

ПЕРВИННЕ ПСИХОАНАЛІТИЧНЕ ІНТЕРВ'Ю: ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТА ТЕХНІКА КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Михайло Пустовойт, доктор медичних наук, професор, психоаналітик УСП, УПТ, УАПП, УКПП
завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології,
Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Ірина Краснопольська, лікар-психіатр
асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології,
Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

INITIAL PSYCHOANALYTIC INTERVIEW: THEORETICAL GROUND AND TECHNIQUES FOR CLINICAL APPLICATION

Mykhaylo Pustovoyt, D. Hab, M.D., Professor, Psychoanalyst of EAP, UPS, EFPP,
Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Ivano-Frankivsk National
Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0001-8689-6220>

Iryna Krasnopolska, psychiatrist
Assistant Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology,
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine
<https://orcid.org/0009-0000-4577-3363>

Вступ. Первинне психоаналітичне інтерв'ю є особливим і водночас ключовим елементом психотерапевтичної практики. Воно виступає точкою входу в аналітичний процес, у якій пацієнт і терапевт уперше зустрічаються в новій для обох конфігурації, що поєднує елементи міжособистісного контакту, діагностичної процедури та потенційної терапевтичної дії (Wegner, 2000). Вступаючи у простір первинного інтерв'ю, пацієнт уже несвідомо відтворює власні конфлікти, установки та внутрішні драми, а аналітик водночас формує образ власної професійної ідентичності та розгортає перше бачення терапевтичної ситуації.

Томас Огден (Ogden, 1992a) підкреслював, що аналіз – це не лише метод виявлення прихованого, а передусім процес «створення аналітичного суб'єкта, якого досі ще не існувало» (Ogden, 1992a: 230). Цей вислів особливо важливий у контексті первинного інтерв'ю: вже на першій зустрічі пацієнт і терапевт створюють

новий аналітичний суб'єкт, унікальну психологічну реальність, яка стає основою для всієї подальшої роботи (Ogden, 1995).

Важливим є також і професійний аспект становлення аналітика. Як зауважив один досвідчений психотерапевт, для розуміння, як працює психоаналітик із пацієнтом, потрібні «роки, не менше десяти чи навіть двадцяти» (Loch, цит. за Dantlgraber, особисте повідомлення). Отже, первинне інтерв'ю – це не лише діагностична ситуація, а й момент, у якому сама ідентичність терапевта проходить перевірку й водночас формується наново.

Мета цієї статті – зробити огляд ключових теоретичних ідей, що концептуалізують первинне психоаналітичне інтерв'ю, та технічних прийомів для їх втілення.

Виклад основного змісту. Мета і цілі первинного психоаналітичного інтерв'ю. У психоаналітичній традиції первинне інтерв'ю описується як процес, що має як діагностичну, так і терапевтичну функцію. Wegner

(2000) підкреслював, що воно «служить встановленню показів та полегшує попередній прогноз щодо психоаналітичного лікування» (Wegner, 2000: 170–171). Водночас інтерв'ю не можна розглядати лише як попередню діагностику: воно вже є частиною терапевтичного процесу. Огден (Ogden, 1995) акцентував, що «між аналітичним процесом під час першої та під час наступних зустрічей немає жодної різниці» (Ogden, 1995: 172). Іншими словами, перша зустріч – це вже аналітична сцена, яка містить усі основні елементи майбутньої терапії: перенесення, контрперенесення, несвідомі конфлікти, специфічну форму мовлення й комунікації.

Якщо ж спробувати виокремити часткові цілі первинного інтерв'ю, то вони включають:

1. Встановлення рапорту, тобто заснованого на довірі контакту з пацієнтом.

2. Оцінку психологічного статусу пацієнта:

2.1. Оцінку симптоматики та проблем і конфліктів у зовнішньому житті.

2.2. Динамічну гіпотезу щодо несвідомого конфлікту, який зумовлює симптоматику.

2.3. Уточнення мотивації стосовно психотерапії (запитання «Що привело вас сюди?»)

