

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА

Особенности проведения психоаналитического первичного интервью

Е. И. Терехова

Терехова Елена Ивановна – психоаналитически ориентированный психолог, клинический психолог, ассоциированный член Московской психоаналитической ассоциации.

Статья посвящена исследованию и описанию особенностей проведения психоаналитического первичного интервью и отвечает на ряд вопросов: что делает психоаналитическую первую встречу «психоаналитической»; что должно произойти на первичном интервью, чтобы психоаналитическое лечение стало возможным; каковы возможные трудности на этом пути. В статье автор предлагает определить достоинства и недостатки различных подходов в проведении первичных интервью и выделить дискуссионные вопросы по касающейся теме, которые продолжают исследоваться в современном психоанализе.

Исходя из понимания, что начало психоаналитической работы – это прежде всего создание аналитической пары, психоаналитическое первичное интервью – это совершенно новая ситуация для обоих участников, это не обычная встреча, но еще и не начало психоаналитической терапии или психоанализа. Несмотря на совершенную неопределенность и ситуацию полной непредсказуемости, два участника интервью должны найти способ встретиться с волнующими и по большей части неосознаваемыми вопросами в жизни пациента. В этой ситуации аналитик должен не только услышать и понять пациента, следуя за ним, но в первую очередь, сдержать то напряжение, «эмоциональную бурю», которая разворачивается на первой встрече; суметь оценить регистр психического функционирования пациента с целью выбора подходящего кадра; создать условия, которые могли бы позволить ангажирование в психоаналитический процесс.

Ключевые слова: психоаналитическое первичное интервью – ППИ, начало психоанализа, начало психоаналитической терапии, диагностика, «эмоциональная буря», контрперенос.

Момент вхождения в психоаналитический процесс очень важен, но на сегодняшний день представлен в психоаналитической литературе не в достаточной мере. Возможно, это связано с тем, что мэтры-психоаналитики не испытывают особых трудностей с тем, чтобы провести ППИ и ангажировать в психоаналитический процесс своих потенциальных пациентов. В этом процессе каждый психоаналитик выбирает свой индивидуальный способ начала построения психоаналитических отношений, согласно которому выполняются цели и задачи первичного интервью. И если установление первичных отношений и было когда-то для них проблемой, в последующие периоды профессионального роста она полностью утрачивает для них свою актуальность, и дальнейшая работа, которая связана с погружением в глубинные слои душевной жизни, представляется им гораздо более важной целью изучения и написания статей. Но тем не менее пример одного из первого описанного ППИ мы находим у Фрейда. В случае Катарини в работе «Исследования истерии» (1895) Фрейд повествует нам о том, как он приехал на юг Вены, находясь в Австрийских Альпах, где к нему подошла 18-летняя девушка и спросила: «Является ли господин врачом?» Фрейд, на тот момент обладавший достаточно глубокими теоретическими знаниями, сразу понял, что девушка страдает от истерических симптомов, о которых она ему сразу поведала: затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха, спазмы в горле и груди. Фрейд начал исследовать обстоятельства, которые бы могли привести к возникновению этих симптомов. Получив объективную информацию о данных пациентки, Фрейд смог подтвердить свою гипотезу о сексуальной этиологии симптомов Катарини. Во время своего первого разговора в горах Катарина благодаря своим неосознанным чувствам к отцу открывается перед Фрейдом, который становится для нее объектом переноса. В этом первичном интервью проявился терапевтический эффект, так как молодая пациентка почувствовала облегчение после того, как раскрыла секрет, скрывающийся за ее симптомами. Фрейд больше никогда не встречался с этой пациенткой (Фрейд, 2020, с. 153–163).

Первичное интервью Фрейда с Катарини демонстрирует нам различия медицинского и психоаналитического подхода, где в психоаналитическом подходе начало пси-отношений уже соответствует целям лечения. ППИ – это возможность встречи, возможность начала процесса, у которого должно быть продолжение. Оценка этого процесса психоаналитиком (или психотерапевтом) позволяет предложить пациенту соответствующий кадр (сеттинг): психотерапию лицом к лицу один, два или три раза в неделю или психоанализ на кушетке.

С одной стороны, психоаналитическое интервью служит главным образом для принятия решения о дальнейшей работе, но этим цель ППИ не ограничивается. Основная цель ППИ, по мнению А. Жибо, состоит в оценке психической экономии пациента в соответствии с критериями, которые предложила Э. Кестемберг (1995):

1. Уровень внутренней свободы пациента или по крайней мере его желание вступить в отношения с аналитиком и как следствие с самим собой. Иногда может казаться, что пациент довольно свободно и охотно говорит,

но это не всегда показатель именно внутренней свободы. Так, например, оператарные или психосоматические пациенты могут вести себя на ППИ довольно скованно в проявлении аффектов и движений, но при этом свободно говорить и даже (нам может казаться) ассоциировать.

2. Возможности психической мобилизации пациента в ситуации ППИ и особого слушания. Вопрос, который мы задаем на ППИ, – «Не могли бы вы рассказать немного о себе?» – для некоторых пациентов может быть довольно фрустрирующим по причине того, что им сложно вступить в отношения с самим собой, говорить о себе (особенно это касается не-невротических пациентов, пациентов с психосоматическим функционированием).

3. Качество донесенной личной истории. Здесь мы отвечаем для себя на вопрос: смог ли пациент донести свою личную историю или нет и каким образом он это сделал? Некоторые пациенты повествуют нам о своей жизни с такой отстраненностью, как если бы они рассказывали не о себе, а пересказывали прочитанную книгу, что может быть следствием диссоциации или слабой ментализации.

4. Фантазматические и онирические возможности. Ответом на вопрос о сновидениях мы получаем информацию о способности к ментализации, ассоциативному мышлению. По мнению А. Грина, у пациентов с ПСФ отмечается центральная фобическая позиция в виде избегания ассоциативности. «Сновидения у таких пациентов либо отсутствуют, либо поражают своей скудностью, пустынной (отсутствием в них самого пациента, людей и живых существ). Часто отмечаются повторяющиеся сновидения – травматические, в которых воспроизводятся реально пережитые травмы. «Сырые» сновидения говорят нам о неприкрытой реализации влечений без малейшей психической проработки» (Фусу, 2021).

5. Обзор распределения нарциссических и объектных инвестиций. Здесь речь идет о том, каким образом пациент строит отношения и образует перенос. Аналитик делает вывод о распределении либидо на нарциссическое и объектное, опираясь на свои контртрансферные чувства, рассказ пациента о его отношениях или их отсутствии. Говоря о нарциссизме, мы имеем в виду концепцию А. Грина о нарциссизме жизни и нарциссизме смерти, где последний связан с разрушительными влечениями, проявляется не в ненависти к объекту, но в стремлении Я к разрушению своего единства и в стремлении Я к Нулю (Грин, 2023). Клинически это проявляется чувством пустоты, которое мы часто наблюдаем у не-невротических пациентов.

6. Присутствие контртрансферных элементов, способных повлиять на интервью в положительном или негативном смысле. Нам следует чутко прислушиваться к своим контртрансферным чувствам, которые образуются с самого первого контакта с потенциальным пациентом еще до того, как он вошел в наш кабинет, обращая особое внимание на такие, как жалость, раздражительность, но также и очарованность пациентом. Как правило, за этими чувствами стоит нечто большее, к чему важно прислушаться, прежде чем предложить психоаналитическую (ПА) терапию или анализ.

Д. Такетт в предисловии к книге «Beginning Analysis», где группа авторов описывает опыт разбора первичных интервью 500 аналитиков со всего мира, пишет: «Авторы пришли к выводу, что для понимания происходящего им необходимо уделять меньше внимания пациентам и больше – аналитикам. В этой книге они описывают, как постепенно фокус их исследования смещался в сторону аналитика, его опыта и вскоре – возможных сопротивлений, с которыми сами аналитики могут столкнуться, принимая новых пациентов, и которые могут заставить их потерять доверие к тому, что они делают» (Reith, Gibeault et al., 2018).

