.3.1.8. Соотношение RAP- и клинического интервью в диагностике.

4. Заключение.

5. Литература.

¹ In: «Diagnostic in der Psychotherapie und Psychosomatik». Paul Jansen und Wolfgang Schneider. Stuttgart, Fischer, 1994, 105 – 134. Редакция благодарит Инфо-центр психотерапевтических исследований (Москва) за право публикации.

1. Вступление

В пятидесятые годы в США, где в то время бурно развивалась ориентированная на психодинамику психиатрия, возникли новые подходы в психотерапевтической диагностике и технике интервью (Джилл и др., 1954; Салливан, 1954). Психодинамически ориентированная техника первого интервью на несколько десятилетий стала ключевым моментом при установлении контакта с пациентом и налаживании прочных диагностических и терапевтических отношений не только в психотерапии, но и в клинической психиатрии.

От первоначального сосредоточения на интрапсихической динамике техника первого интервью развивалась затем в психоанализе в сторону возрастающего интереса к психодинамике межличностных отношений. В последние годы психотерапевтическая диагностика получила новый импульс благодаря эмпирическому изучению и разработке отношений структур (Бекманн и др., 1979, 1983), семейных функций (Штрайнхауэр и др., 1984) и центральных отношенческих конфликтов (Луборски и др., 1988, 1990).

На разных этапах развития техники интервью по разному понимались основные задачи, связанные с ситуацией интервью. Ими считались либо взаимодействие между исследователем и пациентом «здесь и теперь» (Джилл и др., 1954, Балинт, 1961, Аргеландер, 1961), биография (Дюрсен, 1981), выяснение личностной структуры во взаимодействии с интервьюирующим (Кернберг, 1981), либо выявление отношенческих структур (Бекманн и др., 1979) и центральных отношенческих конфликтов (Луборски, 1977).

В немецкой психиатрии за это время значительно вырос интерес к психотерапии, что сделало необходимым многосторонние дискуссии по вопросам внедрения психотерапевтических методов в психиатрическую практику. С принятием на 95-м Всегерманском съезде врачей новых правил повышения квалификации, в которых наряду с только что учрежденной специальностью «врач-психотерапевт» предусматривается специализация «психиатрия и психотерапия», выросла важность психодиагностики для обеих областей.

В последнее десятилетие как в США, так и в других странах психотерапия все больше подпадала под влияние неврологии и биологической психиатрии, перед нами с особой остротой встал вопрос о ее месте среди других наук (Габбард, 1992). При этом размежевание биологического и психодинамического подходов к психическим нарушениям привело к их поляризации, а зачастую и к взаимной недооценке. В последнее время наблюдается рост взаимного интереса и постепенное сближение обеих областей (например, биопсихосоциальная), которые, естественно, тоже строятся на основе первого интервью с пациентом и последующей разработки диагноза.

Фрэнсис и Купер (1981) считают, что поляризация феноменологической классификации и психодинамического направления в диагностике искусственна и вредна, что она препятствует

взаимообогащению обеих методов. Карасу и Скодол (1980) указывают на недостатки DSM-III при психотерапевтическом подходе к лечению. Авторы предлагают ввести дополнительную терапевтически ориентированную ось VI, которая позволит учитывать психодинамические связи, в частности, конфликты, объективные отношения, защитные механизмы, успешные стратегии и когнитивные структуры.

Согласно Шахту и Штрупу (1986), существует заметное расхождение между описательным нозологическим диагнозом DSM-III и теми методами, которыми определяется задача психотерапевтического вмешательства. В то время как из соображений научной объективности в DSM-III психические нарушения распределены по стандартизированному каталогу критериев, психотерапия зиждется на таких теоретических основаниях, которые, помимо описания, позволяют осмысливать и изменять структуру, развитие и динамику переживаний и поведения.

С точки зрения семейных терапевтов существующая форма классификации DSM-III с ее сосредоточенностью на больном индивидууме слишком ограничена, в связи с чем Фрэнсис и др. (1984) обсуждают возможности расширения оси II.

Включение межличностного аспекта в диагностику личности могло бы способствовать лучшему пониманию поведения пациента в контексте семьи и взаимоотношений с другими людьми. Кроме того, межличностная и расположенная в координатном пространстве на оси II характеристика аспектов развития и личностных особенностей служила бы ценной дополнительной информацией для практики семейных терапевтов. Несколько изменив смысл оси II системы DSM-II, можно было бы, в частности, включить в нее элементы разработанной Мак Лемором и Бенджамином (1979) межличностной диагностики методом «Структурного анализа социального поведения» (Бенджамин, 1974). Имея в виду дальнейшее развитие системы DSM-III, комитет по семейным исследованиям и психотерапии, возглавляемый Винном (1989), назвал одной из ближайших задач психиатрии включение в диагностику измерения межлических отношений. Межличностным отношениям и их нарушениям в DSM-IV должен быть придан статус сравнимый с тем местом, которое в DSM-III наряду с клиническими синдромами на оси I отведено личностным нарушениям на оси II.

В связи с новой американской классификацией психических нарушений DSM-III (1980), ознаменовавший возврат к феноменологии, были разработаны структурированные клинико-психиатрические интервью, основанные на «выяснении наличного состояния» Уинга и др. (1973, 1974, 1982) и имеющие целью стандартизацию сбора данных.

«Структурированное клиническое интервью» (SCID) Шпитцера и Уильямса (1984) в немецкоязычной переработке Уиттхена и соавторов (1986) содержит во вводной части относительно прямые

вопросы об основных жалобах, начале болезни, актуальной предыстории и ситуациях напряжения и разрядки. Но все же основную часть интервью составляет основанный на критериях DSM-III-R и жестко ориентированный на симптоматику опрос по основным группам психических нарушений, классифицируемым на оси I. На уровне клинических синдромов определяются, в частности, эмоциональные нарушения, шизофренические нарушения, синдромы страха, психосексуальные нарушения.

При диагностике личностных нарушений, классифицированных на оси II DSM-III-R, в клинической психиатрии применяются и структурированные клинические интервью, такие, например, как тест на расстройство личности – Personality Disorder Examination (PDE) Лорангера (1988), и «Структурированные клинические интервью по личностным нарушениям DSM-III-R» (SCID-II) Шпитцера и Уильямса (1986). При этих методах исследования практически не учитывается биография, межличностные связи и взаимодействие между исследователем и пациентом.

Эти новые формы реализованной и структурированной техники осмотра вновь сталкивают нас с проблемой научного исследования, которую очень точно сформулировали еще М. и Е. Балинты (1962), сравнивая условия психологического теста и психиатрического интервью: «Все, что делает и чего не делает врач, оказывает некоторое возбуждающее действие на пациента; а попытка избежать всякого эмоционального взаимодействия – если она удастся – приводит к интервью, при котором пациент все равно реагирует на исследователя – но просто на такого, который, проводя интервью, стремится как бы отсутствовать».

При этом возникает вопрос, позволяют ли стандартизация процесса исследования и обработка данных, дающие преимущество статистической достоверности и надежности, получить правдоподобную картину психических нарушений, если в нее не включено влияние этих нарушений на взаимодействие с врачом и на характер межличностных отношений с исследователем. Поэтому нужно разработать в пределах развернутой психиатрическо-психотерапевтической диагностики многометодный диагностический подход, начальным этапом которого служило бы первое интервью. При дальнейшем исследовании диагностический подход может быть расширен как за счет структурированной клинической диагностики синдромов и свойств личности, так и путем выявления модели межличностных отношений.

Более или менее раскованно идущая первая беседа потому так важна для психодинамически мыслящего клинициста, что, беседуя, он может составить картину актуальной симптоматики, угнетающих моментов прошлого и формирующих впечатлений раннего возраста. Поэтому ее нельзя заменить ни структурированным тестом, ни структурированными диагностическими интер-

вью вроде описанного Манграфом и др. (1991) DIPS или метода SCID Шпитцера и Уильямса (1986, 1988).

