

Описание клинического случая: пишем или воздерживаемся



Гридаева Галина Витальевна

- Врач-психотерапевт, психоаналитик
- Специалист и тренинг-аналитик ЕАРПП (Россия) и ЕСРР (Viena, Austria)
- Член Правления ЕАРПП
- Заместитель председателя РО-Самара (ЕАРПП)
- Руководитель Центра Современного Психоанализа (Самара)
- Заместитель председателя Самарского Психоаналитического Общества

В этой статье мы поговорим об описании клинических случаев и о типичных сложностях, с которыми сталкивается специалист при выполнении этой работы. Мы опишем особенности формулирования клинических случаев в зависимости от цели — защита сертификационной работы, презентация клинического случая на психоаналитической конференции, статья в журнале или кейс для личного архива.

МОТИВАЦИЯ

Любой специалист рано или поздно сталкивается с необходимостью описать клинический случай, свою работу и свое теоретическое понимание происходящих процессов. В структуре психоаналитического образования, как правило, в завершение обучающей программы, необходимо написать и защитить квалификационную работу. Обычно квалификационная



работа представляет собой описание клинического случая. Наиболее частая мотивация к этой работе — необходимость, т.к. без этого невозможно получить диплом.

Также при сертификации на статус «Специалист ЕАРПП» в некоторых региональных отделениях необходимо представить описанный клинический случай. Скорее всего, это требование скоро станет обязательным для всех соискателей на этот статус вне зависимости от региона проживания. Это необходимо для того, чтобы коллеги могли увидеть качество клинической работы, понимание будущим специалистом особенностей диагностики, выстраивание стратегии и тактики терапевтического процесса. Кроме того, написанный кейс помогает коллегам оценить уровень теоретической подготовки соискателя, его способность связывать теорию с практикой. Мотивацией к написанию этой работы становится желание получить статус «Специалист ЕАРПП», расти в профессиональном сообществе, получая заслуженное признание и уважение коллег. Можно смело сказать, что получение статуса — это возможность удовлетворить профессиональные амбиции и здоровые нарциссические потребности максимально адекватным способом. Получение статуса «Специалист ЕАРПП» показывает окружающим коллегам и ва-

Получение статуса — это возможность удовлетворить профессиональные амбиции и здоровые нарциссические потребности максимально адекватным способом.

шим пациентам, клиентам, ученикам, какой серьезный, длительный профессиональный путь вы прошли, как много часов своей жизни вы посвятили изучению глубин человеческой психики.

Мотивацией к написанию клинического случая может стать желание показать коллегам свою работу. Для этого в ЕАРПП есть специально организованные пространства — это пространства наших конференций, где можно сделать доклад

или презентацию клинического случая. И, конечно, это наш журнал — «Пространство психоанализа и психотерапии». Эта деятельность, в отличие от предыдущих вариантов, вовсе не является обязательной. Многие коллеги, являясь очень хорошими клиницистами, не стремятся выступать на конференциях, делать доклады, преподавать. Мы все разные, и это прекрасно. Важно понимать себя и отдавать себе отчет — для чего я делаю (или не делаю) то или иное. Также важно помнить, что навыки публичных выступлений, структурированного изложения своих мыслей, взаимодействия с аудиторией — это отдельные компетенции, которые не являются основными для специалиста в сфере психического здоровья. Это дополнительные навыки, которыми вы можете обладать (например, благодаря работе в предыдущей профессии) или не обладать, и тогда вам придется этому учиться. Поэтому, прежде чем браться за подготовку презентации клинического случая, имеет смысл честно поговорить с собой — зачем я буду это делать, каких целей хочу достичь, насколько это важно для меня.

Отдельно хочу напомнить, что выступление на конференции, публикация статей в журнале является бесплатной деятельностью. То есть вознаграждения в денежном эквиваленте вы совершенно точно не получите. При этом вы потратите свое время и достаточно много усилий. Конечно, и у меня был подобный диалог с собой, прежде чем

Прежде чем браться за подготовку презентации клинического случая, имеет смысл честно поговорить с собой — зачем я буду это делать, каких целей хочу достичь, насколько это важно для меня.

я приступила к работе над этим текстом. Да, я не получу денег за эту работу. Но я получу возможность поделиться своими мыслями с заинтересованным читателем, и (с определенной долей вероятности) благодарность коллег за полезную, значимую для практики статью. И еще я получу удовольствие от работы, потому что мне очень нравится писать тексты, это один из любимых видов труда для меня.