Исходя из вышесказанного, можно дать определение психоаналитическому первичному интервью: это первая встреча (или несколько встреч) психоаналитического психотерапевта или психоаналитика и потенциального пациента с целью исследования и оценки психической экономики последнего. В ходе этих встреч необходимо создать благоприятные условия для дальнейшей работы пары «аналитик – пациент», где могли бы свободно выражаться протекающие в психике интервьюируемого процессы и паттерны. В ходе первичного интервью используется психоаналитический метод (теория и техника психоанализа), в основе которого лежит анализ трансфера и контртрансфера. Интервью предназначено для того, чтобы ориентировать пациента относительно его участия в терапевтическом процессе, тогда как в терапии реализуют то, что было рекомендовано по результатам интервью.

Как сказал аргентинский психоаналитик Хосе Блехер в своей книге «Психологическое интервью» (1971), «интервьюер старается установить такие отношения, которые предоставили бы интервьюируемому большую свободу самовыражения, проявления себя таким, какой он есть, и для этого не подходит формальная структура вопросов и ответов». Далее Блехер подчеркивает различия между сбором анамнеза, опросом и интервью. Опрос преследует более простую цель – сбор информации. Иначе обстоит дело при проведении интервью: оно направлено на то, чтобы понять, как функционирует кандидат в пациенты (Этчегоен, 2020). Еще Фрейд указывал на то, что никто не может предоставить информации *bona fide*¹ о самом себе, однако ППИ основано на ином подходе: раскрыть то, о чем интервьюируемый сам не догадывается.

Таким образом, аналитик в ходе ППИ ставит перед собой следующие задачи:

- получение сведений о состоянии психического здоровья интервьюера и о том, какое лечение подойдет для него наилучшим образом;
- определение диапазона психического функционирования потенциального пациента и его особенностей психической экономики, согласно определенным критериям;
- создание благоприятных условий для проведения первичной встречи, благодаря снижению напряжения с помощью контейнирования собственных аффектов и аффектов пациента, которые неизбежно возникают при встрече с незнакомым человеком.

¹ *Bona fide* – заслуживающий доверие (лат.).

Прежде чем мы более подробно поговорим о первых двух задачах, важно дать теоретическое обоснование необходимости работы с напряжением и снижением «эмоциональной бури», вызванной первой встречей аналитика и анализанта, ведь это прежде всего встреча двух незнакомцев. Многочисленные исследования Рене Шпица (1946, 1965), Джона Боулби и Гарри Харлоу (1957, 1970), Маргарет Малер (1975) и других о так называемой «тревоге восьми месяцев», или «тревоге, вызванной незнакомцами», демонстрируют нам, что существуют индивидуальные различия, многочисленные вариации реакций детей на встречу с незнакомцем, в зависимости от доминирующего эмоционального климата в отношениях мать – дитя в раннем периоде.

Чтобы проиллюстрировать это, Малер в своей работе «Психологическое рождение человеческого младенца» приводит сравнение двух детей, брата и сестру, когда они были в одном и том же возрасте (Малер, 2018). Девочка Линда в возрасте семи-восьми месяцев при контакте с незнакомцами (наблюдателями), осознавая, что это «не мать», начинала тщательное визуальное и тактильное исследование, по выражению Сильвии Броди (1970) – «таможенный досмотр». В тот момент, когда ее брала на руки мать, у нее не было нужды производить этот осмотр, она просто тянулась к ней и крепко повисала на шее. По контрасту с базовым доверием Линды и отсутствием у нее какой-либо выраженной тревоги, вызванной незнакомцами, у ее брата Питера наблюдалась выраженная тревожная реакция в том же возрасте. Питер испытывал удивление, любопытство и опасения по поводу постороннего человека, и эти чувства постепенно начинали его переполнять, даже несмотря на то, что он находился около матери. Эти сравнения демонстрировали исследователям результаты различных стилей взаимодействия матери и ребенка на более ранних этапах развития: если с Питером взаимодействие матери было полно напряжения и непредсказуемости, то с Линдой климат был значительно более благоприятным и гармоничным. Исследователи объясняют более выраженную реакцию на незнакомцев и сопутствующую этому тревогу Питера тем, что он был вынужден рано перейти на фазу дифференциации, освобождая себя от дискомфорта симбиоза с матерью, это стало для него одним из ранних защитных паттернов (Малер, 2018).

Также теоретическое обоснование этим процессам мы находим у Жерара Швека в его работе «Добровольные галерщики», где он утверждает, что мать, которая недостаточно либидинально инвестирует своего ребенка, может восприниматься им как источник его возбуждения. «В определенных случаях поведение ребенка, пытающегося обойтись без "объекта", без материнского объекта сопровождается также и ненавистью к объекту, что поднимает вопрос о возможной проекции», – пишет Швек, описывая поведение ребенка, отказывающегося от еды, которую предлагает мать (Швек, 2016, с. 115). Швек отмечает, что такое функционирование может означать дефект в первоначальной способности к вытеснению, а также что «прогресс в дифференциации Я и объекта не сопровождается контринвестицией "не-матери", отмеченной появлением фобической боязни чужого лица, обычной для этого периода жизни. Вместо

этого данный страх направляется на пищу» (Швек, 2016, с. 116). Швек отмечает, что речь не идет о простом перемещении страха незнакомца, но имеется в виду замена одного процесса – психического, на другой – поведенческий.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что тревога, связанная с первой встречей при ППИ, исходит из раннего довербального опыта объектных отношений. И чем большим количеством травм и низким качеством либидинальных инвестиций отмечен этот опыт, тем будет выше градус прогнозируемой «эмоциональной бури» (по выражению Биона) при первом знакомстве.

Но у этого вывода, пожалуй, есть одно исключение, оно относится к пациентам с симптомами, которые описаны французскими психосоматиками как пациенты с аллергическими объектными отношениями. Пьер Марти дает характеристику таким отношениям, где границы между субъектом и объектом стираются, «вплоть до неразличимой массы», субъект существует в динамике деперсонализации и действия характерной для них проективной идентификации (Marty, 2006, p. 98). Марилия Айзенштейн, описывая свои контртрансферные чувства при работе с молодой девушкой-корейкой, говорит о том, что она испытывала смесь спутанности и беспокойства из-за того, что чувствовала себя захваченной. При этом сама пациентка, казалось, чувствовала себя совершенно уверенно, как если бы проходить первичное интервью у аналитика было для нее чем-то привычным и не вызывало особой тревоги (Айзенштейн, 2023, с. 5).

Именно поэтому, говоря об «эмоциональной буре», мы имеем в виду любые аффекты пары «аналитик – пациент», которые возникают до, во время или после психоаналитического сеанса, где особая роль отводится контртрансферу аналитика как основному инструменту-барометру для отслеживания и «управления» этой «бурей».

Отсутствие вообще каких-либо эмоциональных реакций на ППИ может говорить нам о том, что у нас в кабинете оператуарный или эссенциально-депрессивный пациент. Клод Смаджа назвал такой феномен «аффективной фригидностью» (Смаджа, 2014). Французские психосоматики (П. Марти, М. Фэн, К. Смаджа и др.) объясняют такой феномен «специфическими механизмами иммобилизации, застывания, дезорганизации, репрессии и ликвидации психических репрезентаций влечений» (Смаджа, 2014, с. 63). С такими пациентами аналитику необходимо быть особенно внимательным и осторожным в своих интервенциях, учитывать связь между нарушениями аффективной экономики и соматизацией. К. Смаджа отмечает: «Нагрузка, вызванная аффектами и волнениями, отмечали авторы "Психосоматического исследования" в 1963 году, плохо выраженная и мало или плохо проработанная с помощью психических средств, похоже, быстро выбирает соматический путь» (Смаджа, 2014, с. 63). Такие пациенты могут создавать видимость эмоциональной безучастности, отстраненности по отношению к аналитику и рассказу своей истории, несмотря на то что материал может быть довольно травматическим. Необходимо задать себе вопрос: куда делись аффект и боль? А также обращать внимание

на последующие интервью: не соматизирует ли пациент между встречами? Соматизация пациента после ППИ говорит нам об экономической связи с непроявленными аффектами и, возможно, о неправильно выбранной технике по отношению к таким пациентам.