Если психиатрическое исследование строится на материале, ограниченном определенным временным срезом, в связи с чем диагноз носит статический характер, то при психодинамическом диагнозе описательный признаковый анализ отодвигается на второй план, а внимание сосредотачивается на выявлении актуальных, возникающих «здесь и теперь», моделей отношений между врачом и пациентом. Психодинамический диагноз претендует на понимание актуальной ситуации как отражения конфликтных отношений в прошлом.

С точки зрения психодинамики первое интервью дает клиницисту единственную возможность испытать свои психоаналитические способности, не загоняя себя при этом в рамки специфического дискурса, к которому неоправданно часто прибегают сторонники стилизованной техники первого интервью. Конечно, первые встречи (не встречи!) отягощаются повышенным грузом ответственности. Из фактов, полученных в первых разговорах, нельзя составить полной и достоверной картины. Цель первых разговоров состоит не столько в постановке точного категориального диагноза, сколько в выяснении того, какой метод – психоанализ или психотерапию – следует применить, чтобы помочь больному. Эта цель достигается успешнее, если удастся в сотрудничестве с пациентом определить характерные для него, воспроизводящие модели отношений и продемонстрировать их ему (если это возможно, *in situ*) по мере развития терапевтической связи. Впрочем, безоглядный отказ от категориальной диагностики утопичен и, пожалуй, не более честен по отношению к пациенту.

Чтобы априорно не постулировать несовместимость психиатрического исследования и психодинамического понимания, укажем, что различие психоаналитического интервью и психопатологического исследования обуславливается различием лежащих в их основе парадигм, таких как патология отношений, с одной стороны, и медицинская модель болезни, с другой.

Большинство психотерапевтических направлений давно уже сходятся в том, что нарушения в эмоционально-когнитивной сфере нельзя приписывать исключительно самому индивидууму. Баллнт (1957) различает отношения одного человека (интрапсихическая сфера), двух человек (диада) и трех или более человек. С точки зрения психологии последнего типа отношений, на происхождение и развитие психических нарушений оказывает влияние характер межличностных отношений между супругами и членами семьи. В современных психотерапевтических исследованиях семейная и супружеская диагностика благодаря стандартизации способов, предлагаемых пациенту для характеристики себя и других, может значительно улучшить предпосылки исследования комплексов отношений в семье и между супругами.

2. К развитию техники психоаналитического и психотерапевтического исследования

Различные пути развития и лежащие в их основе парадигмы коренятся в разных подходах к душевнобольному, обоснованных еще на рубеже веков Фрейдом и Крепелином. Уже тогда отчетливо наметилось различие между дескриптивно-феноменологической трактовкой материала, к которой и сегодня охотно прибегает современная психиатрия, и психоаналитическим

подходом, ориентированным на отношения и обращающегося к биографии. В отличие от психоаналитического интервью поведенчески-терапевтическое интервью легче объединяется со стандартизированным психиатрическим обследованием и может быть использовано для обогащения этого последнего даже в формальном плане.

2.1. Различные пути феноменологического и психодинамического подходов со времен Крепелина и Фрейда

Крепелиновская концепция психиатрического исследования разрабатывалась в медицинской и естественно-научной сфере, тем более что Крепелин (1887) отводил особую роль в будущем методам экспериментальной психологии, что было сформулировано им в докладе по случаю занятия должности профессора Дорпатского императорского университета в 1886 году:

«Одна из главных причин того, что изучение психических явлений до сих пор по большей части не приносило сколько-нибудь удовлетворительных и обнадеживающих результатов, заключается, вероятно, в том обстоятельстве, что имея дело с подобными явлениями, мы лишены инструмента, который позволил бы произвести более тонкий и глубокий анализ наших наблюдений... Если психопатологическая диагностика и может добиться в этой области успеха и сделать доступными нашему пониманию нарушения, лежащие за пределами обиходной житейской мудрости, то, кажется, лишь исследовательские методы экспериментальной психологии способны служить средством к тому, чтобы хоть отчасти восполнить эти пробелы».

К настоящему времени многие из сформулированных Крепелином задач психиатрии выполнены благодаря расширяющемуся применению оценочных и самооценочных шкал, а также метода сбора данных посредством стандартизированных и структурированных клинических интервью.

Наряду с преимущественным изучением проявлений и развития душевных нарушений, включая выяснение их внутренних и внешних причин, Крепелин (1899) поставил в центр биографических аспектов исследования анамнез, который он понимал как «ретроспективное изучение прошлого, вплоть до жизни предыдущих поколений».

Между тем как Крепелин касался психоанализа лишь поверхностно и скорее полемически, Фрейд (1905) постоянно обращался к сравнению методов психоанализа и психиатрии, при этом рассматривая то значение, которое имеет индивидуальное переживание для психоанализа, не как противоположность, но, напротив, как восполняющие психиатрической феноменологии. Для Фрейда научно обоснованная психиатрия была «немыслима без основательного знания глубинных, неосознанных событий душевной жизни». Исходя из представления, что психоанализ стоит в таком

же отношении к психиатрии, как гистология к анатомии, он видел в применении психоанализа возможность «проникнуть во внутренние механизмы душевной жизни» и выводил оттуда следующие задачи психоаналитической истории больного:

«Из самой природы предмета психоанализа следует, что чисто человеческим и социальным связям больного мы должны уделять в истории болезни не меньше внимания, чем соматическим данным и симптомам заболевания. Но в первую очередь мы должны обратиться к семейным отношениям больного, причем не только ради необходимого изучения наследственности, но и для понимания остальных отношений».

2.2. К истории психоаналитической истории болезни

2.2.1. Между фактом и рассказом

Развитие психоаналитической истории болезни отражает ее движение между фактом и рассказом (Кехеле, 1981), смешение которых неизбежно при попытке ясно и понятно представить историю жизни пациента. Принятый при этом повествовательный способ изложения никоим образом не является изобретением психоанализа. Швейцарский психиатр Бодамер написал в 1953 году в высшей степени примечательное похвальное слово искусству, каким отличались иные госпитальные психиатры XIX века в составлении истории больного:

«Многие из них были настоящими писателями – например, Целлер, Якоби, Хайнрот и Фейхтерслебен. Даже их литературный стиль несет на себе отпечаток формирующей личность искусства классики. Истории больных нередко напоминают у них описания Клейста, Шиллера, Жан-Поля». (стр. 52).

Времена, когда подобные психиатры, следуя своим гуманистическим идеалам, кропотливо трудились над описанием больных, безвозвратно отошли в прошлое под давлением университетской психиатрии и всеобщей переориентации от практики к теории. Во второй половине XIX века романтическому превознесению индивидуальности настал конец и в психологической науке – благодаря тезису В. Вундта, что все люди одинаковы, если иметь в виду некоторый набор существенных признаков. В виде реакции на это возникла наметенная Дильтейем в 1894 году понимающая психология, которая считает нормой «представление уникального» (Дильтей, 1894). Независимо от это-

го направления во второй половине XIX века наблюдается повальное увлечение детской биографией – жанр, берущий начало еще от Руссо. Поэтому наряду с развитием естественно-научной психологии бурно расцвела тематика индивидуальности. Психоаналитические исследования Фрейда включены в контекст научного изучения биографии, которому на рубеже веков было отведено прочное место в психиатрии и психологии (Губер, 1978).

2.2.2. Проблема объективного протоколирования

После всего сказанного неудивительно, что Фрейд, будучи опытным ученым, сетовал в своем «Исследовании истерии» на методическую неполноценность составлявших им историй болезни (1895d, стр. 227). Его истории болезни «читаются как романы» и не несут «глубоко отпечатка научности». Он сокрушался и о том, что в таком положении вещей повинно скорее само существо предмета, чем его потаенная страсть к писательству (Шонау, 1986, стр. 11).

И в современных теоретических дискуссиях все время возникает проблема объективного протоколирования, которая берется шире: является ли эссеистская форма изложения лишь следствием «существа предмета», или сам предмет есть порождение изысканной формы и метода.