Также мы можем описывать клинические случаи для себя лично, для своего архива. Казалось бы, при этом мы не получаем ни денег, ни признания коллег, ни диплома, ни статуса. Тем не менее, есть коллеги, которые делают это. Зачем? — возникает закономерный вопрос. У меня есть ответ, однако он точно не единственно верный, и вы можете поразмышлять над этим самостоятельно и дополнить мой вариант ответа своими.

Написание кейсов структурирует наше мышление. Нас не удивляет, когда профессиональные спортсмены тратят много часов на тренировки. А как мы с вами тренируем наше клиническое мышление? Масса способов — скажете вы. Мы читаем тонны литературы. Мы постоянно учимся — количество часов дополнительного образования стремится к бесконечности. Много мемов и анекдотов описывают психолога, записывающегося на очередное обучение, даже находясь на смертном одре. Мы находимся в постоянном супервизионном процессе, в группах и индивидуально. Мы ходим на конференции, и там так интенсивно тренируем наше психоаналитическое мышление, что иногда срабатывают защитные механизмы психики, ограждая нас от «передозировки психоанализом».

Конечно, это все так. Но есть одно «но». Все эти виды профессиональной деятельности связаны с приемом информации. И эти тонны поглощенного (иногда хаотично, бессистемно) материала нуждаются в осмыслении, переработке, в связывании со своим практическим клиническим опытом, да и жизненным опытом тоже. А вот для этого пространства и времени, как правило, не хватает! В итоге большая часть «проглоченной» информации остается непереработанной и невстроенной в нашу жизнь и практику. А сколько у нас с вами нечитанных книг в книжном шкафу и не просмотренных обучающих видео в компьютерах! Намного больше, чем можно прочитать или вдумчиво посмотреть за несколько человеческих жизней.

Вы уже поняли, коллеги, что я говорю сейчас о жадности. Еще, еще, еще — книг, обучения, конференций! Это наше своеобразное «золото», то, что для нас очень ценно и важно. Есть прекрасный советский мультфильм «Золотая антилопа». Жадный раджа требовал от антилопы — еще, еще, еще золота! Золота не может быть слишком много! Но мудрая антилопа отвечала: «Когда золота слишком много, оно превратится в черепки». Не превращается ли наше «золото» в черепки, потому что его слишком много? Намного больше, чем наша способность его «потратить» — то есть поразмышлять

о полученной информации, переработать и усвоить ее.

Так вот, когда мы пишем кейсы только для себя, для своего личного архива — мы перерабатываем то, что мы получили от пациента, из книг, на конференциях. Мы связываем свою практическую работу с теоретическими идеями других людей, и можем наблюдать самое чудесное, что бывает на свете — рождение новых идей, своих собственных. В каком-то смысле мы превращаем черепки — в золото, невысказанное становится мыслимым, бессмысленное приобретает смысл. Работает наша альфа-функция. И черепков, хранящихся бессмысленным грузом в наших шкафах и в наших головах, становится меньше.

Сегодня, когда большинство наших пациентов опирается на невербальную коммуникацию, когда давление проективных идентификаций очень велико, мы особенно нуждаемся не в поглощении дополнительной информации (она зачастую становится лишним грузом), а в пространстве для размышления и безопасного обсуждения. Этим пространством прекрасно может стать чистый лист бумаги. Там можно свободно выразить все, что мы пережили с пациентом, как мы это поняли, как повлиял на нас этот конкретный психотерапевтический процесс непосредственно с этим пациентом. Поэтому что не только пациент меняется в результате психотерапии, мы тоже меняемся, и иногда намного сильнее, чем нам кажется.

Когда мы пишем кейсы только для себя, для своего личного архива, мы перерабатываем то, что мы получили от пациента, из книг, на конференциях. Мы связываем свою практическую работу с теоретическими идеями других людей, и можем наблюдать самое чудесное, что бывает на свете — рождение новых идей, своих собственных.

