

РЕЦЕНЗІЇ / REVIEWS

УДК 159.964.2

DOI 10.32782/urj/2025-3-2-13

ПСИХОАНАЛІТИЧНЕ ПИСЬМО. ОГЛЯД КНИГИ Д. Л. КАНТРОВИЦ «ПИШУЧИ ПРО ПАЦІЄНТІВ: ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ, РИЗИКИ ТА НАСЛІДКИ»

Олена Бартош, магістерка клінічної психології, психологиня психоаналітичного напрямку
м. Київ, Україна

PSYCHOANALYTIC WRITING. REVIEW OF D. L. KANTROWITZ'S «WRITING ABOUT PATIENTS: RESPONSIBILITIES, RISKS, AND RAMIFICATIONS»

Olena Bartosh, Master in Clinical psychology, psychoanalytic psychologist
Kyiv, Ukraine
<https://orcid.org/0009-0005-8514-1041>
bartosh.alenaa@gmail.com

Не існує дослідження без даних. Саме з цієї причини ще у 1905 році З. Фройд (Freud, 1905) закликав клініцистів ділитися своїми рефлексіями, досвідом та знаннями, що вони їх набули під час психоаналітичної роботи.

Попри те, що більшість психоаналітиків ідентифікують себе передусім як практики, а не як дослідники чи теоретики, і написання текстів для багатьох з них не є першочерговим завданням, вони все ж обмінюються клінічними спостереженнями. Комунікація відбувається, скажімо, через групи супервізійної та інтервізійної підтримки, конференції, клінічні ательє та інші форми професійних зустрічей. Однак такі обговорення часто обмежуються вузькими колами, які сформува-лися на основі однакових навчальних програм та схожого досвіду. Тоді на допомогу приходить багатий запас літературних скарбів, які, маючи геть різне походження та історію, відкривають доступ до дійсно широкого спектра ідей, підходів та теоретичних інновацій. Читання статей і книг дає змогу знайомитися з новими й іноді навіть провокативними думками, сумніватися в тому, що здавалося «оче-

видним», а також розширювати власні горизонти.

Важливість письмової діяльності для розвитку теорії загальноновизнана: публікації збагачують психоаналіз як дисципліну та сприяють удосконаленню технік, допомагаючи не лише колегам, а й майбутнім пацієнтам. Аналітики, які щось публікують, фактично мають подвійну кар'єру: вони одночасно є і клініцистами і дослідниками, що вивчають динаміку аналітичної роботи. Зазначимо також зростання кількості психоаналітичних матеріалів в Україні, у тому числі завдяки започаткуванню цього журналу.

Разом із тим дедалі актуальнішим для українських колег стає обговорення конфіденційності та етики клінічного письма, адже психоаналітичне дослідження завжди пов'язане з конкретними пацієнтами, їхніми особистими історіями, бажаннями та проблемами, манерою бути та будувати контакти у якийсь власний дуже інтимний спосіб. Аналітики, які пишуть про своїх пацієнтів (чи й демонструють деяку частину роботи під час публічних заходів), мають вирішувати серйозну етичну

дилему: як зберегти конфіденційність і водночас надати достатньо точних даних для підтвердження своїх ідей? Чи варто обмежуватися маскуванням клінічного матеріалу, чи треба запитувати у пацієнта згоду на розголос? І що ми можемо сказати про таку згоду як психоаналітики, якщо вона навіть була надана? Як публікація клінічних матеріалів впливає на пацієнтів чи динаміку роботи? Ба більше, кому насправді «належить» робота, описана в такому тексті?

Детальне висвітлення цієї теми пропонує книга «Пишучи про пацієнтів: відповідальність, ризики та наслідки» Джуді Леопольд Кантровіц (Kantrowitz, 2006), аналітикині з Бостонського психоаналітичного товариства. Її текст є вичерпним дослідженням викликів і складнощів, пов'язаних із використанням клінічних даних у професійній комунікації. Це книга, що вирізняється чіткістю викладу, глибиною теоретичних роздумів і тісним зв'язком із практичними аспектами роботи аналітика.

У пропонованому огляді для зручності використано слова «психоаналітик», «терапевт», «пацієнт» тощо у чоловічому роді, але вони стосуються як чоловіків, так і жінок, а також інших осіб, які можуть виконувати ці ролі.