«Как Фрейд, так и все мы, последователи его традиции, имеем дело с больным, история жизни которого представляет собой бессвязное нагромождение событий и поступков; всему этому нужно дать истолкование, поставить в связь с объяснимыми человеческими способами поведения. Описывая ход болезни, Фрейд обращал внимание не на индивидуальную биографию с ее специфическим ходом событий» (Шервуд, 1969, стр. 188).

Эта систематическая постановка специфических задач для отдельных историй болезни на самом деле не вполне совпадает со склонностью Фрейда ссылаться в каждой истории болезни на биографии пациентов со сходными конфликтами. Тот же вывод можно сделать и из рассеянных в его работах замечаний по поводу проблемы обобщения данных – приведем, к примеру, следующее место из работы «Человек-волк» (Фрейд, 1918 b, стр. 140): «Для того, чтобы прийти от констатации обоих последних моментов к выводам общего характера, необходимо подкрепить их множеством сходных, надежных и основательно проанализированных случаев».

Решающее значение, как кажется, имеет то обстоятельство, что прийти к каким-то существенным выводам посредством биографического освещения частного случая можно лишь при использовании унифицирующего подхода. Таким образом, объяснение уникального события можно определить как одну из функций истории болезни. На этом и основано понимание истории болезни как «профессионально построенного рассказа» (Фаррелл, 1961; 1981).

Описание болезни – разновидность биографического жанра, в который «здесь и теперь» должны объединяться с «там и тогда-то».

Степень реалистичности в биографии, интервью и описании случая можно понять только в свете того, «что хотел сказать автор этих текстов». К истории болезни нельзя относиться как к наивному пересказу события.

Изложенные выше соображения позволяют выделить в биографическом подходе два аспекта: с одной стороны, мы имеем дело с литературно оформленной, приближающейся к художественному произведению историей болезни, с другой – ценим изображение событий жизни с помощью поддающихся стандартизации биографических методов.

2.2.3. Генетическая точка зрения

В основе психоанализа, равно как и других концептуально сходных с ним глубинно-психологических учений, лежит идея развития. Для всех них характерно представление о том, что любой симптом можно понять лишь тогда, когда будет обнаружено его происхождение в жизни больного. Эта – генетическая – точка зрения ничуть не противоречит тезису Курта Левина о том, что оказывать воздействие «здесь и теперь» можно лишь теми средствами и при соблюдении тех условий, которые имеются в наличии здесь и теперь; она просто значит, что многое из того, что «имеется в наличии» в человеке здесь и теперь, поддается пониманию лишь путем генетического изучения его прошлого (Рапопорт, 1970, стр. 47).

Наличная структура рассматривается как результат развития; таким образом, биографическое исследование приводит к структурному. Если диагностика – это постижение наличной ситуации, то биографическая диагностика позволяет углубить синхронное наблюдение, задав диахроническую перспективу.

2.2.4. Биографическая концепция и концепция типов

Согласно последователю биографического направления Гансу Томэ (1968), биографический метод лишь в исключительных случаях служит только для описания душевного мира отдельного индивидуума. Как правило, описание случая подчинено достижению какой-то определенной цели, которую ставит исследователь.

При этом он выделяет три точки зрения (Томэ, 1952):

- 1) причинная; она пытается возвести явления к определенному набору переменных;
- 2) объединяющая отдельные явления и классифицирующая их по типам; ее недостаток – опасность абстрактности в ущерб смыслу;
3. Целевая или функциональная; она прежде всего выявляет функции явлений, их значений для чего-либо.

Последняя точка зрения широко распространена в психосоматической медицине и психоанализе. При этом не обходится и без типизирования:

почти за каждым психоаналитическим описанием отдельного случая стоит множество подобных ему. Всякая представленная к публикации история болезни является, как правило, иллюстрацией некоторого клинического опыта с помощью примера, который автор считает типичным.

При этом недостаточно учитывается, что концепция идеального типа (Хемпель, 1952) принципиально нуждается в теоретическом обосновании – требовании, которое содержится в психоаналитических исследованиях лишь в имплицитном виде. Вайцекер в предисловии к «Исследованию о патогенезе» дал эксплицитную формулировку этой задачи:

«Приведенные ниже истории болезней объединены на основании того, что нам кажется в них типичным. Таким образом, на первом плане оказывается описание патогенеза. Возможности теоретического обоснования здесь лишь намечены. Наша работа, как и всякая научная деятельность, требует прежде всего максимально полного и точного отражения фактов. Однако подобный отчет превращается в науку только в том случае, если

он дает ответ на какой-то вопрос, то есть имеет прогностическое значение и позволяет сделать практические выводы» (1935, стр. 6, курсив наш).

Концепция типов удобна тем, что на ее основе может быть построена классификация, применимая при биографическом методе, а также присущей ей тенденцией к обобщению, без которой не обходятся любые психоаналитические рассуждения.

Как заметил недавно в своей прощальной лекции Х. Хайманн, психиатрии тоже знакомо – я бы сказал, должно быть знакомо – идеографическое направление испытаний:

«Оно основано на отдельных случаях и на определении индивидуальных структурных связей... С помощью биографической интерпретации... создается осмысленная история случая, соответствующая результатам психиатрического обследования данного пациента. Этот путь приводит нас к созданию типологии на основе характерных случаев – такой, например, какую разработал Людвиг Бинсвангер при описании конкретных случаев шизофрении» (Хайманн, 1991, стр. 395).

3. Фазы развития и формы первого интервью

Различия задач и целей техники исследования и истории болезни, восходящие к Фрейду и Крепелину, не стерлись и в последующие годы. Были, разумеется, и многочисленные попытки объединить оба взгляда. Так, уже на раннем этапе распространения психоанализа североамериканская психиатрическая диагностика претерпела заметные изменения, восприняв психоаналитический способ мышления.

Школу Блейлера в Бургхольцли прошли, например, такие психиатры из США, как Брилл, Путнам и другие, освоившие психоаналитическую технику исследования и немало содействовавшие ее более широкому применению в психиатрии США, уже подготовленной к тому социально-гигиеническими и психотерапевтическими идеями А. Мейера (см. об этом у Бернгема, 1967, стр. 18). Влияние методов психоанализа а ход проведения психиатром первой беседы прослеживается там еще с тридцатых годов.

3.1. Первый этап: от психиатрического к психодинамическому первому интервью

Под влиянием психоанализа к 50-м годам в США сформировались те исходные условия, в которых могла развиваться первоначальная психиатрически-психодинамическая концепция первого интервью.

В начале 50-х годов вместе с «психиатрическим интервью» Салливана (1953) и «первым интервью при психиатрическом лечении» Джилла, Ньюмена и Редлиха (1954) впервые появляются основные разработки методики, техники и тренинга первой беседы с психиатром. Отдельные шаги Джилл, Ньюман и Редлих (1954) уже фиксировали в магнитофонных записях, весьма ценных с дидактической точки зрения.

3.1.1. «Динамическое интервью» Джилла, Ньюмена и Редлиха (1954)

Важным достижением авторов является разработка точных критериев техники психодинамического интервью, что можно считать настоящей революцией в психиатрии, так как уже благодаря влиянию психоанализа стало ясно, что во взаимоотношениях с пациентом психиатр выступает не только как наблюдатель, но и как участник. Все, что происходит между терапевтом и пациентом во время первого интервью, следует понимать лишь в свете их отношений. Поэтому авторы противопоставляют традиционному психиатрическому исследованию «динамическое интервью», характеризующееся тремя задачами:

«Первая задача – установить отношения между двумя незнакомыми людьми, один из которых – специалист, а другой – существо, испытывающее душевные страдания и зачастую причиняющее страдания другим...

Вторая задача – оценить психо-социальное положение пациента...

Третья задача – убедить пациента, если это возможно, согласиться на лечение и разработать вместе с врачом план дальнейших действий» (Джилл и др., 1954, 87–88).