3. Встановлення показів до терапії.

Джерела інформації в первинному психоаналітичному інтерв'ю. Значний внесок у розуміння змісту та структури первинного інтерв'ю зробив Г. Арглендер (Argelander, 1992), який описав три джерела інформації, отримуваної під час нього:

– **об'єктивне** – факти біографії, дані про сім'ю, симптоми та соціальні умови життя пацієнта;

– **суб'єктивне** – індивідуальні інтерпретації та значення, які надає фактам сам пацієнт;

– **сценічне** – те, що відбувається у самому процесі інтерв'ю: невербальні прояви, стиль комунікації, реакції на аналітика.

Щодо об'єктивної та суб'єктивної інформації, раніше ми вже запропонували проводити збір таких даних, узагальнених із літератури й нашого досвіду (Пустовойт, Краснопольська, 2006):

А. Передісторія інтерв'ю: інформація щодо направлення (за наявності), встановлення першого контакту (як проходив запис на інтерв'ю), будь-яка інша попередня інформація.

В. Особливості появи пацієнта і початку інтерв'ю: фізіологічна конституція і саморепрезентація, міміка, жести, поведінкові та емоційні прояви.

С. Причини звернення: поточні скарги та історія попередніх звернень (за наявності), а також перебіг і досвід лікування названої симптоматики, результати досліджень і лікувань.

Д. Ситуація появи хвороби та актуальна життєва ситуація: безпосередні обставини й час виникнення хвороби, психосоціальні чинники, а також особливості особистої, сімейної, професійної та економічної ситуації в минулому і тепер.

Е. Самопереживання й особистість: уявлення про власне Я, ідеали, недоліки, чесноти, здібності, переживання у стосунках з іншими, стиль подолання проблем і вирішення задач, здатність любити і працювати, визнання і авторитет, витривалість і вразливість.

Ф. Психічний, тілесний і соціальний розвиток: важливі стосунки і досвід стосунків, сімейна історія, розвиток здібностей і навичок у тілесних, душевних, сексуальних, навчальних і міжособистісних аспектах, травматичні переживання, хвороби, подолання конфліктів розвитку.

Втім Арглендер слушно зазначає, що «інструментом сприймання є лише і тільки особистість інтерв'юера, налаштована та спрямована на хвилю несвідомих стосунків із пацієнтом» (Argelander, 1992: 14), а сам процес «розуміння відбувається в основному за рахунок спостереження за власними переживаннями» (Argelander, 1992: 12–14), підкреслюючи, що тим самим місцем, де пацієнт несвідомо відтворює власні драми і де аналітик може їх уперше побачити, є сценічний рівень. Саме на ньому відкриваються найглибші несвідомі конфлікти, які визначають подальший перебіг терапії. Втім Маріанна Льюйцингер-Болебер (Leuzinger-Bohleber, 2000) вказує, що аналітик не лише збирає дані і спостерігає за сценічним рівнем, а й конструює аналітичну ситуацію як сцену, де зустрічаються минуле пацієнта і теперішнє його стосунків із терапевтом.

У підсумку первинне інтерв'ю дозволяє інтегрувати об'єктивні факти, суб'єктивні

інтерпретації та сценічні прояви (Argelander, 1992). Воно є моментом, де біографія й актуальна динаміка поєднуються в одній події, а зібрана інформація перетворюється із сухого анамнезу на оповідання. Томе і Кехеле (Thomä & Kächele, 1996) свого часу відзначали, що аналітичні історії часто мають форму «новел». Це не випадковий збіг із художньою літературою: у психоаналізі сюжетність, метафоричність і образність відіграють важливу роль у вираженні психічних процесів. Фройд (Freud, 1895) зазначав, що «історії хвороб, які я пишу, читаються як новели, а не як наукові дані» (Freud, 1895: 227). І хоча ці історії виглядають літературними, саме через них найточніше передається динаміка психіки.