Перший розділ «Аналітичні настанови та практика». Авторка відібрала аналітиків, які публікували матеріали з клінічними віньєтками хоча б в одному зі світових впливових фахових журналів – *International Journal of Psychoanalysis* (IJP), *Journal of the American Psychoanalytic Association* (JAPA), *Revista Argentina de Psicoanalisis*, *Revista Brasileira de Psicanalise* та інших – у період з 1977 до 2003 року, і провела анонімізовані інтерв'ю зі 141-м фахівцем, що погодилися взяти участь у дослідженні. Д. Кантровіц мала на меті порівняти стратегії попереднього покоління клініцистів із практикою та ідеями сучасних аналітиків; визначити, чим відрізняються погляди міжнародної спільноти від поглядів тих, хто практикує в Сполучених Штатах, а також зіставити настанови щодо клінічного письма більш класичних аналітиків, орієнтованих на загальну теорію, з групою реляційних авторів.

З кожним учасником проводили інтерв'ю тривалістю 30–60 хвилин, яке одразу транскрибували, або просили надати письмові відповіді поштою. Деякі з ключових питань звучали так:

- Як і чому вони вирішили писати про конкретного пацієнта?
- Чи питали згоди пацієнта на публікацію?
- Як маскували матеріал, якщо це було потрібно?
- Чи показували пацієнту написане?
- Чи дізнавалися пацієнти, якщо про них писали без згоди? Які були наслідки?
- Яка, на їхню думку, користь від публікації випадку?
- Чи змінювалися їхні погляди на маскування або отримання згоди від пацієнта з часом?

Зважаючи на обмеження в обсязі цього огляду, ми не можемо детально розглянути всі відповіді, варіації у підходах та окремі цікаві й дидактичні випадки, наведені в книзі. Тому обмежимося лише узагальненими висновками, що можуть стати підґрунтям для подальших роздумів і заохотити звернутися безпосередньо до тексту Д. Кантровіц. Авторка також наголошує, що залучену вибірку навряд чи можна назвати максимально репрезентативною – висновки мають радше описовий характер і розкривають певні тенденції в описовий спосіб, але отримані результати здатні дати добрий поштовх для майбутніх розвідок.

Розгляньмо відповіді практиків (їх близько 30–35 в кожній групі, віком 40–80 років), що публікували свої роботи в одній із наступних категорій: на міжнародному рівні (*IJP*, а також низка канадських і латиноамериканських журналів: це вихідці з Англії, Італії, Аргентини, Канади, Німеччини, Перу, Іспанії тощо, з різним теоретичним підґрунтям), у межах США (*JAPA*: здебільшого учасники вважали себе поміркованими фрейдистами его-психологічної орієнтації) або в міжнародному журналі, що базується на реляційній перспективі (*Psychoanalytic Dialogues*: редакція описує цю традицію як таку, що виникає на перехресті інтерперсональної теорії, британської теорії об'єктних відносин, селф-психології та досліджень дитячого розвитку).

Вибір пацієнта для клінічної віньєтки. На свідомому рівні більшість аналітиків

обирають для публікації випадки конкретних пацієнтів через оцінювання їх матеріалу як такого, що стимулює нову ідею або добре ілюструє вже наявну. Проте нерідко автори відстежували й те, що латентно вибір виявляється детермінованим переплетенням проблематики пацієнта й аналітика, що несвідомо підживлює бажання дослідити ці спільні питання через писання. Для деяких учасників створення статті є актом саморегуляції, коли інтелектуальна робота дозволяє послабити чи відрефлексувати афективний заряд, що накопичується в роботі. Усі аналітики погодилися з тим, що для деяких пацієнтів існують клінічні показання, які пом'якшують необхідність запитувати дозвіл або ж роблять процес публікації зовсім неможливим: йдеться про пацієнтів з мазохістським або параноїдальним характером, а також про тих, хто сильно прагне догодити.

Способи забезпечення конфіденційності.

Усі без винятку учасники визнали необхідність додаткових дій для того, щоб уникнути прямої ідентифікації пацієнта та захистити його благополуччя. Особливо актуальним це стало з появою Інтернету, адже потенційно будь-хто, якщо захоче, може знайти та прочитати те, що публікує конкретна людина. Як тільки автори вирішували використовувати матеріал пацієнта, їхні методи роботи з конфіденційністю мали кілька варіацій. Серед варіантів розглядали публікацію під псевдонімом або «обмін» випадками з колегами (надзвичайно рідка подія через втрату особистої мотивації аналітика), публікацію у виданнях з обмеженим доступом до матеріалів, отримання згоди від пацієнта (це буде розглянуто дещо пізніше), різні ступені маскування (усі аналітики коригували демографічні дані людини, аж до зміни статі, сексуальної орієнтації, професії, складу сім'ї, хоч і переймалися, чи не є це фактичним обманом читача; деякі особливу увагу приділяли зміні будь-якої побутової дрібнички, окрім тих, що напряму стосуються динаміки аналізу) або так звані «композиції» (коли декілька випадків об'єднуються в один за принципом аглютинації).