Психиатрический диагноз возникает как составная часть оценки общей ситуации и соответствует баллиновскому понятию общего диагноза (Баллинт, 1965). Томз и Кехеле (1985) считают существенным шагом на пути от чисто диагностического интервью к терапевтическому подходу то, что Джилл и др. включают в число задач первого интервью также и помощь пациенту в принятии им решения о лечении (стр. 177).

Джилл и соавторы (1954) выдвинули на первый план аспекты взаимодействия и вопросы, связанные с показанием к психотерапии, такие, например, как:

– о происхождении и характере проблемы, включая биографические сведения, полученные от пациента в непосредственной беседе;

– о мотивации обращения к психотерапевту;

– о применимости психотерапии;

– о реальной оценке условий для проведения лечения;

– о наличии между интервьюирующим и пациентом взаимопонимания относительно последующих действий.

Авторы и здесь подчеркивают важность характеристики отношений между терапевтом и пациентом для процесса совместного принятия решения в противоположность традиционному перечислению данных предыстории.

Впрочем, Редлих и Фридман (1966, стр. 304) в своем психиатрическом учебнике по технике первого интервью критиковали авторов за то, что те «решительнее, чем другие исследователи, отодвинули на задний план диагностическую точку зрения». Редлих и Фридман усматривают в этом одновременно и сильную и слабую сторону подхода Джилла и др. Единственной формой терапии, которую рассматривают последние в связи с первым интервью, является выясняющая психотерапия. Из-за этого первая беседа слишком жестко подчинена требованиям аналитической психотерапии и недостаточно учитывает рекомендации клинической психиатрии.

Редлих и Фридман называют четыре фактора, влияющие на взаимодействие и взаимообмен при первом интервью:

– структура личности обоих участников;

– взаимное понимание ролей;

– осознанные и неосознанные цели каждого;

– техника, которой пользуется интервьюирующий.

Насколько большое значение у авторов метода психодинамического интервью получает аспект отношений, прежде всего в технике первой беседы с психиатром, настолько мало внимания уделяется сбору и учету биографического материала. В своем интервью Джилл и др. (1954) принимают за исходный момент непосредственные сообщения пациента, при этом вполне сознательно отстраняясь от практиковавшихся до них в психиатрии сбора фактов, выяснения биографических данных и от традиционной диагностики, строящейся на классифицирующих схемах.

С другой стороны, они придают особое значение письменной фиксации интервью, предпочтительно в форме записи на магнитофон и последующей распечатки сеанса интервью, и опираются при этом на ранние эксперименты Уайтхорна (1941) и особенно на важный доклад Роджера (1942) и собственные изыскания (Редлих и др., 1950) в этой области.

3.1.2. «Психиатрическое интервью» Саллива (1953)

Техника интервью Салливана выглядит более структурированной, чем метод Джилла. Основные цели интервью – это межличностный характер процесса, психиатр в роли заинтересованного на-

блюдателя, наблюдение за тем, чего ждет пациент от беседы, и за теми чувствами, которые они вызывают друг у друга.

После фазы завоевания расположения (Warming-up phase) – «формального зачина» («Formal incertion») – психиатр переходит ко второй фазе «разведке» («Reconnnaissance»), то есть выяснению жизненных обстоятельств пациента и восприятия им этих обстоятельств. После подробного расспроса о жалобах устанавливается связь симптомов и страхов с биографией и внутренним миром пациента. Процедура завершается «заклчением» («Final Statement»), из которого пациент узнает мнение психиатра и определение им дальнейших задач.

Эта схема интервью, особенно в ее средней части, направлена на то, чтобы не упустить из виду многообразие психических нарушений. В соответствии с картиной состояния пациента психиатр должен либо произвести обследование парадоксических симптомов, либо сосредоточиться на выяснении интрапсихических конфликтов на фоне биографии.

Более подробное описание салливановской техники интервью представляется здесь излишним, так как Кинд (1973, 1978) опирался в своем учебнике по технике психиатрического обследования на концепцию Салливана, благодаря чему она стала известна в немецкоязычной среде.

Еще один образец психодинамически ориентированного, но осуществляемого в психически-психосоматической сфере метода интервью представлен, т. н. ассоциативным анамнезом Дейча и Мерфи (1955; см. Кантор, 1957).

3.1.3. «Диагностическое интервью» М. и Е. Балингов (1962)

В рамках своих исследований (в лондонской клинике Тевисток) о «терапевтических методах в медицине» М. и Э. Балингов (1962) разработали интеракционную схему интервью, при которой на фоне психологии объектных отношений учитываются отношения «здесь и теперь», взаимодействие переноса и контрпереноса, причем терапевтической функции первого интервью отводится не меньшая роль, чем задаче диагностики.

Поскольку ход интервью определяется обеими участниками беседы, авторы отстаивали ту точку зрения, что изучать следует на самом деле не пациента, а взаимодействие между ним и врачом.

Этот подход стал программным для дальнейшего развития психодинамических концепций первого интервью и стратегий исследования психодинамического интервью. При этом особой вес получает тезис: «то, что при клиническом обследовании является помехой, оказывается сердцевинной психиатрического обследования».

Подход М. и Э. Балингов важен для предстоящей дискуссии по интеграции, поскольку авторы уделяют особое внимание личности психиатра или психоаналитика в качестве интервьюирующего. Они рассматривают не только специфически профессиональные проблемы, которые возникают

перед ним в ходе интервью, но и вводимые им в интервью защитные механизмы отрицания и идеализации.

Отрицание может выражаться, например, в убеждении психиатра, что для него в беседе не существует никаких серьезных проблем. Идеализация состоит в уверенности, что у него есть методы, пригодные в любой ситуации. Результат этого – бездумное увлечение сбором материала, накопление огромного количества разрозненных фактов, которые лишь затемняют образ пациента как целостной личности.

С другой стороны, психоаналитики бывают слишком привержены идеальной роли «незамутненного зеркала» и поэтому почти не рассматривают свое поведение с точки зрения диалектического отношения между терапевтом и пациентом. И они переоценивают пользу от понимания неосознанных душевных областей для диагностических целей. Сравнительная слабость их интереса к технике интервью вызвана преобладанием у них терапевтический деятельности.

Тогдашнюю критику со стороны авторов в адрес академической психиатрии и психоанализа за то, что те не смогли создать пригодную классификацию душевных болезней, сегодня нужно, с одной стороны, пересмотреть – прежде всего потому, что в психиатрии возникли новые классификации: DSM-III-R и ICD 10, но, с другой стороны, – заново продумать в связи с возвращением психиатрии к дескриптивной феноменологии.

3.1.4. «Первое интервью в психотерапии» Аргеландера (1967, 1970)

Согласно Мертенсу (1990), к концу шестидесятых годов психоаналитические методы в первом интервью четче всего были представлены в руководстве Аргеландера по психотерапевтической технике интервью. Здесь особая диагностическая ценность придавалась воздействию самого интервьюирующего на ход разговора в виде «реплик статиста». Психоаналитик, ведущий интервью, в значительной мере предоставляет самому пациенту вести и направлять беседу, а сам концентрирует внимание на сознательных и бессознательных событиях в их взаимодействии.

3.1.5. «Биографический анамнез с точки зрения глубинной психологии» Дюрссена (1980)

Основная заслуга в разработке глубинно-психологического анамнеза принадлежит группе неопсихоаналитиков, работавших при берлинской психологической поликлинике. Метод характеризуется преобладанием диагностической функции над терапевтическими принципами. Терапевт выступает в роли безучастного наблюдателя, что и определяет характер беседы. Цель интервью состоит в том, чтобы, основываясь на категориях глубинной психологии, построить из нынешней и прошлого жизни пациента как можно более полную картину факторов, существенных с психосоциальной точки зрения и с точки зрения психологии развития.