Позиція психоаналітика в первинному інтерв'ю. Терапевт у цій роботі має подвійну роль – *задіяного спостерігача*. Це означає, що він чи вона емоційно беруть участь у бесіді і дозволяють внутрішньо залучити себе в розмову. Водночас поряд зі збиранням суб'єктивної і об'єктивної інформації важливо спостерігати й аналізувати свої емоційні реакції, нібито подумки ставлячи собі питання: «Що робить зі мною пацієнт?», «Якого типу стосунків він шукає?», «Якого потребує, а якого уникає?», «Які несвідомі бажання і страхи з цим пов'язані?» тощо.

Вступ до інтерв'ю і манера психоаналітика триматися мають на меті створення передумов для саморозкриття пацієнта та його несвідомих об'єктних стосунків. Слід зазначити, що пацієнт сам розповідає свою історію і висловлює скарги, і лише після того, як спонтанні висловлювання пацієнта вичерпано, терапевт може ставити питання і збирати подальшу інформацію.

Вичікувальна манера спершу виключає будь-яку цілеспрямовану експлорацію («принцип воронки»). Емпатійно задіяне спостереження (емпатія – входження в почуття іншої особи) слід розуміти в подвійному сенсі, а саме:

1. Конкордантна ідентифікація зі світоглядом і досвідом пацієнта (аспектами його Я (self)).

2. Комплементарна ідентифікація із власними емоційними і когнітивними реакціями (як реакція внутрішніх об'єктів пацієнтів,

що можуть бути розпізнані завдяки їхній проєкції).

Головними моментами є: використання власної суб'єктивності як діагностичного інструменту (вільно-плаваюча увага, запропонована З. Фройдом); вільне, зацікавлене рецептивне поводження; уникання надто поспішних концептуалізацій та інтерпретацій; дотримання структурування, запропонованого самим пацієнтом; здатність толерувати незнання і нерозуміння (Laimböck, 2000).

Інтервенції (втручання) в первинному інтерв'ю. Загалом первинне інтерв'ю не повинно відрізнятися від іншої бесіди в ході психоаналітичної терапії, тому використовує ті ж елементи класичної психоаналітичної техніки, запропонованої З. Фройдом: конфронтацію, прояснення та інтерпретацію. Для зручності представимо їх у вигляді переліку вербальних та невербальних втручань, зміст яких розкриємо нижче.

До *вербальних* інтервенцій, за Sandler, Dare та Holder (1973), належать:

- конфронтація, тобто спрямування уваги пацієнта на певне явище задля доведення його до свідомості;
- прояснення, покликане «взяти під мікроскоп» цей феномен;
- інтерпретація, що вербалізує несвідомий зміст та мотив захисту, переводячи несвідомий феномен у свідомий.

При цьому *прояснення* може використовувати відкриті та закриті типи питань. Втім важливо розуміти, що будь-які запитання, які аналітик ставить пацієнтові, є саме втручаннями, тобто мають структурувальний вплив на перебіг бесіди, що суперечить фундаментальному для проведення первинного психоаналітичного інтерв'ю «принципу воронки», а значить застосовувати їх варто дуже обережно.

Відкриті питання:

- на початку інтерв'ю (напр.: «Що привело Вас до мене?»);
- у процесі інтерв'ю (напр.: «Чи не могли б Ви розповісти про це трохи детальніше?», «Що Ви самі думаєте про це?», «Як Ви уявляєте собі лікування?» тощо);
- для конкретизації певної думки (напр.: «Чи не могли б Ви навести приклад?»);

– для центрування на почуттях (напр.: «Чи не могли б Ви описати, що Ви почували в цій ситуації?»).

Закриті питання:

– для більшого уточнення («Хто..?», «Коли..?», «Де..?», «Як..?» тощо);

– для відбору і диференціації – питання з двома і більше варіантами відповідей.