Вернемся к первым двум задачам ППИ. Согласно французскому подходу проведения ППИ, аналитик не ставит перед собой задачу постановки диагноза пациенту, хотя, по мнению Н. Мак-Вильямс, «грамотная диагностическая оценка снижает вероятность того, что человек проведет чрезмерное количество времени в профессиональных отношениях, из которых извлечет мало пользы» (Мак-Вильямс, 2015, с. 37). Мы, следуя французскому подходу к ППИ, не стремимся диагностировать пациента на первых встречах. Так, по мнению Р. Руссийона, которое он высказал на одном из своих семинаров, раннее диагностирование приводит к «сужению поля взаимодействия с этим пациентом, потому что не бывает психики, в которой только одни способы функционирования. В любой психике сосуществуют разные, параллельные способы функционирования, и на какой мы обращаем внимание, с тем мы и имеем дело» (2023). Кроме того, пациенты могут обратиться за лечением, жалуясь на конкретное расстройство, но их проблемы могут простираться намного дальше этих симптомов. Именно здесь, на пути решения задачи определения способа функционирования пациента, у начинающего специалиста могут возникнуть трудности: с одной стороны, необходимость думать в диагностических рамках, а с другой – необходимость погрузиться в уникальные отношения, которые разворачиваются здесь и сейчас.

Возникающая по ходу работы обеспокоенность диагностическими аспектами часто используется как попытка защищаться от полного присутствия рядом с болью пациента. Озабоченность диагностикой, как и другие теоретические мысли аналитика, могут быть использованы в качестве защиты от тревоги, внушаемой неизвестным. Пациенты чувствуют себя более комфортно, когда специалист держится спокойно и непринужденно. «Терапевтические отношения имеют больше шансов на хорошее начало, если клиент чувствует интерес терапевта, ощущает относительно низкую тревогу и убежденность, что после того, как он будет лучше понят, может быть начато соответствующее лечение. Терапевт, который чувствует потребность быстрее начать проводить терапию, прежде чем прийти к четкому пониманию личностной психологии пациента, подобно водителю без карты, знающему примерное направление движения, будет испытывать напрасные волнения» (Мак-Вильямс, 2015, с. 39). Кроме того, Н. Мак-Вильямс считает, что существуют люди, для которых принятые категории типологии личности попросту не подходят. И тогда ярлык-диагноз скорее затрудняет понимание, чем способствует тому, чтобы положиться на здравый смысл, «подобно заблудившемуся моряку, который выбрасывает бесполезную навигационную карту и ориентируется по нескольким знакомым звездам» (Мак-Вильямс, 2015, с. 42).

Д. Винникотт в 1952 году сделал весьма революционное заявление, что не существует такой вещи, как ребенок. Он имел в виду, что есть межличностная система ребенка и его матери, поскольку ребенок может

существовать лишь в особом контексте заботы и опеки. Подобным образом, говорит Н. Мак-Вильямс, «теоретики психоанализа оспорили предположение, что существует такое явление, как дискретная, стабильная, отдельная личность; они предпочитают думать о серии состояний Я, которые возникают в разных межличностных контекстах» (Мак-Вильямс, 2015, с. 68).

Г. Этчегоен, опираясь на работу Х. Блехера «Психологическое интервью» (1971), отмечает, что интервью формирует поле, это означает, что «между участниками устанавливаются структурированные отношения, от которых зависит все то, что происходит во время интервью» (Этчегоен, 2020, с. 93). Первое правило, согласно Блехеру, состоит в придании формы этому полю, в частности с учетом переменных, которые зависят от интервьюируемого. У Блехера термин «поле» описывает область, в пределах которой интервьюер решает свои задачи, стараясь при этом по возможности минимизировать свою активность, то есть чем меньше его вмешательство, тем лучше поле. Отсюда, конечно, не следует, что он никак не проявляет себя или занимает отстраненную позицию, но это означает, что он передает инициативу другой стороне, интервьюируемому (Этчегоен, 2020). По словам Х. Блехера, «максимальная объективность достигается только в том случае, если наблюдатель включен в поле как одна из его переменных», и если степень нашей вовлеченности выходит за рамки позиции участвующего наблюдателя и мы задаем слишком много вопросов (опрос), предлагаем поддержку или утешение, открыто выражаем сочувствие, высказываем свое мнение или говорим о себе, то тем самым мы утрачиваем смысл интервью, превращая его либо в формальный диалог, либо в обычную беседу (Этчегоен, 2020, с. 94).

Итак, встречаясь с определенной целью, интервьюер и интервьюируемый, для того чтобы выяснить, возможно ли начать психоаналитическую терапию или психоанализ, решают несколько задач. Для аналитика одной из главных задач является оценка психической экономии пациента. Но определенную оценку происходящему процессу ППИ дает и пациент: он может получить надежду, что ему поможет предстоящее лечение, а может быть напуган происходящим процессом. Аналитику необходимо изучить не только теоретические основы проведения первичного интервью, но и понимать тонкие технические моменты, особенное значение уделяя тем процессам, которые происходят на бессознательном уровне участников процесса ППИ.

Первичное интервью – это совершенно новая ситуация для обоих участников, это не обычная встреча и еще и не психоанализ или терапия. Пациент и аналитик не знают друг друга; у них еще нет никаких предсказуемых рабочих условий. Несмотря на эту неопределенность, им приходится находить способ встречаться вокруг очень интимных вопросов в жизни пациента. Техника ППИ в первую очередь должна быть направлена на создание условий для появления бессознательных фантазий, переключения уровней от сознательного к бессознательному, что поможет пациенту осознать нечто новое, что раньше было бессознательным. Это позволит аналитической паре перейти от интервью к следующему

этапу развития отношений, к психоаналитической работе. Авторы книги «Beginning Analysis» отмечают, что именно аналитик, а не пациент, ответственен за переключение уровней: «Во время успешной работы в таких случаях именно аналитик открывал внутреннюю дверь, чтобы осознать свое участие в чем-то, что разыгрывалось в динамике интервью» (*Reith, Gibeault et al.*, 2018, p. 63). Очевидно, что техника структурного интервью или опроса не будет способствовать переключению уровней от сознательного к бессознательному, а, напротив, с самой первой встречи фиксирует пациента на сознательном уровне, и в дальнейшей работе пациент, отвечающий на вопросы, будет ждать их от аналитика.

Почему же все-таки структурное интервью пользуется такой популярностью, особенно у начинающих психоаналитических терапевтов? Возможно, эта техника помогает избежать столкновения с «эмоциональной бурей», которая неизбежно начнется в аналитическом поле между парой «аналитик – пациент», как только они столкнутся с бессознательной динамикой, отсылающей к прошлому опыту объектных отношений. Х. С. Салливан советовал обращать внимание на изменения уровня тревоги во время интервью у обоих его участников (*Этчегоен*, 2020), то есть аналитику необходимо в первую очередь справиться со своей тревогой, чтобы помочь с ней справиться пациенту.

Первичное интервью – это встреча с неизвестностью, включая неизвестность того, как отреагирует другой, что может вывести на передний план примитивные тревоги, связанные с поиском «контейнера» (*Bion*, 2013), и/или воспоминания о травматическом опыте. Кроме того, на первой встрече пациентом может быть разыгран бессознательный сценарий, в котором аналитик будет вынужден принять участие, особенно если пациентом будет использована массивная проективная идентификация. На ППИ аналитик сталкивается с многочисленными формами коммуникации: вербальной и невербальной на сознательном уровне и уровне бессознательного психического функционирования, начиная с хорошо символизированных бессознательных фантазий, менее символизированных фантазий объектных отношений с расщеплением и проективной идентификацией до почти необработанных переживаний в поисках контейнера.