При наивном психоаналитическом подходе к случаям часто допускают логическую ошибку, считая, что если сообщенные биографические сведения достаточно правдоподобны, то, значит, они возникают независимо от взаимодействия врача и пациента. Здесь, как и всегда при сборе материала, необходимо постоянно задавать себе вопрос: почему пациент рассказывает мне это именно сейчас? При этом нужно иметь в виду, что биографический материал – это сведения, «которые, как правило, отражают субъективный взгляд пациента и обнаруживают те связи, которые он сам устанавливает при интерпретации своей жизни» (Видеманн, 1987, стр. 299). Таким образом, запись интервью должна вестись так, чтобы в ней отражалось только субъективное восприятие реальности, а не объективистская регистрация установленных фактов (Дюрссен, 1981).

3.2. Второй этап: психоаналитическая структурная диагностика при клиническом первом интервью: «Структурное интервью» Кернберга (1981)

Необходимому внедрению в психодинамическую диагностику возможностей психоаналитического интервью положили начало в немецкоязычной литературе Бухгейм и др. (1987), описав так называемое структурное интервью, разработанное психиатром-психоаналитиком Кернбергом, стремившимся создать диагностику пограничного между психозами и невротами типа (1977, 1981, 1984). «Структурное интервью» – превосходный образец «второго этапа» психиатрических форм первой беседы, ориентированных на психоанализ и продолжающих «динамическое интервью».

В основе метода – стремление установить непосредственную связь между нарушениями личности и общим психическим поведением пациента, с одной стороны, и взаимодействием пациента и диагностика – с другой.

3.2.1. Диагностика структурных характеристик во взаимодействии с интервьюирующим «здесь и теперь»

Интервью должно выявить «структурные», то есть связанные со структурой личности, характеристики, определяющие один из трех основных типов организации личности: невротический, пограничный и психотический.

Психоаналитическое понятие структуры описывает стабилизирующую функцию тех форм внутренней организации, которые располагаются между этиолого-генетическими факторами и формами проявления определенных болезней. Термин «структура» означает, таким образом, психологическое функционирование и образует основополагающую матрицу индивидуума, которая задает симптоматический способ поведения. Эта структура, полученная на основе биографии и жизнеописания, участвует во взаимодействии врача и пациента.

В своей интервью Кернберг сосредотачивается на симптомах, конфликтах и жалобах, о которых сообщает сам пациент и которые определяют характер его взаимодействия с интервьюирующим «здесь и теперь». Особое внимание уделяется интернализированным объектным связям, характерному способу защиты, уровню нарушений личности и тому, как все эти составляющие могут отражаться и диагностироваться при взаимодействии пациента и интервьюирующего. Интервью проводится в свободной манере, в соответствии с общими указаниями, допускающими сочетание обследования с элементами психодинамического интервью.

Кернберг опирается на три соподчиненные структурные характеристики:

- а) способность к интеграции личности в противоположность патологической диффузии личности;
- б) наличие зрелых или незрелых механизмов защиты;
- в) способности или неспособность к восприятию реальности.

В структурном отношении эти характеристики позволяют дифференцировать невротическую, пограничную и психотическую структуры. Под «структурным» Кернберг понимает внутренние модели объективных отношений и внутренние модели защиты, которые участвуют в формировании социальных взаимодействий и могут быть диагностированы врачом в ходе интервью. Таким образом, внутренние модели объектных отношений и защитное поведение являются формами, организующими взаимодействие.

В психоаналитической диагностике, к какому бы типу она ни относилась, отношения врача и пациента не только служат фоном, на котором вырисовывается конфигурация данных, но и сами вступают в сложное взаимодействие с этой конфигурацией.

В противоположность психиатрическому обследованию интервьюирующий может по усмотрению варьировать стратегию получения информации. Пациенту предоставляется достаточный простор, и структура разговора определяется тем, что пациент излагает те вещи, которые субъективно кажутся ему наиболее существенными. Релевантной для этой техники информацией является не только относительно полное понимание трудностей пациента, но и осознание того, чем характеризуются и как протекают отношения врача и пациента. С помощью техники включенного наблюдения за переносом и сопротивлением пациента, техники интроспекции и осознания собственного эмоционального реагирования на пациента — что с точки зрения психоаналитической теории поведения представляет собой явление контр-переноса — врач пытается выделить сознательные и бессознательные фрагменты тех моделей отношений, которые задает пациент. Обработывая эту весьма разнородную информацию, он должен выработать релевантные для построения симптоматики модели конфликтов (Томэ и Кехеле, 1985, стр. 54). Структурное интервью позволяет рассматри-

вать две различные манеры — обследования и интерпретации — как компоненты единой техники; при этом сглаживается противоречие между ними, обусловленное тем, что при диагностике чистого обследования пациент становится «объектом исследования», в то время как при интерпретационно ориентированной технике он выступает как действующий «субъект» (Шумахер, 1985, стр. 54).

3.2.2. Анамнез заболевания и биография в контексте «структурного интервью»

По отношению к биографическому параметру интервью Кернберг (1988) ставит вопрос о том, должен ли врач еще до начала структурного интервью составить психиатрическую историю болезни, или он может сделать это с помощью самого интервью одновременно с исследованием психического статуса?

Так как, в соответствии с обычными представлениями о взаимодействии пациента и врача, в начале обследования принято составлять историю болезни, то, соблюдая эту традицию, можно не только уменьшить тревогу пациента при первом визите, но и избежать преждевременного включения примитивных защитных механизмов. Кроме того, психиатр получает возможность быстрее выявить психотические и органические симптомы.

А недостаток составления традиционной истории болезни до структурного интервью Кернберг видит в том, что оно не дает проявиться господствующим защитным механизмам пациента, а также помогает пациенту, особенно с пограничной или невротической структурой личности, приспособиться к предстоящему интервью.

С пациентами-невротиками необходимые вопросы, касающиеся истории болезни и биографии, могут быть вполне естественным образом включены в ненадлежащую фазу структурного интервью. При этом во время интервью выяснение симптоматики, личности и аспектов взаимодействия совпадает с систематическим анамнезом подлежащего лечению заболевания, а сбор сведений о прошлом пациента можно объединить с исследованием личности. Если структура личности связана с историей жизни, то задача, согласно Кернбергу, состоит не столько в проверке психодинамических гипотез, сколько в определении способности пациента к спонтанному пониманию и к интеграции своего прошлого.

Имея дело с нарушениями личности пограничного типа, Кернберг предпочитает (1981) ограничиваться лишь самым общим исследованием прошлого пациента и воздерживается от разъяснения, опровержений и интерпретации описанного пациентом жизненного опыта, сохраняя материал жизнеописания в том виде, в каком он представлен пациентом. Если пациенту пограничного типа удастся во время беседы исправить свое реальное поведение, в интервью сразу же отчетливо проявляются пустота, хаос и запутанность его жизненной ситуации и объектных отношений.

3.3. Третий этап: формализованные методы интервью

В последние десятилетия связанное с жизнеописанием направление (под самыми разными названиями, такими как биографическое исследование или биографический метод), пересеклось с возрастающим интересом к социально ориентированным гуманитарным наукам. Об этом свидетельствуют, в частности, сборники, составленные Коли и Робертом (1984), или Юттеманом и Томэ (1987) – последний, объединенный темой «Биография и психология», посвящен методам осмысления биографического материала в психологии, клинической психологии и социологии. Общим для большинства этих методов является использование повествовательного материала (см., например, Нитхаммер, 190 или Шютце, 1977).

Один из подходов, позволяющих подготовить подобный материал к систематическому анализу индивидуальной предрасположенности к переносу, или индивидуальных моделей переноса, разработан Люборским и называется методом CCRT – «тема центрального конфликта отношений» (Люборский и Кехеле, 1988; Люборский и Критс-Кристоф, 1990). Этот самый традиционный способ интерпретации конфликтных отношений, смыкающийся с клиническими процедурами составления заключения, методически организует материал таким образом, чтобы выявить формирующие интернализированные структуры отношений, которые (структуры) можно обнаружить и описать по поведению индивида. Мир отношений индивида определенным образом отображает сформированный историей его жизни «девиз», «код» или «схему». Разработанный совсем недавно и продолжающий Люборского ZBM-метод [1] (Албани, 1991; Далбендер и др., 1992) благодаря своей большей разрешающей способности допускает еще более дифференцированное проникновение в «макромолекулярные» структуры отношений. Изменчивость форм, которые принимают эти структуры в различных контекстах и при столкновении с разными объектами, обусловленность их генезиса и развития историей жизни служат одновременно доказательством того, что они поддаются терапевтическому воздействию.