Конфронтація може мати форму вказівки на суперечливості у висловлюваннях з проханням пояснити їх (напр.: «Тут у вас є різнобічність: з одного боку..., але з іншого...») чи виглядати як зміна тематики розмови у випадку, якщо видається, що іншу інформацію вже отримано або тема є надто травматичною (напр.: «Розповідь про конфлікт з Вашою дружиною викликає у Вас сильне хвилювання, давайте повернемося до цього дещо пізніше... Ви кажете, що на роботі почуваетесь якось інакше...»).

Інтерпретація під час первинного інтерв'ю найчастіше має форму узагальнення і є переходом від питань до коректного закінчення. Однак іноді слід вдатися до інтерпретацій для подолання спротиву. Грінсон (Greenson, 1967) наводить два види інтервенцій, які використовуються з цією метою: *конфронтації*, щоб показати і розпізнати спротив, та *прояснення* спротиву, тобто детальний аналіз попередньої подібної поведінки. Власне, *інтерпретація* об'єднує результати цих зусиль: вона вербалізує досі приховані захистами потяги і фантазії, вказує на мотиви захисної поведінки та символізує ті болісні афекти, з якими пацієнту довелося б стикнутися, якби не винахід цієї захисної поведінки.

Цілі інтервенцій у первинному психоаналітичному інтерв'ю. Звичайно, основним наміром психоаналітичної інтервенції є не вербалізація несвідомих змістів, а досягнення змін, викликаних цією вербалізацією. Тож втручання не мають бути просто «розмовами про щось» або «пустими балачками», а повинні торкатися актуального стану пацієнта та уможливлювати його глибоке пізнання, що робитиме внесок у структурні зміни в його особистості. Інтерпретація може мати такий потенціал змін за умови, що названий нею несвідомий мотив, зміст чи зв'язок є актуальним станом на зараз, а також є дійсним у тера-

певтичних стосунках теж (Laimböck, 2000). Стрейчі (Strachey, 1934) першим дав визначення цьому виду інтерпретацій як «мутативній». При цьому він наголосив, що спротив пацієнта розігрується у стосунках з аналітиком, оскільки аналітик використовується ним як екран для проєкції власного Супер-Его. Мутативна інтерпретація має включати апеляцію до цих стосунків (тобто саме вони стають темою інтерпретації) і таким чином допомогти виконати диференціацію між сфантазованим і реальним аналітиком, що поміщає у фокус аналізу несвідомі фантазії пацієнта про аналітика, й об'єктів перенесення на нього.

Несвідома сцена в психоаналітичному інтерв'ю. Психоаналітичне дослідження включає не тільки ставлення пацієнта до аналітика, але і ставлення аналітика до свого пацієнта. Втім чітке розмежування спротиву і змісту, перенесення й актуальних стосунків пацієнта та аналітика, контрперенесення як реакції на перенесення пацієнта або інші психічні змісти і процесів у самому аналітику – все це є завданням, що не може бути легко вирішеним і теоретично, і практично. Однак використання *концепції несвідомої сцени* робить це розмежування недоцільним і зайвим (Laimböck, 2000).

Поняття сцени охоплює всіх, хто бере в ній участь, та пов'язує розмаїття їхніх мотивів і визначає драматичний момент, що запускає подальшу динаміку. Аналіз сценічної теми веде до глибшого розуміння усіх учасників подій з їхніми особистими життєвими історіями та поточними стосунками, що лежать за межами цієї сцени. Таким чином, несвідома сцена в аналізі розкривається в двох напрямках, де об'єднано аналітика та пацієнта. Однак терапевтична роль вимагає інтерпретації цієї сцени саме в напрямку пацієнта.

Отже, несвідома сцена може розглядатися як центральна обертова точка психоаналітичної роботи і зміни пацієнта. У ній, ґрунтуючись на ситуативній очевидності, тобто переживанні та осмисленні сформованих стосунків, пацієнт аналізується в інших його стосунках і загальній життєвій історії, щоб знову й знову повертатись до поточних психоаналітичних стосунків. Цей процес ініціюється і підтримується аналітиком. Такий стиль

процесу пізнання дозволяє пацієнтові усвідомити власні «клішеподібні», а також вилучені з мовних репрезентацій змісти і зв'язки, що дозволяє відновити у такий спосіб раніше втрачений ігровий простір для дій.