Потребность осмысливать полученный опыт, связывать его с другими опытами в своей жизни, проводить аналогии и выстраивать концепции, структурируя пережитое и создавая истории — одна из основных в человеческой психике. В том числе и за этим к нам приходят наши пациенты. И, конечно, мы сами тоже нуждаемся в поисках и обретении смысла. Эту потребность можно прекрасно (и безопасно, что очень важно) удовлетворить в процессе написания кейсов для личного архива. А как же обратная связь? — спросите вы. С кем обсуждать то, что получилось описать? Соглашусь, потребность в отзеркаливании, в понимании значимым Другим — еще одна основная наша потребность. Если она слишком сильна, то искать отражения нам придется в любых доступных местах, например, в социальных сетях, выставляя свои поиски смысла на всеобщее обозрение. С точки зрения осмысления клинического опыта, социальные сети — это абсолютно небезопасное пространство, как для нас самих, так и для наших пациентов. И для профессии в целом, для «честь мундира», позволю я себе такое высокопарное выражение. Но сегодня мы говорим о другом.

ГСегодня, когда большинство наших пациентов опирается на невербальную коммуникацию, когда давление проективных идентификаций очень велико, мы особенно нуждаемся не в поглощении дополнительной информации (она зачастую становится лишним грузом), а в пространстве для размышления и безопасного обсуждения. Этим пространством прекрасно может стать чистый лист бумаги.

Описание клинических случаев для личного архива может стать первым шагом, ступенькой к тому, чтобы со временем начать выступать перед профессиональной аудиторией, и, возможно, преподавать, передавая свой опыт и знания более молодым коллегам. И уж совершенно точно, этот процесс может доставить вам ни с чем не сравнимое удовольствие — радость творчества.

Если сформулировать кратко, то писать кейсы для сертификации и защиты диплома нас в большей степени мотивирует необходимость, нежели желание испытать творческое удовольствие. Презентовать клинические случаи на конференциях и в статьях нас в большей степени заставляют нарциссические мотивы — желание получить признание

коллег, обратную связь, поддержку, желание «оставить свой след». От того, насколько мы понимаем и признаем свои нарциссические потребности, зависят наши ощущения в процессе этой работы. К написанию кейсов для личного архива нас в большей степени мотивируют поиски ответов на оставшиеся непонятными вопросы, желание творчески переработать свой опыт и, возможно, создать задел для будущей преподавательской деятельности. Однако, я полагаю, что каждый раз мы сталкиваемся с «коктейлем» мотиваций — и необходимость, и нарциссические потребности, и поиски смыслов, и жажда удовольствия от творчества стимулируют нас начать писать. Только пропорции этого «коктейля» будут каждый раз разные.

О СОПРОТИВЛЕНИИ

Сейчас мы поговорим о типичных сложностях, с которыми приходится сталкиваться большинству коллег при описании клинических случаев. Часть из них вам покажется очевидными, однако есть смысл их учитывать. Часть будет иметь отношение к внешней реальности, а некоторые сложности, скорее, будут связаны с реальностью внутренней, и их можно отнести к сопротивлению в психоаналитическом понимании этого термина.

1. Напряжение труда.

Работать сложно. Любой труд предполагает потраченные усилия и время. Тем более труд интеллектуальный. Иногда мы можем ожидать, что написать кейс — это легко и просто. Но нет, это не так. Даже если в своей голове у нас уже сложился прекрасный текст, и, казалось бы, нужно всего лишь записать его на бумагу, сам процесс переноса

внутренней речи (текста в нашей голове) в печатный текст потребует и времени, и усилий. Нам надо понимать, что эта работа вызовет определенное напряжение, и это нормально. Важно не отрицать это напряжение. Другая крайность — когда неизбежное и нормальное рабочее напряжение может пугать нас настолько, что мы вообще отказываемся от этой деятельности. Полагаю, это повод еще раз откровенно поговорить с собой — действительно ли мне нужно это делать? И если ответ «да», тогда важно не переоценивать естественное напряжение (еще ни один человек на свете не умер от того, что писал сочинение) и не создавать себе дополнительных сложностей. Да, мне придется потрудиться, но я знаю, зачем мне это, что я хочу получить в итоге. Я справлюсь с этой задачей, она мне посильна.

2. Выделить время и создать условия для работы.