Из материала вычлениются рассказы о взаимодействиях – так называемые эпизоды отношений; в них, далее, можно выделить три компонента, из которых составляется последовательная схема развития: желание субъекта-рассказчика, направленное на объект, порождает реакцию объекта, которая может оказаться в основном осуществленной или фрустрированной и в свою очередь влечет за собой соответствующую реакцию субъекта. Ведя беседу, врач либо замыкает себя в идеографическом пространстве, и тогда все формулировки остаются в пределах привычного для пациента языка, либо выводит разговор на более или менее абстрактно-категориальный уровень, при котором индивидуальные высказывания строятся с учетом предварительно сформулированных положений. К замечательным достижениям этого направления

исследований относится то, что, чем больше эпизодов отношений с различными объектами из прошлого и настоящего рассказывает пациент, тем отчетливее и дифференцированнее становятся модели пережитых им взаимоотношений. Таким образом, рассказы о прошлом повышают возможности вероятностной оценки настоящего и будущего. Поясним это на примере эпизода отношений, рассказанного пациентом во время первой беседы и слегка измененного нами для удобства понимания:

П.: ...Помню, еще в двенадцать лет у меня был такой случай... Кажется, я пошел играть с ребятами – в лес? А, нет, это было раньше... и вот тогда я залез, знаете, между двумя штабелями дров... там была такая канава, и это, наверное, было нужно для игры... и знаете, что они сделали, эти дурачки? Они сели сверху и сказали, что не выпустят меня. Да было просто невозможно, с тех пор как... и вот из-за этой истории у меня началась жуткая боязнь пространства...

П.: А потом я... да, это было в первый раз, наверное, на следующий день... после той истории меня отвели домой, я ревел... а на следующий, кажется, день я удрал в лес... и у меня было такое чувство, + что это...

Т.: Вы + вернулись еще раз посмотреть на то место?

П.: Мне этого хотелось, но (смеется) я что-то забыл.

Т.: А, + Вы схватились вот так за сумку и...

П.: Да.

Т.: И стали рыгаться в ней, как будто что-то забыли.

П.: Да.

Т.: Как будто Вам нужно было взять что-то с собой?

Из этого рассказа мы узнаем о центральном переживании пациента, которое повторяется во множестве подобных эпизодов. Здесь допустимы различные методические подходы. Можно, например, с помощью квантитативно-статистического анализа определить центральный конфликт отношений, или центральную модель отношений пациента (Кехеле и др., 1990; Далбендер и др., 1992). При другом подходе требуется, например, дифференцированный нарративный анализ, выявляющий центральную модель переживаний пациента (Буте, 1991).

3.3.1. Интервью по эпизодам отношений как пример формализованной психодинамической диагностики

Стремясь создать независимые от терапевтической ситуации условия для выяснения эпизодов отношений (как пациентов, так и здоровых людей), Люборский начиная с 1984 года разрабатывал специальную форму интервью, названную им RAP-интервью (Relationship-Anecdotes-Paradigm, парадигмы отношений в сценках) (Люборский, 1990). В то же время различные группы исследователей осуществляли дальнейшие опыты – как с методической, так и с клинической постановкой задачи, – и в ходе которых RAP-интервью было

признано удобным и эффективным способом сбора информации для определения центральных моделей отношений. Для того, чтобы показать возможности использования столь формализованного диагностического подхода в психодинамической психотерапии, необходимо шире вводить в практику эту пока еще недостаточно освоенную технику интервью (см., впрочем, Далбендер и др. 1992а, б). Процедура допускает самые разнообразные модификации в зависимости от стоящей в каждом отдельном случае задачи.

3.3.1.1. Инструкция для пациента При так называемом стандартном RAP-интервью пациенту предлагают рассказать субъективно важные для него эпизоды реально происходивших и существенных для него взаимоотношений. Испробовав различные варианты, мы выработали следующую инструкцию, которую интервьюирующий дает пациенту перед началом интервью:

«Мы будем говорить о Ваших отношениях с другими людьми. Я прошу Вас рассказать о происшествиях из Вашей жизни, связанных с другими людьми. Каждая история должна описывать особый случай, конкретную ситуацию или сцену, которые почему-то имеют для Вас особенное значение – положительное или отрицательное. Вспоминаете случаи из Вашей прошлой или нынешней жизни, в которых участвуют разные люди. Не забывайте, пожалуйста, каждый раз говорить: 1) когда это случилось, 2) кто в этом участвовал, 3) что говорил или делал этот человек, 4) что говорили и делали Вы сами, 5) чем все закончилось. Перескажите, пожалуйста, 10 (или больше) таких происшествий».

Поскольку мы хотим свести к минимуму влияние интервьюирующего, кажется целесообразным давать пациенту прочесть предварительно написанную инструкцию. Однако, если строгое соблюдение «стандартизации» привлекательно с экспериментально-психологической точки зрения, в то же время этот путь почти неизбежно проводит к противоречию с интерактивным характером интересующего нас процесса в смысле, в каком понимается интерактивность диагностикой психодинамического направления, делающей акцент на явлении переноса и контр переноса. Иначе говоря, при подготовке к RAP-интервью нужно постараться создать подходящую для рассказчика обстановку. Приемлемый компромисс состоит, на наш взгляд, в том, чтобы «развить» содержание инструкции во вводной части беседы и лишь в случае необходимости прибегать к ее предварительному «механическому» прочтению. Основная идея сводится к тому, чтобы ясно указать рассказчику те границы, в которых он должен свойственным ему образом в повествовательной манере раскрыть мир своих отношений, по возможности сохраняя при этом индивидуальные – постоянные или ситуативные – оттенки и полутона. Интервьюирующий должен убедиться, что никакие существенные для составления систематического заключения компоненты не остались за пределами рассказа.

В отличие от инструкции Люборского мы, в частности, не ограничиваем время для изложения отдельного эпизода. Мы предпочитаем заранее рассчитывать продолжительность RAP-интервью в соответствии с необходимым количеством эпизодов отношений, чтобы не торопить интервьюируемого во время рассказа, а также обеспечить для интервьюирующего возможность спокойнее относиться к индивидуальной повествовательной манере собеседника. Наш опыт показывает, что 50-минутное интервью вмещает в себя в среднем 15–25 эпизодов отношений. И лишь в том случае, когда возникает угроза полного нарушения общих временных границ, интервьюирующий может обратить внимание на время и попросить поскорее закончить эпизод.

Далее, мы не стремимся уделять преимущественное внимание проблемным случаям, так как при подобном интересе к патологическим проявлениям упускаются из виду жизнеспособные свойства и сильные стороны пациента.

Мы избегаем также перечисления возможных партнеров взаимоотношений, которое часто оказывается скованным или затмевющим фактором; это не исключает, впрочем, того, что на более позднем этапе или при определенной постановке вопроса мы можем прибегнуть к специальным вопросам по поводу некоторых объектов. Поэтому не составляет труда переместить диагностический интерес от структур отношения, охватывающих объектные отношения, к тем специфическим моделям отношения, которыми отличаются некоторые из объектных отношений в этих биографических рассказах. Для этого нужно, позволив вначале пациенту по своему усмотрению выбирать эпизоды и, соответственно, объекты, перейти затем к следующей фазе, попросив его ограничиться эпизодами, связанными с определенными людьми. Этот способ, пусть поэтапно, тем не менее позволяет целенаправленно фокусировать зрение пациента. Таким образом, на фоне всеохватных моделей объектных отношений вырисовываются модели отношений с конкретными объектами, а также их динамический рефлекс в отношении переноса. Мы не будем подробнее останавливаться здесь на возможностях, предоставляемых тем отношением подобия между первым планом и фоном, в котором оказываются объекты, на разнообразных возможностях для диагностики отношений внутри пары (например, между двумя партнерами или пациентом и терапевтом), семьи или небольшой группы людей, а также для оценки терапевтической связи.