Виходячи з цього, головним завданням інтерпретації є висвітлення розігрової неспівомірної сцени та особливостей участі в ній пацієнта. Інтерпретація бере свій початок там, де має місце певна суперечливість, неясність або двозначність у свідомому матеріалі, і сприяє набуттю сенсу та ясності. Шляхом до цього є циклічний спосіб аналітичного мислення й встановлення зв'язків, який передбачає рух вперед не по прямій, від висновку до висновку, за принципом «якщо..., то...», а по спіралі. Аналітик просувається по тексту сказаного вперед і назад, зв'язуючи і поєднуючи нововідкриті елементи за принципом «так..., тому що...», що приводить до відкриття певних суб'єктивних, а не об'єктивних істин.

Така концепція інтерпретації зосереджує увагу і зусилля на відстеженні зв'язків у неспівомірному матеріалі у сценічному контексті. При цьому важливими є такі моменти:

1. Активність пацієнта у постановці сцени свого неврозу та свого психічного здоров'я. Доцільно в цьому питанні пригадати концепцію «мови дії» (“action language”) Шафера (Schafer, 1982). Згідно з нею, людина і її оточення в кожній ситуації набувають певного значення, яке походить з низки джерел: досвіду людини, її оцінки іншими і самооцінки, а також чинників навколишнього середовища. Її афекти і поведінка, отже, є результатом такого процесу набуття значення. Тому доречно припускати наявність неспівомірного значення для будь-якої незрозумілої на перший погляд поведінки, що передбачає пошук неспівомірних мотивів у кожній конкретній сцені, заданій пацієнтом.

2. Особливе значення має мовлення. Воно є не тільки «транспортним сенсів», але і самостійним принципом становлення суб'єкта. Сам процес мовлення теж є актором, що відіграє власну роль у набуванні значень.

3. Розуміння сцени як місця репрезентації неспівомірних змістових зв'язків.

Особливість первинного інтерв'ю полягає в тому, що пацієнт вперше зустрічається

з таким способом формування зв'язків, а психоаналітик при цьому не має вже опрацьованого репертуару інтерпретацій і значень цього конкретного пацієнта, репертуару, який у процесі кожного проведеного аналізу збирає множини метафор, образів і сцен з особливими для цих стосунків значеннями, придатними до повторного розпізнавання на кожному наступному сеансі. В первинному ж інтерв'ю все це є недоступним психоаналітику і створює відповідне напруження. Непересічним для пацієнта вже в первинному інтерв'ю є те, що тут ідеться не про обставини чи прояви хвороби, а про нього самого (Laimbick, 2000).

Чинники, що перешкоджають проведенню первинного інтерв'ю. Всі чинники, що можуть стати на заваді ефективному проведенню первинного інтерв'ю, походять або з боку терапевта, або з боку пацієнта.

Перешкоди, що походять з боку пацієнта, є проявами спротиву. Для подолання спротиву, що стає на заваді інтерв'юванню, психоаналітик може застосувати одну з двох технік:

(1) *чітку орієнтацію на збір даних.* Пацієнтові при цьому випадає роль інформатора, тоді як інтерв'юєр поводить себе максимально стримано, маючи справу лише із повідомленим матеріалом.

Незважаючи на зручність у користуванні, ця модель не завжди дозволяє отримати розуміння хворобливого процесу, тому більш доцільною є друга модель:

(2) *проведення інтерв'ю, коли інтерв'юєр розробляє матеріал разом із пацієнтом,* шукаючи для кожної інтерпретації необхідне неспівомірне підтвердження з боку пацієнта.