Стать та вік фахівців не вплинули на відмінності між групами. Порівнюючи різні часові проміжки, Д. Кантровіч доходить висновку,

що настанови нового покоління фахівців (на момент виходу книги) змінилися мінімально у бік ширшого діалогу з пацієнтом.

Композиції, об'єднання випадків. Композити як засіб анонімізації майже не використовуються. Проте вони можуть бути корисними в навчальних цілях для проведення семінарів або опису «загальної картини», як виглядає той чи інший синдром тощо.

Маскування без отримання згоди від пацієнта. Серед авторів *IJP* та *JAPA* вдвічі більше аналітиків вирішили замаскувати матеріал, ніж регулярно питати дозволу пацієнтів. Автори припускають, що якщо те, що вони представляють, достатньо замасковано і делікатно представлено, і якщо не включено жодного матеріалу, який би соромив або принижував пацієнта, то навіть виявлення пацієнтом того, що про нього писали, не завдасть йому остаточної шкоди. Однак «зовнішній» запит на публікацію може вплинути на динаміку негативно. Одна з учасниць дослідження описала це так: «Я завжди все маскую. Я глибоко переконана, що пацієнтам розповідати не можна [що я про них пишу]. ... Як на мене, запитувати пацієнта – це переступ. Але я також відчуваю певну зраду, коли використовую пацієнта для себе. Інформована згода – це псевдопоняття. Не думаю, що таке може бути пропрацьовано: коли пацієнт особливий, коли він використаний, коли платить за цей час. Я ненавиджу все це, тому що люблю писати. ... І я хвилююся не лише про те, що пишу, але й про те, як це впливає на терапевтичний процес» (с. 21). Інший аналітик зауважив, що пацієнт, який знає, що про нього написали, може надати своїм уявленням статичної інтелектуалізованої форми. Погляд аналітика, ймовірно, може підмінити погляд пацієнта і призвести до скам'яніння інсайтів, навіть до затримки трансформаційного процесу після закінчення аналізу.

З іншого боку, негативним наслідком маскування, про який часто згадують, є введення оманливої інформації в літературу: небезпека полягає в тому, що інші можуть сприйняти частину замаскованої інформації як факт і зробити помилкові екстраполяції. Авторка наводить приклад, коли пацієнт, описаний як хворий на виразку шлунка, насправді страж-

дав від діабету. Тоді, якщо використати цей випадок у міркуванні щодо психодинаміки людей з виразкою шлунка, хтось міг би зробити некоректні висновки.

Деяка частина учасників отримували судові позови чи погрози від пацієнтів, які випадково знайшли статті про себе, відчували себе зрадженими й шукали відшкодування. Жоден із пацієнтів не виграв позов, але фахівці зазнали значних страждань у процесі. Троє аналітиків відкликали клінічні матеріали, зважаючи на завдану шкоду, попри те, що пацієнти спочатку дозволили їх опублікувати.

Третина аналітиків *JAPA* з часом, накопичивши досвід, змінили свої погляди на користь того, щоби брати у пацієнта дозвіл на написання. Автори зазначають, що у вигляді компромісу також перейшли до публікації коротких фрагментарних прикладів чи опису невеликих частин сесії, опускаючи всі ідентифікаційні дані.

У групі аналітиків зі США серед тих, хто запитував дозволу пацієнта на публікацію, виявилось лише 10 % тих, хто потім досліджував тему згоди, її значення та мотивів. Зокрема, такими мотивами, за Д. Кантровіц, потенційно є бажання ексгібіціонізму, самобичування або висміювання своєї сім'ї, змога для пацієнта відчувати себе особливим (адже пишуть саме про нього) та значущим у житті аналітика, а також бажання зробити свій внесок у розвиток науки.

Більшість учасників визнали, що публікація клінічних матеріалів дає користь їм особисто, їхнім колегам та психоаналітичній спільноті, але вони сумніваються у користі для пацієнтів, що стали персонажами тексту. Часто це відчувається як внутрішній конфлікт, адже психоаналітична наука не може розвиватися без опису випадків. При цьому, як правило, особисті амбіції психоаналітика не є основною причиною написання текстів, але вони можуть створювати вторинну вигоду (самоствердження, нарцисичне задоволення, ексгібіціоністські потяги), про яку багато аналітиків воліють не думати.