Аналитику необходимо проделывать серьезную внутреннюю работу, чтобы справиться с динамикой интервью, «выживать» в качестве аналитика, восстанавливать свою способность думать перед лицом «эмоциональной бури». Антонино Ферро (2012) предлагает метафору «переполнения бессознательного содержания и выпрыгивания за его пределы». Томас Огден подчеркивает, что аналитик – вечный «новичок» (*Огден*, 2020), а в заключение делает тяжелое замечание о том, что «все, что пациент говорит (и не говорит) на первой встрече, понимается как бессознательное предупреждение аналитику (и пациенту) о причинах, по которым пациент бессознательно чувствует, что каждому из них было бы лучше не вступать в эти обреченные и опасные отношения» (*Огден*, 2020).

В своей работе «Извлечение пользы из плохой работы» (1979) Бион описывает, как «буря» возникает всякий раз, когда встречаются два человека: «Когда встречаются две личности, возникает эмоциональная буря.

Если они контактируют настолько, что знают друг о друге, или даже настолько, что не знают друг о друге, то в результате соединения этих двух личностей возникает эмоциональное состояние, и возникающие при этом нарушения вряд ли можно рассматривать как улучшение положения дел, если бы они вообще никогда не встречались. Но раз уж они встретились, и раз уж произошла эта эмоциональная буря, то обе стороны бури могут решить сделать из плохой работы лучшую» (*Bion, 1979, p. 247*).

Уровень тревоги интервьюируемого непосредственно сигнализирует нам о его психических проблемах. По мнению Д. Мельцера (1967), аналитику необходимо модулировать тревогу, когда она достигает критического уровня. «При проведении интервью это может быть вполне уместно, так как в задачу интервьюера не входит анализ тревоги, поэтому в некоторых случаях нам может понадобиться снизить ее уровень для того, чтобы достичь целей интервью», – считает Этчегоен (*Этчегоен, 2020, с. 94*). Что касается тревоги, которая мешает начать говорить пациенту, то аналитику следует оставить ее без вмешательства, дать пациенту время успокоиться и подумать, но при этом не отстраняться. Интервьюируемый сделал первый шаг, явившись для прохождения интервью, так что логично (и гуманно) сделать шаг навстречу, сломать лед начала разговора, задав нейтральный и вежливый вопрос о мотивах обращения за консультацией (*Этчегоен, 2020*).

Авторы книги «*Beginning Analysis*» пришли к предположению, что первая встреча включает в себя процесс «открытия психоаналитического пространства», это необходимо для того, чтобы создать отношения, в которых «буря» может иметь шанс обрести смысл и быть проанализирована в дальнейшей психоаналитической работе (*Reith, Gibeault et al., 2018, p. 75*). Что же мы имеем в виду, когда говорим о создании «психоаналитического пространства»? Концепция психоаналитического пространства имеет долгую историю, начиная с Фрейда. В книге «Воспоминание, повторение и проработка» он описал перенос (трансфер) как «игровую площадку», которая «создает промежуточную область между болезнью и реальной жизнью, из которой осуществляется переход от одного к другому» и которая позволяет «получить часть реального опыта, но такого, который стал возможен благодаря особо благоприятным условиям» (*Фрейд, 2020, с. 511*).

В то время как фрейдовский взгляд на психоанализ можно рассматривать с целью раскрытия бессознательного смысла посредством применения аналитического метода, Видерман (1970, 1979) представил взгляд на аналитическое пространство как на «конструкцию» пациента и аналитика, на которую влияет взаимодействие между кадром, переносом и контрпереносом (*Reith, Gibeault et al., 2018, p. 76*). Функция этого пространства заключалась в создании смысла, в отличие от реконструкции прошлой реальности. Создание смысла в отношениях с психоаналитиком стало центральным понятием во многих психоаналитических моделях, начиная с игровой техники Мелани Кляйн (*Кляйн, 1926, 1930*). У. Бион (1962, 1965, 1967) сравнивал работу аналитика, помогающего пациенту найти смысл и построить собственный разум, способный находить смысл, с работой

матери, принимающей и удерживающей спроецированные протоментальные состояния младенца и трансформирующей их через свои грезы. Д. Винникотт (1971) объединил понятия игрового пространства и промежуточной области между фантазией и реальностью в свою концепцию переходного пространства между матерью и младенцем, которое позволяет расти личности и символическому значению; он распространил эту концепцию на потенциальное пространство между пациентом и аналитиком с аналогичными функциями.

Томас Огден (1986, 1989, 1994a, 1994b, 1997) объединил теории Биона и Винникотта и описал психоаналитическое пространство как разделяемое пространство сновидений, в котором опыт пациента может быть представлен в субъективной встрече двух разумов. Он сравнивал это пространство с «матрицей» (Огден, 2001), в которой развивается «новый разум, который является творением двух людей» (Огден, 2001). Он понимал возникающий при этом субъективный опыт как новое со-творение, «интерсубъективное аналитическое третье» (Огден, 2001), которое у пациента и аналитика общее, но переживается каждым по-своему и к которому они имеют доступ через *reverie* («мечтание»).

Х. Сигал (1997) и Р. Бриттон (1989, 1998a, 1999, 2003) добавили не менее важную и дополняющую концепцию треугольного пространства: это интроспективное пространство необходимо для достижения перспективы взгляда от третьего лица на свой субъективный опыт. Треугольное пространство основано на эдиповом треугольнике, в котором наблюдаются отношения между другими, что позволяет думать о себе как о человеке, имеющем такие же наблюдаемые отношения. Со временем это дает возможность осознать и понять субъективный опыт по отношению к себе и другим – не только субъективный опыт себя, но и других. Интеграция субъективной и объективной перспектив способствует символическому пониманию и личностной идентичности. А. Грин (1975) также описывал триангуляцию с третьим объектом как потенциальную способность психики младенца, но ее развитие зависит от родительской пары. И Грин (1975), и Бриттон (1989) показывают, как неудачная триангуляция приводит к тому, что психическое пространство распадается на преследующие, «все или ничего», формы опыта (Reith, Gibeault et al., 2018, p. 76).

Важно отметить, что психоаналитическое пространство асимметрично: во-первых, потому, что оно сконцентрировано на понимании субъективного опыта пациента, во-вторых, потому, что задача аналитика – вести работу по восприятию субъективного опыта пациента от третьего лица в течение довольно длительного времени, пока пациент не сможет взять на себя эту работу. Многие психоаналитики, включая авторов книги «Beginning Analysis», считают, что самоаналитическая работа аналитика является необходимым условием для роста самоаналитических способностей пациента. Эта работа начинается во время первых интервью и даже во время предшествующих событий до первой встречи.

Ален Жибо в своей статье «Первичное интервью» отмечает, что обычно при невротических организациях личности достаточно виртуального присутствия третьего. При тяжелых расстройствах личности и психозах

Жибо со своими коллегами из Психотерапевтического центра Эвелины и Жана Кестемберг считают необходимым, чтобы этот третий был «объективированным в кадре организации, института, учреждения во время ППИ с консультантом, который в дальнейшем не будет работать с данным пациентом, или же ППИ проводится в присутствии ассистента» (Жибо, 2023, с. 61). Такова особенность консультаций, проводимых в парижских психоаналитических центрах, таких как Психоаналитический консультативный и лечебный центр Жана Фавро Парижского психоаналитического общества (Ассоциация психического здоровья XIII округа Парижа) (Жибо, 2023).

Таким образом, одним из важнейших залогов успеха в дальнейшей психоаналитической работе является создание психоаналитического пространства, в котором взгляд аналитика на себя от третьего лица в форме свободно плавающего внимания позволяет стать этому пространству трансформирующим, для того чтобы потом неосознаваемые аспекты жизни пациента, которые ранее им переживались как «немыслимые вещи-в-себе», не поддающиеся контролю со стороны пациента, смогли быть подняты в аналитических отношениях, обрести символическую репрезентацию и впоследствии быть вновь присвоены пациентом в новых формах, обогащенные смыслом и переживаниями.