Наведемо деякі рекомендації щодо впровадження другої моделі, надані Г. Арглендером (Argelander, 1992). Він радить психоаналітику не конфронтувати пацієнтів із всебічними роз'ясненнями свого розуміння їхньої скарги, а обмежитися натомість коментарями, інтерпретаціями та запитаннями, що відображують поточну бесіду загалом чи її окрему фазу. Так, кожну окрему фазу бесіди слід аналізувати стосовно її неспівомірного змісту, розміщеного пацієнтом у повідомленнях та поведінці, включаючи спонтанне продовження бесіди, що тепер, поряд з інформативним, набуває корегуючого та валідизуючого характеру.

Як приклад для такої моделі Г. Арглендер пропонує розглянути пацієнта, що мовчки сидить перед аналітиком, гадаючи, що розказав про себе і свою хворобу вже все, що міг, тож тепер чекає активності від інтерв'юера. Г. Арглендер пише, що тут можна було б підіграти ситуації, ставлячи пацієнту питання, на які він радо і з полегшенням відповідатиме, але у такий спосіб ми отримаємо інформацію лише у вигляді відповідей на питання, але загалом походження хвороби залишиться для нас незрозумілим: «Спробуємо ж натомість дати можливість цій непродуктивності вплинути на нас, не залишаючи непоміченим жодного супутнього душевного поруху, що виникає у зв'язку з цією «безплідністю». Тоді раптом можуть висвітлитися стежки, що відкривають новий доступ до заблокованого розуміння. Ми починаємо відчувати різницю між впертим, байдужим чи переляканим мовчанням, робимо з цього приводу певні коментарі і з подивом виявляємо, що це мовчання зовсім не є таким безплідним, як нам гадалось досі. На питання, що не залишає остеронь ситуативний феномен, а навпаки, вміщує його у себе, ми отримуємо несподівану відповідь, що стає для розуміння хвороби пацієнта набагато важливішою, ніж відповіді на цілу низку запитань. Часто нарікання інтерв'юерів на те, що вони отримали надто мало матеріалу, є абсолютно безпідставним. Зовсім навпаки, величезна кількість інформації може переобтяжувати інтегративну здатність інтерв'юера і він стає неспроможним досягнути всю багатшаровість цих даних задля отримання більш-менш ясної картини пацієнта і його хвороби» (Argelander, 1992: 57–58).

Перешкодою ефективному проведенню первинного інтерв'ю, що походить від терапевта, може стати те, що інтерв'юер окремі свої висловлювання та дії не включає в рамки аналітичної ситуації. Т. Огден пише про це так: «Часто на початках своєї практики терапевт має спонукання “розрадити хворого”, “повестись максимально гуманно”, йдучи з пацієнтом із приймальні до кабінету. Наприклад, терапевт задля розрядки напруженості на шляху до кабінету говорить пацієнтові: “Сподіваюсь, ви не мали проблем із паркуванням? Місце для паркування тут просто жакливе!”

Таке зауваження в термінах аналітичного процесу є недоречним або навіть шкідливим. Дійсно, з перспективи, що нами тут розглядається, терапевт тут скоріше нашкодив у кілька способів. По-перше, він повідомив пацієнту своє несвідоме побоювання щодо того, що пацієнт – безпорадне маля, яке потерпає, прокладаючи собі шлях у ворожому світі, і що він, терапевт, відчувається винним і відповідальним через те, що не зробив життя пацієнта менш важким. Таке зауваження негайно переводить пацієнта в давальницьку позицію щодо терапевта і зобов'язує його до зустрічної люб'язності, аби допомогти аналітику уникнути почуття незручності. Також коментар терапевта містить натяк на його невпевненість у тому, що терапія, яку він надає пацієнтові, варта тих незручностей, що той зазнає. Далі, коментар такого кшталту є чимось на зразок крадіжки: він позбавляє пацієнта можливості репрезентувати себе аналітику в той спосіб, який свідомо і несвідомо вибирає він сам. Пацієнту слід надати необмежену кількість шляхів початку аналітичної бесіди. Шлях, який він вибере, щоб зробити це, є неповторним жодним іншим аналізантом. Не слід позбавляти його можливості вільно і відкрито змалювати власну аналітичну драму, обтяжуючи його несвідомими змістами аналітика ще до того, як він влаштується в кабінеті (для цього ще буде досить часу згодом, коли аналітик невідворотно стане мимовільним актором у несвідомих фантазіях пацієнта)» (Ogden, 1992b: 229–230).