Маскування з отриманням згоди від пацієнта. При цьому серед учасників, що публікувались у *Psychoanalytic Dialogues*, поширений заклик полягає в тому, щоб використовувати

написані матеріали як стимул для клінічної роботи. Оскільки для реляційної настанови будь-яка взаємодія між двома людьми є спільним творінням, а не витвором розуму однієї людини, реляційні аналітики куди більше схилились до відкритого прохання про дозвіл. Якщо в *IJP* та *JAPA* частіше застосовувалося лише маскування, то для значної кількості реляційних авторів отримання дозволу на публікацію було позицією за замовчуванням. У цій групі також поширена практика читання тексту разом із пацієнтом і його подальше обговорення та спільне редагування. Усі аналітики з *Psychoanalytic Dialogues* чітко заявили, що вони ніколи не будуть писати про пацієнтів, які попросили їх цього не робити. Серед тем, яких вони здебільшого уникають, такі автори зазначили: болючі та надто важкі для опрацювання елементи контрперенесення, що не були до кінця обговорені; речі, які можуть бути сприйняті як принизливі, у тому числі яскраві прояви патології, як-от глибокий опис галюцинацій; особливо вразливі місця (детальний опис набутої травми, неприємного сексуального досвіду тощо), щось інтимне на рівні почуттів, що відбулося між аналітиком та пацієнтом.

Хоча всі аналітики все частіше включають у тексти описи реакцій перенесення-контрперенесення, реляційні аналітики, за спостереженнями Д. Кантровіц, роблять це більш детально та послідовно. Разом із тим навіть у цій групі багато хто висловлювався про значний конфлікт щодо того, як, коли і що писати, і чи варто писати взагалі.

У другому розділі «Про оцінку аналітиками свого впливу на пацієнтів» представлено огляд літератури щодо того, як аналітики сприймають реакції пацієнтів на тексти про себе. Крім того, авторка поставила це питання фахівцям, з якими проводила інтерв'ю. Пацієнти читали про себе у двох різних ситуаціях: вони або самостійно знаходили статті, у яких впізнавали себе, або їхні аналітики просили дозволу на використання цих матеріалів і завчасно ними ділилися.

Історично, як пише Д. Кантровіц, деякі аналітики показували пацієнтам письмові матеріали тому, що вважали це єдиним способом для пацієнтів бути по-справжньому поін-

формованими про їхню згоду. З часом у звітах аналітиків почали переплітатися реакції їхніх пацієнтів на процес отримання згоди й на прочитання матеріалу, а також опрацювання цих реакцій у поточній психоаналітичній роботі. Почасти письмовий матеріал став розглядатися як засіб для клінічної роботи, що навіть поглиблює терапевтичний вплив. Перша стаття на цю тему належить Р. Столлеру (Stoller, 1988). Він особливо підкреслював, що треба обов'язково вносити в опис клінічного випадку те, як пацієнт відреагував на прохання аналітика щодо публікації і як це оброблялося. На думку Р. Столлера, аналізанти, читаючи такі роботи, шукають підказки про те, як їх сприймав і переживав аналітик.

Ті, хто вбачають в обізнаності пацієнта з текстовими матеріалами їхнього терапевта певну шкоду (Furlong, 1998, 2004; Stein 1988), як правило, кажуть про ускладнення та неконтрольованість перенесення, підживлення інтелектуального опору, стимулювання відчуття «особливості» чи, навпаки, почуття покори, зраженості й страху помсти від аналітика. Водночас інші дослідники помічають корисний аспект такої практики: для С. Фрідландера (Friedlander, 1995) і С. Герсона (Gerson, 2000) введення письма аналітика як «третього» робить несвідоме бажання пацієнта зберегти задоволення від приватної діadi усвідомленим, що сприяє терапевтичному прогресу; С. Пайзер (Pizer, 2000) звертає увагу на зміцнення відчуття безпеки, адже відкрита публікація запевняє пацієнта, що терапевт не боїться, що інші дізнаються деталі їхньої взаємодії; Л. Лафарж (Lafarge, 2000) розглядає цей процес як корисний крок у деідеалізації аналітика тощо.

Усі учасники дослідження мали впевненість, що ретельно маскують інформацію, тож пацієнта може впізнати (і то за певних обставин) тільки він сам. Автори з *IJP* зазначали, що публікація іноземною мовою сприймається їх аналізантами як менш загрозлива. Більшість аналітиків із *Psychoanalytic Dialogues* сказали, що написання текстів недовго залишалося центральною темою в аналізі, отже, вони не бачили жодних несприятливих наслідків. Однак один із респондентів розповів випадок, коли пацієнт, чийого дозволу не запитали,

випадково знайшов свою історію в книзі. Пацієнт сказав, що дуже пишається тим, що «використали» саме його, але його колишня дружина залишилась невдоволеною, бо книга розкривала особисте життя чоловіка, зокрема факт наявності коханки.