Нам хорошо известно, что психоаналитический процесс возможен только при соблюдении кадра (сеттинга). У интервью также есть свой собственный кадр, параметры которого соответствуют задачам интервью. Кадр определен, если некоторые из переменных параметров фиксированы аналитиком как константы (внутренний кадр аналитика). Интервью всегда проводят лицом к лицу, желательно, чтобы участники интервью располагались, сидя в креслах, поставленных под некоторым углом друг к другу так, чтобы они могли смотреть друг на друга или отводить взгляд в сторону естественно и без лишнего напряжения. Интервью может начинаться с просьбы рассказать немного о себе. Разумеется, в процедуре интервью не предусмотрено введение правила свободных ассоциаций, действующего на аналитических сессиях. Г. Этчегоен в главе о сеттинге ППИ пишет, что он не одобряет неопределенного и двусмысленного начала интервью, резко отличающегося от обычных норм общения, принятых в данной культуре: когда интервьюер погружается в молчание, фиксируя свой ничего не выражающий взгляд на интервьюируемом, который может почувствовать растерянность в такой ситуации и не будет знать, что ему делать (Этчегоен, 2020). Но в то же время мы должны дать некоторое время интервьюируемому, для того чтобы он мог успокоиться и обратиться с мыслями в своем ожидании начала разговора.

Не прибегая к методу свободных ассоциаций, так как они требуют много кадра, отличающегося от кадра интервью, мы можем получить нужную нам информацию при помощи недирективной техники, в рамках которой инициатива предоставляется интервьюируемому и допускается сдержанная поддержка в трудные для него моменты. Простая невербальная коммуникация (легкий кивок, благожелательный взгляд, нейтральный комментарий «угу») обычно бывает достаточной для того, чтобы

интервьюируемый продолжил говорить. Иногда, чтобы стимулировать дальнейший рассказ пациента, мы можем повторить его слово или фразу, но при этом она не должна быть негативной или слишком эмоционально заряженной (сексуализирующей, «горячей», или нарциссически ранящей). Аналитик не должен подталкивать интервьюируемого к тому, чтобы «вываливать» сразу много информации, это может быть примитивным способом эвакуации, который дает лишь сиюминутное облегчение, но не решает поставленные задачи ППИ. Ж. Бержере и П. Дюбор обращают наше внимание на то, что ППИ – это «не расспрос, а слушание», предостерегая нас от стиля «охоты за информацией» (*Бержере, 2001, с. 158*). По мнению Бержере, в рамках ППИ нас не интересуют ни сами по себе симптомы, ни их соматическое проявление.

Слишком большая легкость установления контакта свидетельствует не в пользу более высокого уровня психического функционирования пациента. Это свидетельствует о недостатке цензуры, то есть переход от бессознательного к предсознательному происходит слишком легко, между ними нет никакого барьера. Свободный откровенный дискурс пациент может восприниматься как свободные ассоциации, но на самом деле это не так, а свидетельствует о доэдипальной структуре, об отсутствии цензуры и слабом Сверх-Я. Если есть слабость Сверх-Я, энергия деструктивности либо подавляется, либо остается свободной. Жестокость, о которой пациент с легкостью говорит, указывает нам на то, что преобладает подавление аффекта над вытеснением. Не-невротические пациенты склонны к агированию, и это часто заставляет их действовать на сессиях разным способом (пить напитки, смотреть в телефон, вскакивать с кресла), если это повторяется, то допустимо заранее внести правило о том, что здесь (в кабинете) мы только говорим, но не совершаем никаких действий.

ППИ отличается от психотерапевтического процесса, и нам важно, чтобы пациент также увидел эти отличия. До тех пор пока мы не договорились о кадре и правилах, не рекомендуется назначать одно и то же время для первичных встреч, затем, когда у пациента появится его постоянное время, это приобретет ценность в сравнении с тем, когда встречи были нерегулярными. Существенным отличием ППИ от психотерапевтического процесса также является использование интерпретации: мы не прибегаем к интерпретации систематически при проведении первичных интервью. Для того чтобы продемонстрировать метод, «соблазнить» методом, мы можем связать что-то хорошее. Интервьюер должен остерегаться интерпретаций с первых встреч, до того момента, пока у него не возникнет целостной картины об организации и дискурсе пациента. «Не стоит ничего воображать от себя или заранее», – пишет Бержере (*Бержере, 2001, с. 158*).

Некоторые аналитики очень строго соблюдают правило не интерпретировать на ППИ, и у них есть на это свои соображения; однако другие допускают возможность отхода от него и при определенных обстоятельствах используют интерпретацию. Либерман относится к тем, кто строго соблюдает запрет на интерпретации во время интервью, так как он полагает, что кадр (сеттинг) интервью не позволяет использовать интерпретацию

главным образом для того, чтобы интервьюируемый получил контрастирующий опыт, который в конечном счете позволит ему понять различия между интервью и аналитической сессией. Либерман предупреждает, что в случае отсутствия опыта переживания отличий между интервью и аналитической сессией пациент, уже находясь в анализе, может воспринять первую интерпретацию негативного переноса как оценочное суждение аналитика. В целом, идея Либермана о запрете интерпретаций поможет пациенту понять, что взаимодействие в аналитической терапии или анализе выходит за рамки опыта обыденных коммуникаций. Аналитик предлагает возможность инкорпорации другого типа взаимодействия в коммуникации, который приобретает неопределимое значение «контрастного опыта» по отношению к первым интерпретациям переноса, которые он сможет предложить» (Этчегоен, 2020, с. 97–98).

Если Либерман строго придерживается запрета на использование интерпретации при проведении интервью, то Блехер полагает, что в некоторых особых и определенных случаях интерпретация уместна и необходима, «в частности каждый раз, когда в коммуникации появляются разрывы или искажения» (Этчегоен, 2020, с. 97–98). Этчегоен, как и Блехер, также считает, что интерпретация при проведении интервью вполне уместна и оправдана, если только она служит преодолению конкретного препятствия на пути к достижению целей интервью. Но здесь важно отметить, что интерпретация, направленная на решение других задач, не связанных с ППИ, например, чтобы вызвать структурные изменения в личности интервьюируемого (то есть ради достижения инсайта), совершенно неприемлема, и с этим соглашаются все авторы.

Иногда некоторые психоаналитики (Г. Этчегоен, О. Кернберг, Н. Мак-Вильямс и др.) используют простые, поверхностные интерпретации как тест на способность к инсайту, для того чтобы проверить, как будет реагировать на них интервьюируемый. Этчегоен пишет: «Я устанавливаю связь причинного типа между содержанием высказываний интервьюируемого, например: «Как вы полагаете, то, что вы сейчас припомнили, имеет ли это отношение к...» (Этчегоен, 2020, с. 99). На наш взгляд, решение о том, стоит ли делать интерпретацию во время ППИ или нет, следует принимать исходя из многих факторов и всегда индивидуально в каждом отдельном случае, учитывая при этом прежде всего цели и задачи ППИ, особенности сложившегося контакта и доступный материал.

Еще один важный вопрос техники ППИ касается интерпретации переноса, особенно негативного. Перенос пациентом основных элементов своей психической организации на личность аналитика и всю ситуацию в целом, конечно, является обязательным условием психоаналитического понимания. В одной из своих работ по психоаналитической технике, касающейся начала анализа, Фрейд ясно высказывается по поводу интерпретации переноса: «До тех пор пока сообщения и мысли пациента следуют без заминки, темы переноса касаться не стоит, с этой наиболее щекотливой из всех процедур нужно повременить, пока перенос не станет сопротивлением» (Фрейд, 2019а, с. 66).

Авторы книги «Beginning Analysis» наиболее убедительной техникой интерпретации переноса пациента считали необходимость интерпретации переноса на процесс и кадр, тогда как интерпретация переноса на аналитика представляется гораздо более проблематичной на ППИ. «В целом некоторые аналитики предпочитают быть осторожными в своих вмешательствах и не затрагивать трансферентные вопросы на первой встрече, то есть работать с установкой, основанной на «экономической» модели» (Reith, Gibeault et al., 2018, p. 145). Во французском психоанализе значительное внимание уделяется экономической точке зрения, где акцент делается на способности хорошо структурированной психики связывать энергию через репрезентацию, в то время как неудачи в репрезентации со стороны менее хорошо структурированного психического аппарата могут привести к разрядке несвязанной энергии через аффективный или соматический срыв.