Ми також можемо додати до переліку перешкод на шляху до ефективного проведення інтерв'ю кілька сформульованих нами раніше (Пустовойт & Краснопольська, 2006):

- 1) наполегливі зусилля «розговорити» пацієнта;
- 2) необговорення рамки інтерв'ю чи її недотримання;
- 3) заскладне мовлення, як-от: використання професійної термінології чи надмірне абстрагування;
- 4) сугестивні або риторичні питання, надання порад;
- 5) перебивання пацієнта, ігнорування його запитань і проявів негативного перенесення;

6) уникання розмов про почуття пацієнта, раціоналізування;

7) спроби применшити проблеми чи розрадити пацієнта;

8) прояви особистої зацікавленості, підтакування і потурання;

9) моралізація, дебаткування, догматизація;

10) прояви зверхнього ставлення, повчання та іронізування;

11) однобічна ідентифікація себе з певним поглядом чи теорією;

12) проєціювання власного досвіду, думок і почуттів чи сприймання будь-чого як чогось особистого, а не як прояву перенесення;

13) поспішне надання інтерпретацій.

Висновки. Психоаналітичне первинне інтерв'ю є складним процесом, де поєднуються діагностика і терапія. Об'єктивні дані надають лише поверхове уявлення про пацієнта, тоді як суб'єктивні інтерпретації дозво-

ляють зрозуміти, як він переживає власний досвід. Найбільш інформативним виявляється сценічний рівень, у якому розігрується драма перенесення й контрперенесення. Водночас реакції терапевта є невід'ємною частиною процесу: контрперенесення відкриває можливість зрозуміти приховану динаміку, хоча іноді він може ускладнювати терапевтичний контакт. Таким чином, первинне інтерв'ю не є нейтральним збором даних: воно саме по собі є аналітичним актом, в якому формується основа робочого альянсу, а також закладається структура подальшої терапії.

Перспективи подальших досліджень полягають у більш глибокому аналізі сценічного рівня та розробці методів роботи з контрперенесенням у первинному інтерв'ю. Це дозволить розширити розуміння аналітичного процесу й підвищити ефективність психотерапевтичної практики.

Список літератури:

- Argelander, H. (1992). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). Studien über Hysterie (GW 1, S. 75–312).
- Greenson, R. R. (1967). *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Klett.
- Gutwinski-Jeggle, J. (2001). Sich begegnen und sich verfehlen im Sprachraum des psychoanalytischen Prozesses. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 16(1), 37–56.
- Laimböck, A. (2000). *Das psychoanalytische Erstgespräch*. Edition diskord.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2000). Fallgeschichte. *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 184–190). Kohlhammer.
- Loch, W. (2001). *Mit Freud über Freud hinaus*. Edition diskord.
- Ogden, T. H. (1992a). The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis. II. The contributions of Klein and Winnicott. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 613–626.
- Ogden, T. H. (1992b). Comments on transference and countertransference in the initial analytic meeting. *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 225–247.
- Ogden, T. H. (1995). *Frühe Formen des Erlebens*. Springer.
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1973). *Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie*. Klett.
- Schafer, R. (1976). *Eine neue Sprache für die Psychoanalyse*. Klett-Cotta.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 127–159.
- Wegner, P. (2000). Erstinterview. *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (p. 170–175). Kohlhammer.
- Пустовойт, М. М. & Краснопольська, І. І. (2006). Психоаналітичне первинне інтерв'ю. *Основи психодинамічної діагностики і психотерапії* (За ред. Винник, М. І., Вітенко, І. С., Тодорів, І. В., Пустовойт, М. М., Лановий, В. І., & Краснопольська, І. І.). Івано-Франківськ. МІСТО НВ.