На додачу до цього Д. Кантровіч обмірковує випадки, коли пацієнти читають про інших пацієнтів свого аналітика (для прикладу, як це може викликати конкурентні відчуття) або як самі терапевти чи люди з психологічної галузі сприймають тексти про себе, написані їхнім аналітиком. Авторка не впевнена, наскільки ми можемо довіряти звітам, де пацієнти, здається, реагують мало або нейтрально, адже питання довгострокового впливу публікацій досліджене, на її думку, недостатньо. Щодо відвертого опису контрперенесення Д. Кантровіч порушує таке питання: який вплив на процес аналізу має те, що аналітики у буквальному способі підтверджують фантазії пацієнта щодо того, як вони до нього ставляться?

Третій розділ «Розповіді пацієнтів, що прочитали про себе» містить власні описи пацієнтів того досвіду, коли вони читали, що написали їх аналітики. Розділ починається з розлогого вступу, в якому авторка описує єдиний повністю розроблений письмовий звіт на цю тему, а саме історію Ф. Рота (Roth, 1969, 1970).

Філіп Рот (італо-американський письменник) художньо зафіксував напіввигаданий, але разом із тим автобіографічний момент, коли під час проходження терапії він знайшов дуже відверту публікацію свого аналітика щодо їхньої роботи. Його дані були замасковані, проте Ф. Рот відчув сильний гнів через те, що це маскування спотворило його переживання. У тексті аналітика письменник виявив нерозуміння своїх проблем; він пише про обурливий спосіб, у який терапевт розглядає його особистість — технічні патологізуючі терміни, викривлення моментів, які суб'єктивно здаються важливими, нечутливість до конфіденційності пацієнта, адже дозволу Ф. Рота не запитали. Коли чоловік звернувся до свого аналітика, той (за словами автора) не проявив співчуття і не взяв відповідальності за свої дії, бо був упевнений, що має право зробити чесний теоретичний внесок у спільноту. Попри

відмову аналітика це обговорювати, пацієнт через свою залежність та конфлікти волів продовжити аналіз.

У наступних розповідях, які зібрала Д. Кантровіц, пацієнти (загалом 11 опитаних) повідомляють про цілу низку переживань, іноді про грубі й тонкі зради, оцінку психоаналітика як бездушного, але дещо частіше – про приємний досвід, що їх зрозуміли, у таких розповідях взаємодія і подальше письмо характеризувалося як корисне, врівноважене та чутливе. Варто зазначити, що відповіді пацієнтів відрізнялися в тому числі залежно від того, кому вони переповідали свою реакцію – безпосередньо Д. Кантровіц чи на запит своїх аналітиків. Авторка доходить висновку, що пацієнти, як правило, воліють публічно повідомити про свій досвід, коли переживають сильні афекти, які поляризуються між гнівом / розчаруванням та вдячністю / ідеалізацією. При цьому жоден із цих полюсів не відображає повною мірою всього того, що сталося, бо глибокий і змістовний аналіз характеризується складністю в діапазоні переживань. Незадоволення публікацією було також розглянуто в ширшому контексті незадоволення самою терапією, коли акт оцінювання тексту є лише кристалізацією та симптомом більшої проблеми, що мала місце у терапевтичних стосунках.

Загалом дослідження показало, що клінічні матеріали часто викривляються в бік позитивних результатів. По-перше, аналітики схильні обирати пацієнтів із хорошим терапевтичним альянсом і позитивним перенесенням; по-друге, навіть якщо автор пише про періоди розбіжностей чи глухого кута, то вже тоді, коли цей етап пройдено. Зростання практики запиту згоди підсилює ризик самоцензури, через що негативний або неоднозначний досвід може бути недостатньо представленим у психоаналітичній літературі.

Окремо Д. Кантровіц описує свідчення 26 персон, які також знайшли публікації про себе, але при цьому вони самі є аналітиками, кандидатами чи працюють у психологічній сфері. Цей матеріал підкріплює дані, зібрані раніше.

У четвертому розділі книги «Інші міркування щодо клінічного письма» дослі-

джено використання аналітиками своїх власних замаскованих історій у клінічних прикладах. Наступний підрозділ розглядає етику клінічного письма. У завершальній частині Д. Кантровіц підсумовує своє розуміння того, чому аналітики пишуть, можливих наслідків щодо рішення щось опублікувати, а також деякі спостереження щодо впливу вибору аналітиків на читачів психоаналітичних публікацій і на саму психоаналітичну літературу, яка впливає на уявлення про психоаналіз як галузь загалом.