То есть, если понимать перенос в терминах способности пациента к репрезентации, он также бросает вызов психической экономике пациента и требует постепенной реорганизации этой экономики, особенно у менее структурированных пациентов. Исходя из тех случаев, когда целью является содействие экономическим изменениям (а для этого требуется долгосрочная глобальная стратегия, в которой аналитик работает над развитием способности пациента к репрезентации), аналитик должен ограничивать свои вмешательства до того момента, когда психическое равновесие пациента будет готово его выдержать и не будет перегруженным. Не рекомендуется интерпретировать перенос слишком рано (Reith, Gibeault et al., 2018, p. 146). Здесь я могу поделиться своим опытом прохождения ППИ у психоаналитического терапевта, работающего в кляйнианской технике: на третьей сессии интервью терапевтом была сделана первая и единственная интерпретация, которая касалась негативного переноса, связанного с моей якобы неоплатой прошлой сессии. Я чувствовала себя неуслышанной, непонятой и обвиненной, как будто моя рассказанная история не имеет никакого значения, а имеют значение только мое отношение к терапевту и оплата (при том что, выйдя из кабинета, я проверила и убедилась, что деньги за прошлую сессию на самом деле я перевела). Наличие у меня уже в тот момент психоаналитического образования и опыта предыдущей терапии позволило мне прислушаться к своим чувствам и не остаться в терапии у этого аналитика, и теперь, вспоминая слова А. В. Россохина о том, что выбор своего аналитика важнее и «судьбоноснее», чем выбор мужа, я вынуждена это признать. Как не вспомнить здесь слова Фрейда из статьи «Воспоминание, повторение и проработка»: «Врач просто забыл, что называние сопротивления по имени не влечет за собой непосредственное его прекращение» (Фрейд, 2016, с. 511).

Французский подход к ППИ отличается от структурного интервью О. Кернберга особым деликатным отношением к пациенту и его защитами. Аналитик на ППИ не задает много вопросов и не интерпретирует, а внимательно слушает пациента, пытаясь понять, как он устроен. Фрейд в своих работах по технике рекомендует нам доверять естественному, спонтанному ходу мыслей пациента и постепенно отказываться от выпытывания

ассоциативного материала, который интересует в первую очередь самого аналитика. Его рекомендацию отказаться от «активной» позиции в начале лечения и довериться развитию психоаналитического процесса можно увидеть в статье «Советы врачу...», где он напоминает о «равномерно палящем внимании» (Фрейд, 2019b).

Многословность аналитика на ППИ чаще всего говорит о его тревоге из-за непонимания, что происходит. Преодолеть эту тревогу невозможно, только имея хорошие психоаналитические знания, хотя они тоже важная опора, необходим успешный личный анализ. О. Кернберг предлагает использовать конфронтацию в своей технике как один из трех шагов на пути к интерпретации. Как и этап прояснения, конфронтация адресуется к сознательному и предсознательному уровням психики пациента, готова почва для интерпретации. Во французском подходе конфронтация считается неуместной, так как она, во-первых, атакует защиты пациента, во-вторых, препятствует построению необходимого рабочего альянса. Это особенно важно, если перед нами не-невротический пациент, у которого в качестве защит преобладает расщепление и он говорит из своих разных частей, – если мы конфронтируем, сталкиваем эти разные части, ничего, кроме негатива (злости, боли, агрессии, критики), мы не получим. И нужно проделать долгий путь работы, прежде чем пациент сам начнет замечать какое-то несоответствие в своей речи, поступках, мыслях.

Интересным аспектом первой встречи может стать «соблазнение личностью» аналитика, то есть когда пациент чувствует, что этот аналитик и, возможно, только этот аналитик будет тем единственным, кто сможет его понять и помочь. Авторы «Beginning Analysis», описывая этот случай, отмечают, что здесь происходит «нарциссический процесс, в результате которого пациент и аналитик оба впадают в убеждение, что они "подходят" друг другу, что они удовлетворяют потребности друг друга» (Reith, Gibeault et al., 2018, p. 142). Однако если этот процесс доминирует, не оспариваясь и не исследуясь, он будет действовать как сопротивление или защита против развития психоаналитического процесса. Жан-Люк Донне считает, что «соблазнение личностью» включает в себя проблему суггестии как «минималистской и дискретной попытки, а потому соблазнительной и убедительной, породить идею или желание в другом», так и возможного «тоталитарного овладения, как это проявляется в гипнотическом подчинении» (Reith, Gibeault et al., 2018, p. 143). Однако в более позитивном ключе идея «соблазнения методом» во французской психоаналитической литературе относится к развитию психоаналитического процесса, в ходе которого пациенту предлагается говорить о своих желаниях, а не исполнять их, и он обнаруживает, насколько это может быть полезно и ценно в качестве средства самопознания. С этой точки зрения «соблазнение методом» означает, что через свой опыт вовлечения в психоаналитический процесс пациент может понять, насколько полезен для него этот подход. Исходя из выполнения задачи на первой встрече – оценить, может ли пациент получить потенциальную пользу от аналитического

процесса с аналитиком в соответствующем психоаналитическом кадре, мы не знаем ответа на вопрос, являемся ли мы этим «правильным аналитиком» для пациента. С точки зрения пациента первое можно рассматривать как «соблазнение методом», второе – как «соблазнение личностью», и всегда есть риск спутать эти два аспекта.

Таким образом, решая важную задачу ППИ – «переключение уровней» от сознательного на бессознательный, что свидетельствует об успешном психоаналитическом процессе, – пара «аналитик – пациент» должна в первую очередь каким-то образом «пережить бессознательную бурю» интенсивной динамики интервью и использовать эту динамику как возможность открыть психоаналитическое пространство, а не спрятаться от «бури». Открытие пациентом того, что аспекты внутренней реальности могут найти репрезентацию и проработку в отношениях с аналитиком, может стать достаточно сильной мотивацией для продолжения этой формы лечения. Способность аналитика терпеть «бурю» и работать внутри нее может быть тем, что дает пациенту некоторую степень доверия и надежды на психоанализ как метод, даже для тех пациентов, которые еще не мыслят символически (*Reith, Gibeault et al.*, 2018).

Исследования, проведенные психоаналитиками-авторами книги «*Beginning Analysis*», наглядно продемонстрировали, что «открытие аналитического пространства», в котором разворачивается каждое новое биперсональное поле, является сложной задачей даже для опытных аналитиков. Они сравнивают это «с возведением палатки в очень плохую погоду или с ее восстановлением после того, как настоящий шторм вырвал колышки из земли» (*Reith, Gibeault et al.*, 2018, p. 146). Вообразив ситуацию со штормом и палаткой, сложно себе представить, что кто-то один будет пытаться справиться со штормом, а второй отстранится и будет только наблюдать, скорее всего, оба начнут что-то делать, и в этой связи нам сложно избежать отыгрывания (*acting out*).

Ошибки, связанные с контрпереносом, возникают тогда, когда аналитик реагирует на своего пациента так, как будто он был значимой личностью в истории (особенно ранней) аналитика. Р. Гринсон подчеркивает, что контрперенос – «это как бы параллель по отношению к переносу – нечто, дополняющие его. Часть "контр-" в слове "контрперенос" означает аналог, дубликат, а не противоположность, как в контрдействии». Контрперенос может привести к продолжительному неуместному поведению аналитика по отношению к пациенту в форме стойкого непонимания или бессознательно вознаграждающему, успокаивающему и разрешающему поведению (*Гринсон*, 2018, с. 367). Т. Джейкобз подчеркивает, что контрперенос является комплексной сущностью, он состоит из проекций пациента, психики аналитика и ситуации переносных взаимоотношений «здесь и сейчас», он состоит из различных элементов, которые могут менять свою форму в процессе развития аналитической ситуации (*Винникотт, Райх и др.*, 2021, с. 189).