Как и во всех частностях при RAP-интервью, врач должен в каждом случае тактично выяснить, понял ли интервьюируемый полученную инструкцию и сможет ли он во всем точно исполнить ее. Он может прямо спросить об этом пациента и/или попросить его повторить инструкцию, в случае, если тот окажется способен на это. Если же нет, то интервьюирующему, разумеется, не следует настаивать на повторении инструкции: в дальнейшем у него будет достаточно возможностей разъяснить задание.

3.3.1.2. Перенос, контрперенос и отношения при работе. RAR-интервью, как и другие формы интервью, — это акт взаимодействия между интервьюирующим и пациентом (или испытуемым), и поэтому оно тоже неизбежно связано с явлениями переноса и контрпереноса. Интервьюирующий должен настроить пациента так, чтобы тот смог выполнить задание — рассказать эпизоды отношений определенного характера. Подходящей основой для построения рабочих отношений и одновременно удобным отправным пунктом рассказа служит «общая тема». Поскольку существует вероятность, что характер возникающих при работе отношений окажет влияние на пригодность эпизодов, интервьюирующий должен следить за тем, чтобы во время беседы возникла не «механически-безличная» обстановка, а, напротив, атмосфера, в которой рассказчик не только говорит охотнее, чувствуя, что интервьюирующий слушает его заинтересованно и придает большое значение его словам, но, кроме того, чувствует, что можно говорить о чем угодно. Хотя, в отличие от психодинамически ориентированного клинического интервью, здесь перенос и контрперенос сами по себе не являются предметом рассмотрения, они задают дополнительное измерение психологического пространства, выводящее за рамки рассказанного пациентом и показывающее, как подходит рассказчик к своей задаче, как заполняет он пространство разговора, как использует интервьюирующего, — что позволяет сделать первые диагностические заключения об отношениях.

3.3.1.3. Вмешательство интервьюирующего и стиль этого вмешательства. Хотя задача интервьюирующего поставлена совершенно иначе, чем задача психодиагностика при клиническом интервью, она тем не менее не уступает последней в сложности. Вмешательство врача, использующего метод RAR, остается почти исключительно на уровне заключений и уточнений, в то время как клиницист должен, помимо этого, вступать с пациентом в спор и давать свои объяснения. В начале работы нашей исследовательской группы клиницисты с психодинамической ориентацией обнаруживали склонность к привычному интерпретированию материала и выявлению неосознанных связей, чего не наблюдалось у студентов. Эти первоначальные трудности в дальнейшем сгладились за счет того, что врачи благодаря своему солидному клиническому опыту могли выявлять также и латентные семантические связи.

При выборе момента и манеры вмешательства интервьюирующий должен руководствоваться прежде всего стремлением как можно меньше сбивать ход рассказа и как можно больше поддерживать его. Например, можно вмешаться, если рассказ остается непонятным или неполным, то есть когда отдельные его компоненты не прояснены или отсутствуют. Интервьюирующему не следует постоянно прерывать рассказчика, так как это препятствует свободному течению повествования. Но если интервьюирующий слишком долго не задает необходимые для проявления рассказа вопросы,

это тоже неблагоприятно оказывается на его развитии, поскольку приводит к чрезмерной метакоммуникации, вне рамок самого рассказа, или к затянутым поискам пропущенных смыслов. Напротив, вопрос, заданный вовремя и свидетельствующий о заинтересованности, может весьма благотворно повлиять на рассказчика.

Как показывает наш опыт, в конце RAR-интервью бывает полезно предоставить рассказчику возможность высказать свои впечатления от беседы, определить ее особенности или трудности: «Что Вы думаете об интервью, как Вы себя чувствовали, были ли у Вас какие-нибудь затруднения?». Такими вопросами интервьюирующий может иногда даже вызвать пациента на дополнительный рассказ. Весьма возможно, что конкретные замечания рассказчика раскроют его представление о функциональном контексте RAR-интервью в неотрелектированном процессе переноса и контрпереноса, и тем самым дадут важные для понимания динамики отношений ориентиры.

3.3.1.4. Возможности применения. RAR-интервью представляет собой удобное, гибкое и широко применимое как для важных клинических, так и для научных целей психодиагностическое средство. Работы Люборского (1990) и наши собственные показали, что в целом применимость RAR-интервью не имеет ограничений, связанных с возрастом, уровнем образования и культурным статусом рассказчика. Сам Люборский называет следующие принципиальные возможности применения:

1. Определение индивидуальных моделей отношений.
2. Исследование моделей отношений в определенных (например, нозологических) группах.
3. Изучение хода и результатов лечения.
4. Исследование самопредставления и представления об объекте.
5. Выяснение самопонимания в межлических отношениях [4].
6. Сравнение трактовок определенных эпизодов отношений — например, между пациентом и его родителями или между супругами.
7. Изучение развития центральных моделей отношений и объектных отношений в биографическом разрезе.
8. Анализ стиля повествования.

В интересах первичной клинической диагностики кажется целесообразным выяснить, находится ли рассказчик в сфере сформулированных моделей отношений и если да, то в какой степени, и определить, что он знает о присущих ему моделях взаимодействий, а что, по всей вероятности, остается за пределами его сознания. Кроме того, следует произвести очень тщательный анализ субъективных значений повторяющихся компонентов и тем, а также значимости отдельных объектов в системе объектных отношений. Сравнение индивидуальной подвижности [5] или жесткости открытализовавшихся в структуру моделей переноса у разных людей могло бы дать отправную точку при определении степени тяжести нарушения, с одной стороны, и имеющихся у пациента здоровых результатов, с другой.

3.3.1.5. Проведение интервью и анализ результатов. Проводить интервью может в принципе всякий – для этого нужно быть достаточно знакомым с методом ССРТ (то есть иметь опыт его применения и практику анализа), а также основательно проработать совместно с группой исследователей видеозаписи проведенных пробных интервью.

Согласно принятым правилам RAP-интервью должно быть записано на магнитофонную пленку, транскрибировано и проанализировано в соответствии с данными в руководстве (Люборский и соавторы, см. Албани Эккерт, 1991) указаниями. В некоторых случаях рекомендуется, кроме того, делать аудиовизуальную запись. Опытные в методе ССРТ психоаналитики могут производить анализ непосредственно во время просмотра. Однако при усложненном, более обычного запутанном стиле изложения это может оказаться настолько трудным, что в конечном счете, если это не противоречит поставленной задаче, удобнее и практичнее в смысле экономии времени работать с транскрипцией [6]. В целях совмещения RAP-интервью с повседневной клинической психиатрией и психотерапией группа исследователей-клиницистов Ульма проводит в настоящее время эксперименты с т.н. «немедленной оценкой». Используя идущую прямо из соседнего помещения видеотрансляцию, они определяют модели отношений, по которым рассказчик строит свои модели объектных отношений и отношений психологии self, – метод, хорошо знакомый по клинической практике.

3.3.1.6. Советы интервьюирующему. Характер и количество необходимых рассказов зависят от конкретной постановки вопроса или определения задачи. Согласно Люборскому, для формулирования ССРТ пациента требуется по крайней мере 10 эпизодов. Клиницисту этого должно быть практически достаточно, чтобы наметить внутренний облик пациента. Исходя из более строгих методических требований, а также собственного статистического анализа теоретико-информационных параметров, мы считаем оптимальной приблизительно 30–35 минутную продолжительность интервью. Для других целей или методов анализа (Далбергер и др., 1992а) может требоваться гораздо больше времени.

Эпизоды должны схватывать достаточно широкий диапазон объектов и биографических дат.