Серед авторів, яких ми згадували вище, приблизно третина з кожної групи (*IJP*, *JAPA*, *Psychoanalytic Dialogues*) хоча б один раз використовувала свій власний матеріал так, ніби він належав комусь із пацієнтів. Причому частіше вони робили це на старті своєї кар'єри. Досить лаконічне пояснення такого підходу на прикладі фрази одного з учасників звучить так: «Я написав про себе, ґрунтуючись на дечому із власного аналізу, тому що вважав, що моя ілюстрація краще передає суть, ніж будь-що інше, що я чув від пацієнтів» (с. 252). У такому разі аналітики також застосовують маскування зі зміною демографічних параметрів, хоча автори *Psychoanalytic Dialogues* стверджують, що вони почуваються дедалі вільніше, розкриваючись, і все частіше пишуть про себе від першої особи. Найбільший дискомфорт від розкриття особистого матеріалу, навіть якщо йдеться про зовсім невелику віньєтку, довжиною в декілька речень, виразили респонденти, які публікуються на міжнародному рівні.

Д. Кантровіц виокремлює чотири відомі роботи, в яких аналітики вдаються до самомаскування чи приховування того, що вони використовують автобіографічний матеріал: «Покривні спогади» З. Фрейда (Freud, 1899), «Фантазії побиття та мрії» А. Фрейд (Freud, 1922), «Про патологічну брехню (фантастична псевдологія)» Г. Дойч (Deutsch, 1921) та «Два аналізи пана З.» Г. Когута (Kohut, 1979). Як З. Фрейд, так і А. Фрейд представили текст через уста пацієнта як оповідача (від першої особи), тобто зберегли автентично суб'єктивний погляд. Далі вони розбирають цей матеріал «своїм голосом», з позиції психоаналітиків. Г. Кохут описав вигадані

сценки між пацієнтом та аналітиком, які не були достоту спостережуваними клінічними даними, проте є ймовірність, що він створив композити, де його матеріал переплітається з матеріалом його пацієнтів. Нарешті, Г. Дойч приписує деякі автобіографічні моменти «пацієнтці», тоді як сама ставить себе в роль аналітика, що захоплюється якостями цієї пацієнтки. Тут Д. Кантровіц розмірковує про те, що включення матеріалу про себе як частини загальної картини не виглядає оманливим для читача, тоді як використання композитів чи плутанина між створеними ролями (коли автор одночасно «грає» і пацієнта, і аналітика), може бути розглянуто як надмірне спотворення даних. Водночас психоаналітичний процес – настільки суб'єктивна практика, яка до того ж не може бути відтворена чи іноді навіть передана словами, що неможливо очікувати того, щоб психоаналітичні дані відповідали стандартам інших наукових дисциплін.

Переходячи до етики клінічного письма, Д. Кантровіц говорить, що етичні принципи мали б ґрунтуватися на припущенні, що існує «правильний» і «неправильний» спосіб зробити те чи інше, що його треба застосовувати до всіх ситуацій. Однак таке припущення підходить для юридичних ситуацій, але не є достатньо комплексним для клінічних. Тому надалі вона використовує термін «клінічна доброчесність». Клінічна доброчесність, за Д. Кантровіц, відрізняється тим, що враховує оцінку аналітиком наслідків свого рішення як для пацієнта, так і для аналітика та аналітичного процесу.

Серед керівних принципів для написання психоаналітичних текстів, які виводить авторка, спираючись на своє дослідження та аналіз літератури, виокремимо такі:

1. *Час написання.* Час має визначатися готовністю пацієнта. Оскільки перенесення не зникає з припиненням аналізу, публікація матеріалів лише після його завершення вже не вважається кращим варіантом. При цьому готовність пацієнта може проявлятися у підвищеній толерантності до амбівалентності, зменшенні схильності до сорому та демонстрації здатності пацієнта висловлювати негативні почуття до терапевта.

2. *Згода пацієнта на публікацію.* Нині стала більш поширеною практика питати дозволу у пацієнтів, показувати їм те, що було написано під час терапії, а також домовлятися про зміну фактичного матеріалу чи його вилючення, залежно від реакції пацієнта. Прохання про дозвіл на публікацію клінічного матеріалу не повинно визначатися лише бажанням терапевта опублікувати статтю чи книгу.

3. *Використання композитів.* Композити з обмеженими клінічними деталями можуть ефективно застосовуватися, коли є потреба описати певну психопатологію в загальному вигляді. Але слід зауважити, що більшості пацієнтів не подобається, коли їм здається, що важливі деталі історії були пропущені, тому для опису одного випадку це рішення може бути неприйнятним.