Хотя психоаналитический метод основан на репрезентации, мышлении и осмысленных словах, мы также можем предположить, что бессознательный контрперенос аналитика может переходить в действие, когда

ситуация не позволяет достаточно проработать собственные чувства и реакции аналитика, прежде чем вмешиваться. И наоборот, если аналитик умеет прислушиваться к собственным контрпереносным реакциям, он может облечь их в мысль, придать смысл актам и действиям, возникающим при первой встрече. Важно иметь в виду, что контрперенос вступает в игру с самого первого момента общения с пациентом. Соответственно, когда с контрпереносными явлениями не удастся справиться в достаточной степени, результатом могут быть разыгрывания (*enactment*) – как бессознательная коммуникация, которая разворачивается между аналитиком и пациентом, в которой есть что-то, с чем оба не готовы встретиться. Блон описывает этот процесс как «тайный сговор» (1967), который происходит из потребности избегать боли, часто сопровождающей процесс самопознания, когда аналитик бессознательно старается не фокусировать свое внимание на материале, болезненном и проблемном именно для него самого (*Bion, 2013*).

Фрейд ввел общее понятие «повторение» в своей работе «Воспоминание, повторение и проработка» (1914). В отрывке, где он также ссылается на начало лечения, он пишет: «Анализируемый вообще ничего не вспоминает из забытого и вытесненного – он это проигрывает. Он репродуцирует это не как воспоминание, а как действия, он повторяет это, разумеется, не зная, что он это повторяет. К примеру, анализируемый не рассказывает, что помнит, как был упрям и недоверчив к авторитету родителей, а ведет себя таким образом по отношению к врачу <...> Прежде всего пациент начинает лечение с подобного повторения <...> Все время, пока больной проходит лечение, он не будет свободен от этого принуждения к повторению; в конечном счете становится ясно, что это его способ вспоминать» (*Фрейд, 2016, с. 506–507*). Описанные Фрейдом феномены не только связаны с переносом и сопротивлением, но с актуализацией в настоящем своих прошлых объектных отношений здесь и сейчас с аналитиком.

Аналитик играет роль белого экрана, на которой пациент проецирует бессознательные образы своих объектов, аналитику очень сложно избежать вовлеченности, он вынужден вступить в игру. С помощью проективной идентификации пациент создает бессознательную фантазию о том, что он может не просто размещать на аналитике свои проекции, но и контролировать его изнутри. Отщепленная часть личности пациента повторяет давние устойчивые паттерны отношений и тем или иным образом умудряется вовлечь аналитика в драму, разыгрываемую в процессе анализа, в качестве одного из ее персонажей. Это может происходить в той или иной степени без ведома аналитика. Когда проективная идентификация и повторение являются для пациента основным механизмом коммуникации, они опираются на вербальное и невербальное «межличностное давление». Однако довольно часто аналитик может осознать это, наблюдая за своим собственным поведением, реакциями и отношением, проанализировав свой контрперенос только после того, как эти реакции перейдут в действие. Тогда здесь мы говорим о том, что действие замещает мысль, оставаясь вне зоны ментализации аналитика. Контрпереносные

акты (это может быть что угодно, что аналитик неожиданно для себя делает или предлагает сделать в направлении анализанта) предполагают возникновение чего-то неожиданного, но если их потом подвергнуть анализу, они могут стать мощным средством достижения внутренних глубин, диссоциированных от Я, так что они должны быть проработаны аналитиком, чтобы стать полезными в ходе терапевтического процесса и потенциально мощным стимулом и помощью в рефлексии. Ведущая роль аналитика определяется не его абсолютной неуязвимостью, а способностью принимать свою уязвимость и справляться с ней. Если вернуться к вопросу об интерпретации негативного переноса на первичном интервью, то часто начинающие специалисты склонны бессознательно путать негативный перенос пациента со своим негативным контрпереносом, который может привести к ошибкам и разыгрываниям (enactment). В момент первого знакомства аналитика и пациента, когда ни пациент, ни аналитик еще не знают, чего ожидать друг от друга, вопросы, касающиеся контрпереноса, проективной идентификации и разыгрывания становятся особенно актуальными.

В 1963 году специалисты IPSO выпустили пионерскую книгу «Психосоматическое исследование, или первичное интервью психосоматического пациента». Данная методология, разработанная в IPSO, делится на три этапа. На первом этапе аналитик оставляет пациентам место для свободных ассоциаций, не делая никаких интервенций, предоставляя ему возможность представиться в его привычным функционировании. На втором этапе он использует то, что получили на первом, чтобы обозначить проблему или назвать чувства или аффект, которые пациент принес, но не смог выразить. И только лишь на третьем этапе задаются вопросы о тех элементах, которые не выявились на первых двух этапах, но их важно знать. Тогда можно спросить о детстве и о снах. На первом этапе единственное, что интересует аналитика, – это психическое функционирование пациента, о котором он размышляет, забывая о соматической болезни. Потому что не сама болезнь указывает на психосоматическую организацию, а те лакуны, которые существуют в психике пациента. И когда у аналитика уже сложилась идея о его функционировании, он увидел эти лакуны в его психике, можно учитывать болезнь. То есть вывод о психосоматическом функционировании пациента мы делаем не из-за наличия болезни, а из-за наличия недостатка ментализации (Марти, 2014).

Клод Смаджа на одном из семинаров в Институте психологии и психоанализа на Чистых прудах (от 23 мая 2023 г.) указывал на то, что дезорганизация как провал в психосоматическое функционирование может произойти со всеми индивидами, вне зависимости от структуры, – это последняя реакция, которая может случиться абсолютно у всех, это зависит от травмы и способности к ментализации и от проработки травмирующих событий. То есть психосоматическое функционирование – это не психическая структура – это процесс психической дезорганизации, это может произойти при любом типе функционирования. Аналитику, проводящему

ППИ, важно учитывать этот момент, так как ситуация интервью может создавать тревогу и стресс, реактивировать прошлые травмы и запускать соматические защиты, в том смысле, который в это понятие вкладывают французские психосоматики (П. Марти, М. де М'Юзан и К. Давид, М. Фэн и их последователи).

Исходя из всего вышеизложенного о «повторении» пациентом, контрпереносе аналитика и возможных реакциях действия, можно сделать вывод, что успех проведения ППИ связан по большому счету с успехом прохождения личного анализа аналитиком и нахождением в контакте со своими аффектами, бессознательными реакциями и частями. Аналитик должен быть готов к тому, что с самого начала ППИ он будет вовлечен в повторение и реинсценировку центральных проблем пациента. В 1971 году Винникотт описал первую встречу как особый момент, сгущенный чистым переносом благодаря тому, что то, что принес пациент, еще не «загрязнено» аналитиком. Аналитик не всегда бывает готов или способен принять и концептуализировать проекции пациента с самого начала, из-за жесткости и необработанности материала. Но не это определяет, начнется ли аналитический процесс или нет. Это зависит от того, присутствует ли аналитик в своей внутренней аналитической рамке, чтобы начать этот процесс. Как выразился А. Грин, «для аналитика не менее серьезно ошибиться в своих собственных возможностях, чем возможностях пациента» (Green, 2005), и это нам указывает на сложность принятия того решения, которое должен принять аналитик по окончании ППИ: предложить ли психоаналитический процесс интервьюируемому, и если да, то с каким кадром.

Психоаналитическое первичное интервью всегда было для представителей французской школы психоанализа предметом особого исследования, поскольку размышления о возможности предложения пациенту психоаналитического кадра, позволяющего организовать психоаналитический процесс, чрезвычайно важны; такой кадр можно предложить, исходя из оценки психического функционирования пациентов с учетом их способностей к регрессу во фрейдовском смысле работы сновидения.