Анотація. Первинне психоаналітичне інтерв'ю є особливим і ключовим елементом психотерапевтичної практики, виступаючи точкою входу, де пацієнт і терапевт уперше зустрічаються в новій конфігурації. Ця стаття робить огляд ключових класичних і сучасних теоретичних ідей, що концептуалізують первинне психоаналітичне інтерв'ю, та технічних прийомів для їх втілення. Зокрема, сформульовано, що інтерв'ю має як діагностичну, так і терапевтичну функцію, оскільки вже є частиною аналітичної сцени. Розкрито часткові цілі та джерела отримання інформації в ході первинного інтерв'ю: об'єктивне (факти біографії), суб'єктивне (індивідуальні інтерпретації пацієнта) та сценічне (невербальні прояви). Стаття описує позицію психоаналітика як задіяного спостерігача, що вимагає емоційної участі та аналізу власних реакцій,

нібито запитуючи: «Що робить зі мною пацієнт?». Зазначено, як манера терапевта триматися забезпечує створення передумов для саморозкриття пацієнта, виключаючи цілеспрямоване розпитування на початку. У статті розкрито та проілюстровано вербальні та невербальні втручання, що використовуються у ході первинного психоаналітичного інтерв'ю. Зокрема, описано те, як класична психоаналітична техніка може бути вжита для цілей інтерв'ювання. Йдеться про конфронтацію (задля спрямування уваги), прояснення (дослідження змістів) та інтерпретацію (вербалізацію несвідомого змісту). Авторами також наведено концепцію несвідомої сцени, що визначається ключовим змістом психоаналітичних інтерпретацій, та її ролі в ході первинного психоаналітичного інтерв'ю. Насамкінець авторами описано чинники, що перешкоджають проведенню первинного інтерв'ю – з боку пацієнта (як прояви спротиву) або з боку терапевта. Загалом, стаття надає цілісне уявлення про первинне психоаналітичне інтерв'ю як про процес, що є не нейтральним збором даних, а є аналітичним актом, в якому формується основа робочого альянсу та закладається структура подальшої терапії.

Ключові слова: контрперенесення, первинне інтерв'ю, перенесення, психоаналіз, психоаналітична терапія, психоаналітична техніка, психотерапія.

Abstract. The initial psychoanalytic interview is a special and key element of psychotherapeutic practice, serving as the entry point where the patient and therapist first meet in a new configuration. This article reviews key classical and contemporary theoretical ideas that conceptualize the initial psychoanalytic interview and technical techniques for their implementation. In particular, it is stated that the interview has both a diagnostic and therapeutic function, as it is already part of the analytical scene. The partial goals and sources of information obtained during the initial interview are revealed: objective (biographical facts), subjective (the patient's individual interpretations), and scenic (nonverbal manifestations). The article describes the position of the psychoanalyst as an engaged observer, which requires emotional involvement and analysis of one's own reactions, as if asking, "What is the patient doing to me?" It is noted how the therapist's manner of conduct creates the conditions for the patient's self-disclosure, excluding purposeful questioning at the beginning. The article reveals and illustrates verbal and nonverbal interventions used during the initial psychoanalytic interview. In particular, it describes how classical psychoanalytic techniques can be used for interviewing purposes. These include confrontation (to direct attention), clarification (exploring meanings), and interpretation (verbalizing unconscious content). The authors also introduce the concept of the unconscious scene, which is defined by the key content of psychoanalytic interpretations, and its role in the initial psychoanalytic interview. Finally, the authors describe the factors that hinder the initial interview – on the part of the patient (as manifestations of resistance) or on the part of the therapist. Overall, the article provides a comprehensive view of the initial psychoanalytic interview as a process that is not a neutral collection of data, but rather an analytical act in which the basis of the working alliance is formed and the structure of further therapy is laid.

Key words: countertransference, initial interview, transference, psychoanalysis, psychoanalytic therapy, psychoanalytic technique, psychotherapy.