4. *Природа маскування.* Більшість авторів, що проблематизують психоаналітичну етику, пропонують аналітикам писати тільки те, що вони вже проговорили з пацієнтом. Не варто використовувати матеріали, які пацієнт вважає надто приватними, або висновки, до яких терапевтична пара ще не дійшла спільно. Маскування може мати вигляд змінених демографічних даних, «підміни» поверхневих деталей, представлення діалогу між аналітиком і пацієнтом без біографічної інформації, а також представлення клінічного матеріалу через колегу в ролі автора. Індикатором достатнього маскування може бути реакція пацієнта, що не був поінформований про публікацію, але натрапив на власні клінічні приклади, виражена подібним чином: «Це міг би бути я» або «Хтось має труднощі чи реакції, подібні до моїх».

5. *Манера письма.* У найкращому разі стаття буде зосереджуватися на клінічному процесі, який відображає конкретний зміст та розкриває почуття і вразливості обох учасників, замість того, щоб містити лише огляд випадків. На противагу діагностичній мові, що може сприйматися як «медикаментозна» чи така, що протиставляє «хворого» пацієнта «здоровому читачу», слід використовувати «гуманізуючу мову», звертатись до сильних сторін та досвіду зростання пацієнта. Дотримання наукових конвенцій викладу або етіологічні пояснення розладів можуть сприйматися

пацієнтами як об'єктивізація і приниження. До того ж судження узагальнення і прогнозування можуть перешкоджати появі нових аспектів пацієнта, що є втручанням у саму мету терапії.

6. *Відповідальність перед професійною спільнотою.* Кожного разу, коли стаття включає клінічний матеріал, автору рекомендовано вказувати, який метод він використовує для забезпечення конфіденційності.

7. *Обговорення написаного матеріалу з пацієнтом.* Якщо аналітик ділиться текстом із пацієнтом, а той після прочитання просить не публікувати матеріал, або, якщо аналітик вважає, що реакція пацієнта свідчить про те, що останньому може бути завдано шкоди, аналітик повинен припинити писати. Якщо тільки такий ретельний перегляд матеріалу не є частиною терапевтичного процесу, пацієнт не повинен платити за цей час. Пацієнт має право знати мету публікації, щоб мати можливість оцінити роботу.

8. *Ретельне обдумування потенційних наслідків.* Навіть за відсутності прямих, очевидних несприятливих наслідків рішення аналітика не може вважатися етичним, якщо аналітик не розглянув можливі наслідки рішення для себе, свого пацієнта і терапії, а також не

з'ясував, чи доцільна публікація взагалі. Але це також не означає, що усю сукупність таких наслідків можна принципово передбачити завчасно.

Загалом, Д. Кантровіц відстоює позицію відкритого дослідження та індивідуалізації, коли час та спосіб отримання дозволу, а також спосіб написання й метод дотримання конфіденційності обираються залежно від конкретного випадку та динаміки в терапії зі збереженням на перших позиціях потреб пацієнта. Авторка підкреслює, що єдиного ідеального рішення не існує. Проте фахівці все одно мають знайти спосіб ділитися клінічним матеріалом та бути делікатними у своїх запитах, адже лише завдяки ретельним звітам із практики ми маємо змогу розвивати та поширювати сучасне психоаналітичне мислення.

Книга Д. Кантровіц «Пишучи про пацієнтів: відповідальність, ризики та наслідки» стане корисною для всіх фахівців, залучених до психоаналітичної роботи та професійного письма. Адже в ній авторка пропонує не лише інструменти для зважування ризиків чи користі публікацій, що містять клінічні дані, але й заохочує до глибшого осмислення нашої власної відповідальності перед пацієнтами, колегами та психоаналітичною спільнотою.

Список літератури:

- Deutsch, H. (1921). On the pathological lie (pseudologia phantastica). *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 10, 369–386, 1982.
- Freud, A. (1922). Beating fantasies and daydreams. In *The Writings of Anna Freud I*. New York: International Universities Press, 137–157.
- Freud, S. (1899). *Screen memories*. Standard Edition, 3, 301–322.
- Freud, S. (1905). *Fragments of an analysis of a case of hysteria*. Standard Edition VMAs.
- Friedlander, S. (1995). The “third” party in psychoanalysis: Lacan, the signifier, and the symbolic order. *Clinical Studies International Journal of Psychoanalysis*, 1, 17–31.
- Furlong, A. (1998). Should we or shouldn't we? Some aspects of confidentiality of clinical reporting and dossier access. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 727–739.
- Furlong, A. (2004). *Discussion of Kantrowitz, J. L., Writing about patients I: patients' reading about themselves and their analysts' perceptions of its effect.*
- Gerson, S. (2000). Therapeutic action of writing about patients: commentary on papers by Lewis Aron and by Stuart A. Pizer. *Psychoanalytic Dialogues*, 10, 261–266.
- Kantrowitz, J. L. (2006). *Writing about patients: Responsibilities, risks, and ramifications*. New York: Other Press, 342 p.
- Kohut, H. (1979). The two analyses of Mr. Z. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 3–27.
- Lafarge, L. (2000). Interpretation and containment. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 67–84.
- Pizer, S. A. (2000). A gift in return: the clinical use of writing about a patient. *Psychoanalytic Dialogues*, 10, 247–259.
- Roth, P. (1969). *Portnoy's Complaint*. New York: Random House.
- Roth, P. (1970). *My Life as a Man*. New York, Chicago, San Francisco: Holt, Rinehart & Winston.
- Stein, M. H. (1988). Writing about psychoanalysis: II. Analysts who write, patients who read. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 393–408.