В ходе нашего теоретического исследования мы увидели, что реакция интервьюируемого на первую встречу зависит от его паттерна ранних объектных отношений, степени дезорганизованности привязанности, уровня травмированности, ригидности психических защит. На первой встрече часто выходят на первый план примитивные тревоги, воспоминания о травмирующем опыте или его аффективное повторение. При этом пациент может использовать примитивные защиты, это чаще всего проекция или проективная идентификация. Все это помещает аналитика перед лицом сложных задач – выживать в «эмоциональной буре», восстанавливать свою способность думать, подвергаясь аффективным атакам, сталкиваясь с неизвестным в другом, претерпевая преходящую потерю идентичности. Одним из главных залогов успеха этой работы является создание психоаналитического пространства, в котором аналитик сможет взглянуть на себя от третьего лица, что позволит стать этому пространству трансформирующим.

Также мы выяснили, что ППИ имеет свой определенный кадр, который соответствуют решению задач интервью, и свои технические характеристики. Из них наиболее важные направлены на то, чтобы бережно обходиться с психикой интервьюируемого, не взламывая его защиты, не рана его нарциссизм, не провоцируя на поведенческие или соматические реакции (или другие привычные способы регрессии). Интерес аналитика к внутреннему миру другого, как встроенный бессознательный механизм, который мотивирует организовать первую встречу с интервьюируемым, крайне необходим. Ведь именно он является тем аттрактором, который запускает механизм интереса пациента к своему внутреннему миру.

А. Грин в своей работе «Аналитик, символизация и отсутствие в аналитическом сеттинге» пишет: «Любой предел будет перешагнут из-за интереса, возникшего к пациенту, возможно, в стоворе, но с желанием отправиться в новое приключение. Лично я не считаю, что все пациенты поддаются анализу, но я предпочитаю думать, что пациент, в отношении которого у меня есть сомнения, не поддается анализу с моей стороны. Я осознаю, что наши результаты не соответствуют нашим амбициям и что неудачи встречаются чаще, чем мы могли бы надеяться» (Green, 2005). Винникотт показал нам необходимость повторения неудач, пережитых в окружающей среде, и мы знаем, какой всемогущий триумф испытывает в результате пациент, независимо от того, становится ли ему лучше после завершения или он продолжает оставаться неизменным. Возможно, единственная неудача, за которую мы несем ответственность, – это наша неспособность привести пациента в контакт с его психической реальностью. И возможно, только благодаря терпению, собственной психической «выносливости» аналитик, несмотря на «эмоциональную бурю», так часто бушующую на первичных интервью, предлагает пациенту начать это сложное путешествие на пути познания своего внутреннего мира.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Айзенштейн М. К вопросу об аллергических объектных отношениях, Зелиг и Хейкенг.* Статья, предоставленная к семинару М. Айзенштейн, 22.06.2023 г. [Электронный ресурс] <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2018-2-page-129.htm>
2. *Бержере Ж.* Психоаналитическая патопсихология: теория и клиника / Пер. с фр. М.: МГУ им. М. В. Ломоносова, 2001. Серия «Классический университетский учебник». Вып. 7.
3. *Бион У.* Извлекать максимум пользы из плохой работы // Бюллетень Британского психоаналитического общества. Февраль 1979.
4. *Винникотт Д., Райх А., Кернберг О., Сандлер Д. Этчегоев Г.* Эра контрпереноса. Антология психоаналитических исследований (1949–1999 гг.) / Науч. ред.: И. Ю. Романов. Киев: Издательство Ростислава Бурлакова, 2021.
5. *Грин А.* Нарциссизм жизни, нарциссизм смерти. М.: Когито-Центр, 2023.

6. *Гринсон Р.* Техника и практика психоанализа / Пер. с англ. Изд. 3-е. М.: Когито-Центр, 2018.
7. *Жибо А.* Первичное интервью // Уроки психоанализа на Чистых прудах. Сборник статей приглашенных преподавателей. Вып. 2. М.: Институт психологии и психоанализа на Чистых прудах, 2023, М.: Наука, 2023.
8. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. В. Снигур. М.: Независимая фирма «Класс», 2015.
9. *Малер М. С., Пайн Ф., Бергман А.* Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2018.
10. *Марти П.* Ментализация и психосоматика // Журнал Института психологии и психоанализа на Чистых прудах. URL: <https://psychic.ru/mobil/artic/somatics.htm>, 2014.
11. *Огден Т. Х.* Проективная идентификация и терапевтическая техника. Киев: Издательство Ростислава Бурлакова, 2020.
12. *Огден Т. Х.* Мечтание и интерпретация: Ощущая человеческое / Пер. с англ. А. Ф. Ускова. М.: Независимая фирма «Класс», 2001.
13. *Смаджа К.* Опературная жизнь: Психоаналитические исследования / Пер. с фр. М.: Когито-Центр, 2014.
14. *Фрейд З.* Собрание сочинений в 26 томах. Т. 1. Исследование истерии. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2020.
15. *Фрейд З.* Хрестоматия: В 3 т. Т. 1: Основные понятия, теории и методы психоанализа. М.: Когито-Центр, 2016.
16. *Фрейд З.* О начале лечения // Собр. соч.: В 26 т. Динамика переноса. Психоаналитическая клиническая теория. Т. 10–11. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2019а.
17. *Фрейд З.* Советы врачу при психоаналитическом лечении // Собр. соч.: В 26 т. Динамика переноса. Психоаналитическая клиническая теория. Т. 10–11. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2019б.
18. *Фрейд З.* Торможение, симптом, тревога // Собр. соч.: В 26 т. Динамика переноса. Психоаналитическая клиническая теория. Т. 10–11. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2019с.
19. *Фусу Л. И.* Особенности сновидений при лиминальном (психосоматическом) функционировании // Журнал клинического и прикладного психоанализа. 2021. 2(1), 71–80. [Электронный ресурс] <https://psychoanalysis-journal.hse.ru/article/view/12411>.
20. *Швек Ж.* Добровольные галерщики. Очерки о процессах самоуспокоения / Пер. с фр. М.: Когито-Центр, 2016.
21. *Шпиц Р., Коблинер Г.* Первый год жизни. М.: Академический проект, 2006.
22. *Этцгоен Г.* Основы психоаналитической техники / Под ред. В. А. Агаркова. М.: Когито-Центр, 2020.
23. *Reith B., Gibeault A., Møller M., Boots J., Crick P., Jaffè R., Lagerlöf S., Vermote R.* Beginning Analysis. (2018) On the Processes of Initiating Psychoanalysis. General Editor: Alessandra Lemma. London and New York: Routledge.

24. *Bion W.* (2013) Los Angeles Seminars and Supervision. Edited by J. Aguayo and B. Malin. London: Karnac Books.
25. *Green A.* (2005) The Analyst, Symbolization and Absence in the Analytic Setting / On private madness. London: Karnac Books.
26. *Marty P.* (2006). La relation objectale allergique. Revue de Psychosomatique.

Features of conducting a psychoanalytic primary interview

E. I. Terekhova

Terekhova Elena I., psychoanalytically-oriented psychologist, clinical psychologist, associate member of the Moscow Psychoanalytic Association.

The article is devoted to researching and describing the peculiarities of the psychoanalytic initial interview, answering a number of questions: what makes a psychoanalytic initial meeting "psychoanalytic"; what should happen at the initial interview to make psychoanalytic treatment possible; what are the possible difficulties along the way. In this article, the author proposes to identify the advantages and disadvantages of different approaches in conducting initial interviews and to highlight debatable issues on the topic that continue to be explored in contemporary psychoanalysis.

Based on the understanding that the beginning of psychoanalytic work is first and foremost the creation of an analytic couple, the psychoanalytic initial interview is a completely new situation for both participants, it is not an ordinary meeting, but it is not yet the beginning of psychoanalytic therapy or psychoanalysis. Despite the perfect uncertainty and the situation of total unpredictability, the two interviewees must find a way to face the exciting and mostly unconscious issues in the patient's life. In this situation, the analyst must not only hear and understand the patient by following the patient, but first of all contain the tension, the "emotional storm" that unfolds at the first encounter; be able to assess the register of the patient's mental functioning in order to select the appropriate frame; and create the conditions that might allow engagement in the psychoanalytic process.

Keywords: psychoanalytic primary interview – PPI, beginning of psychoanalysis, beginning of psychoanalytic therapy, diagnosis, "emotional storm", countertransference.