Для того чтобы получить полноценные, то есть поддающиеся анализу эпизоды отношений, интервьюирующий должен суметь еще в ходе интервью идентифицировать эпизоды и восстановить недостающие для определения ССРТ компоненты. Эпизод открывается более или менее распространенными «заглавными титрами», нередко состоящими из стереотипных речевых оборотов, предварительных объяснений и т.д., и «заключительными титрами», часто содержащими дополнительные пояснения, уточнения, заверения, сведения, а иногда и переходы к следующим эпизодам. Сравнение с киноэпизодом (особенно несмонтированным) оказалось полезным для оценки присутствия в эпизоде отношений всех трех необходимых компонентов.

3.3.1.7. Трудности при RAP-интервью. В целом здесь не приходится сталкиваться с серьезными техническими проблемами или трудностями. У некоторых возникает страх перед видеокамерой, но с ним обычно нетрудно справиться, произнося несколько одобряющих слов, напомнив о врачебной тайне и о защите данных, или сказав, что большинство людей быстро перестает замечать камеру. Некоторые пациенты тем не менее не соглашаются на съемку. Если пациент не решается приступить к рассказу, интервьюирующий может успокоить его, ободрить и пообещать, что поможет ему, когда будет нужно. Замолчавшего во время изложения пациента можно постараться вернуть к рассказу ободрительными замечаниями: «Это не так важно, рассказывайте все, что придет Вам в голову». Или переключить внимание пациента на еще не упомянутых им лиц, с которыми он вступал во взаимодействие: «Вы уже достаточно рассказали о... не могли бы Вы теперь рассказать историю, в которой участвует какой-нибудь другой, тоже важный для Вас, человек?». Пациент нередко дает лишь обобщенное описание других людей или контаминирует не связанные между собой события, что затрудняет выделение ССРТ-компонентов. Интервьюирующий может попросить рассказчика описать какой-нибудь конкретный случай, сцену или взаимодействие: «Расскажите, пожалуйста, запомнившийся Вам случай с этим человеком». Или: «Приведите, пожалуйста, пример ситуации, о которой Вы говорили». Как правило, бывает трудно понять смысл, который рассказчик вкладывает в используемые им цитаты. Перед интервьюируемым стоит задача раскрыть латентное смысловое содержание повествования.

3.3.1.8. Соотношение RAP- и клинического интервью в диагностике. В противовес несколько опрометчивому пренебрежению к формализованному диагностическому подходу, укажем, что к бесспорным достоинствам этого метода относится его способность выявлять, пусть за счет некоторого упрощения, свойства структуры. Здесь уместна аналогия с рентгеновскими лучами, которые тоже оставляют за скобками эстетические свойства вещи. Поэтому само собой разумеется, что в задаче RAP-интервью не входит имитация комплексно-структурного клинического мышления. Его преимущество состоит в тонко дифференцированном определении макромолекулярных структур отношений.

Совершенно ясно, что задачи интервьюирующего по методу RAP никоим образом не совпадают с задачами интервьюирующего клинициста или врача, и поэтому привлекательным кажется сравнение клинического интервью, ориентированного на биографию и отношения, с RAP-интервью, как двух стратегий при сборе релевантного тематического материала. Представляется также, что различные «фокусы» и «оптические расстояния» этих методов, взаимно дополняя друг друга, могут существенно расширить терапевтические возможности при определенных диагностических задачах.

4. Заключение

С тех пор как Фрейд открыл явление и создал концепцию переноса, стало возможно связывать опыт прошлой жизни пациента с тем, как он интегрирует новый опыт. Начиная с 1932 года, когда Бартлетт ввел в изучение памяти понятие «схемы», психология может исследовать этот процесс с помощью «организованных смысловых структур» (Зингер и др., 1991). Для практики биографически-психодинамического интервью это значит, что в каждом отдельном случае нужно систематически и подробно выявлять те модели, которые у данного индивидуума формируют взаимодействие с другими людьми и развитие биографии. А исходя из отдельных случаев, можно сделать осторожную оценку совпадений и расхождений

между разными случаями (Юттеман 1990). Тогда различие номотетического анализа и идеографического сбора данных могло бы стать плодотворным.

Новейшие эмпирические исследования в психотерапии, разработка разнообразных формализованных методов и инструментария создали хорошие предпосылки для развития межличностно ориентированной диагностики психических расстройств. Стало возможным расширить начало диагностического процесса, то есть первое интервью, пользуясь, например, интервью по эпизодам отношений или анкетной диагностикой межличностных моделей отношений и взаимодействия.

Перевод Г. М. Дашевского

5. Литература

- Albani C (1991). Vom ZBKT zum ZBM. Eine methodenkritische Einzelfallstudie zur Erfassung von repetitiven Mustern und Uebertragung mit der ZBKT-Methode. Med. Dissertation, Universitat Leipzig.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. APA, Washington, D. C.
- Balint M (1965). Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett.
- Balint M (1972). Psychotherapeutische Forschung und ihre Bedeutung in der Psychoanalyse. Psyche 26, S. 1 ff.
- Balint M, Balint E (1962) Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Huber, Bern; Klett, Stuttgart, S 208–261. Engl: (1961) Psychotherapeutic techniques in medicine. Tavistock, London.
- Barber JP, Crits-Christoph & Luborsky L P (1990). A guide to the CCRT standart categories and their classification, in: Luborsky L & Crits-Cristoph P (Hrsg.). Understanding Transference. The CCRT method, Basic Books, New York, p. 37–50.

Комментарий редактора

Противопоставление авторами психиатрического диагноза как статичного психодинамическому (стр. 14) опирается на архаические «описательно признаковые образцы».

В психодинамическом подходе мы имеем дело с рассмотрением с единой смысловой позиции, рассмотрением одноуровневым и одномерным, т. е. в духе одной конкретной психологической концептуальной схемы.

В психиатрическом подходе многомерность, таксономичность, обрывочность данных, которые еще только надо выстроить для реконструкции целого, не создают впечатления такого однозначного сюжетного динамизма, как при ситуативном рассмотрении.

Но не стоит забывать, что, например, синхрония и диахрония в лингвистике позднее традиционного в психиатрии сопряжения поперечного и продольного срезов. Введение симптоматики в биографический контекст и попытка ее понимания исходя из перелома в индивидуальном стиле личности – выдающаяся заслуга К. Ясперса, основополагающий критерий при разграничении паранойального развития личности и паранойального бреда – является примером подлинно динамического подхода не в одном только психическом слое, а интегрально ко всем слоям бытия, т. е. к личности в целом. Здесь важна именно интеграция двух подходов, т. к. чисто динамический подход имеет свои издержки.

Наконец, классическое психиатрическое исследование разводит два независимых аспекта: «здоровье – болезнь» (медицинская модель болезни) и «норма – патология» (рассмотрение с точки зрения уровня и профиля способностей,

характерологических, микросоциальных и культурно-исторических особенностей). Противопоставлять эти аспекты, как делают авторы (медицинский, психиатрический и микросоциальный, психодинамический), и употреблять термин «парадигма» по поводу этих попросту частичных рассмотрений (стр. 15), говорить о «революции» в психиатрии в 1954 году (стр. 17) в отношении процедуры динамического интервью, в котором психиатр не только наблюдатель, но и участник, мягко говоря, преувеличения.

Но более всего поражает использование современными германскими авторами альтернативы «феноменологическое – психодинамическое» в смысле «Крепелин – Фрейд», т. е. полное игнорирование подлинной революции в психиатрии, совершенной К. Ясперсом (заново создавшим категориальный аппарат предмета на феноменологических основаниях), и подлинно парадигмальное различие позитивистской (кстати общей для Крепелина, Фрейда и Павлова) и феноменологической установки в гуссерлевском понимании.

Это незнание классических первоисточников – следствие той же позитивистской установки, которая – слепо подражая точным наукам – взяла за правило и в гуманитарных науках цитировать авторов не более чем пятилетней давности и уж никак не 20 – 30-х годов, не считаясь с измельчением и упадком с той поры. Российская и восточноевропейская традиция не таковы.

При всем том, публикуемый текст представляется нам очень информативным и важным. Он существенно дифференцирует для нас затрагиваемую проблематику и несомненно подействует как ее овладению, так и дальнейшему углублению.