Stoller, R. J. (1988). Patients' response to their own case report. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 371–391.

Анотація. У поданій статті-рецензії поступово розкривається структура та зміст книги Джуді Леопольд Кантровіц «Пишучи про пацієнтів: відповідальність, ризики та наслідки». Ця книга є вичерпним дослідженням складної та водночас захопливої теми психоаналітичного письма. Як аналітики вирішують, що і як писати про своїх пацієнтів? Як балансувати між необхідністю наукового прогресу та етикою конфіденційності? Якими є ризики публікації клінічних матеріалів і як вони впливають на пацієнтів та сам терапевтичний процес? Відповіді на ці питання – у центрі уваги праці Д. Кантровіц, яка пропонує унікальне поєднання теоретичних роздумів та практичного досвіду.

Авторка статті стисло описує наповнення кожного з чотирьох розділів книги, поданих у такій послідовності: «Аналітичні настанови та практика», «Про оцінку аналітиками свого впливу на пацієнтів», «Розповіді пацієнтів, що прочитали про себе», «Інші міркування щодо клінічного письма».

Загалом Д. Кантровіц досліджує настанови та практики 141 психоаналітика, які хоча б раз публікували клінічні віньетки, і визначає зміни в підходах до письма залежно від теоретичної орієнтації та приналежності автора до певної професійної групи, що виявляється через публікації у провідних психоаналітичних журналах. У статті проведено порівняння методів збереження конфіденційності на прикладі публікацій у таких журналах, як *International Journal of Psychoanalysis* (IJP), *Journal of the American Psychoanalytic Association* (JAPA) та *Psychoanalytic Dialogues*. Окремо Д. Кантровіц звертається до досвіду 37 пацієнтів, що читали тексти про себе. Розглядаються випадки, коли пацієнти самостійно знаходили описи свого матеріалу, а також їхні переживання під час обговорення текстів із терапевтом.

Стаття стане корисною для практикуючих психоаналітиків, дослідників та всіх, хто цікавиться етикою й практикою психоаналітичного письма. Вона спонукає до рефлексії щодо взаємозв'язку між клінічною практикою та публікацією, розкриваючи глибокі етичні й методологічні аспекти цієї діяльності.

Ключові слова: етика публікацій, опис клінічного випадку, конфіденційність, маскування, психоаналіз.

Abstract. This article describes the structure and content of Judy Leopold Kantrowitz's book «Writing about patients: Responsibilities, risks, and ramifications». This book is a comprehensive study of the complex and simultaneously fascinating topic of psychoanalytic writing. How do analysts decide what and how to write about their patients? How can they balance the need for scientific progress with the ethics of confidentiality? What are the risks of publishing clinical material, and how do they impact patients and the therapeutic process? The answers to these questions are the focus of Kantrowitz's work, which offers a unique combination of theoretical reflections and practical experience.

The author of the article briefly describes the content of each of the four chapters of the book, presented in the following order: «Analysts' attitudes and practices», «Analysts' perceptions of the effect on patients», «Patients' accounts of the effect of reading about themselves», and «Other considerations in clinical writing».

Overall, Kantrowitz examines the guidelines and practices of 141 psychoanalysts who have published clinical vignettes at least once and identifies changes in writing approaches depending on theoretical orientation and the author's affiliation with a particular professional group, as revealed through publications in leading psychoanalytic journals. The article compares methods of preserving confidentiality using publications in journals such as *International Journal of Psychoanalysis* (IJP), *Journal of the American Psychoanalytic Association* (JAPA), and *Psychoanalytic Dialogues* as examples. Kantrowitz separately addresses the experience of 37 patients who read texts about themselves,

examining cases where patients independently found descriptions of their material, as well as their experiences discussing the texts with their therapists.

The article will be useful for practicing psychoanalysts, researchers, and anyone interested in the ethics and practice of psychoanalytic writing. It encourages reflection on the relationship between clinical practice and publication, uncovering deep ethical and methodological aspects of this activity.

Key words: publishing ethics, clinical case, confidentiality, disguise, psychoanalysis.

Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0