Для того, чтобы написать кейс, надо сесть и начать писать. Это же очевидно, скажете вы, и будете правы. Тем не менее, я остановлюсь на этом моменте поподробнее. Очень важно выделить себе время для этой работы. Вы точно не сможете написать достаточно хороший профессиональный текст за чашкой кофе утром, или в перерывах между пациентами, или в то время, пока вы ждете своего ребенка с занятий музыкой. Вам придется погрузиться в процесс, сосредоточиться на смыслах (о чем вы хотите сказать) и на форме изложения (как вы хотите сказать об этом). Для этого требуется достаточно времени и соответствующая обстановка, чтобы ничто постороннее вас не отвлекало. Сколько именно времени вам потребуется зависит от многих факторов, главные из которых — поставленная задача, и соответственно, объем работы, а также ваш навык изложения своих мыслей в письменной речи. Не стоит ориентироваться на свою способность писать посты в социальных сетях. Там совсем другой язык и задачи.

Потребность осмыслить
полученный опыт, связывать
его с другими опытами в своей
жизни, проводить аналогии
и выстраивать концепции,
структурируя пережитое
и создавая истории — одна
из основных в человеческой
психике.

После того, как вы уже написали несколько профессиональных текстов, вы сможете приблизительно (очень приблизительно) понять, сколько времени у вас обычно уходит на написание 1-2 страниц текста. Или сколько страниц вы можете написать за 50 минут (измерять время длительностью стандартной психоаналитической сессии привычно для нас). Часто бывает так, что первые несколько абзацев даются с трудом, но потом вы настроились на рабочее состояние, и процесс письма идет легче. Однако даже и в этом случае вы можете столкнуться с тем, что некоторые места текста вам будет писать сложнее. Обязательно что-то будет непонятно и потребует дополнительного размышления, возможно, обращения к литературным источникам и т.д. Многие авторы испытывают сложности при переходе от одного пункта плана к другому. Да, вы верно поняли: если есть примерный план, писать вам будет проще.

3. Разница между устной и письменной речью.

Казалось бы, разница очевидна. Однако я остановлюсь на этом подробнее. Письменная речь является вторичной по отношению к устной. Устная речь формируется спонтанно в процессе овладения языком в детском возрасте. Письменная речь формируется у ребенка намного позже, чем устная речь, и лишь в результате систематических усилий — специально организованного процесса обучения. Устная речь подчиняется законам грамматики, она более вариативна. Письменная речь регулируется правилами орфографии и пунктуации, отступление от этих правил воспринимается как ошибка.

По своей природе письменная речь обычно является монологической, а устная речь — диалогической. Следовательно, письменная речь не оставляет возможностей для автора дополнительно объяснить свои намерения или определить, были ли понятными его идеи для читателей. В устной речи мы можем остановиться, пояснить свою мысль, исправить ее, делая более понятной для слушателя. Например, когда мы готовимся к выступле-

Потребность в отзеркаливании,
в понимании значимым Другим —
еще одна основная наша
потребность.

нию на конференции, мы обязательно задумаемся или спросим у организаторов, кто будет нас слушать в зале — студенты, профессионалы, или люди, интересующиеся психологией. Тогда мы понимаем, на каком языке разговаривать с аудиторией, сколько и как использовать профессиональные термины. Если мы готовим

письменный текст, то дополнительно пояснить свою мысль, изложить ее иначе мы уже не сможем. Поэтому мы должны исключить все возможности двоякого толкования наших слов, нам нужно выражаться точно и однозначно. «Что написано пером, не вырубить топором» — говорится в русской народной пословице. Это означает также, что наше устное выступление услышит ограниченное количество слушателей. А печатный текст может быть доступен для многих читателей спустя долгие годы.

В устном сообщении мы можем быть более эмоциональны, благодаря невербальным компонентам речи — интонации, тембру голоса, жестам, мимике и подобным средствам. Письменная речь предполагает большую отстраненность и объективность, большую точность аргументации. Повторения, усиливающие эмоциональное воздействие на слушателя, уместны в устном докладе, но чаще всего неуместны в напечатанном тексте того же доклада. Использование сленга, инвективной и обценной лексики иногда допускается в устной речи, и совершенно недопустимо в письменной речи («непечатные выражения» мы напечатать не можем, за исключением прямой речи).

Приведу конкретный пример. Когда мы с вами выступаем на конференции и говорим: «переваривание эмоций», то большинству слушателей будет понятно, что мы имеем в виду. Если у слушателей возникнут вопросы, то мы сможем пояснить, что именно мы хотели сказать. Но если мы напишем в тексте статьи: «переваривание эмоций», то у читателя могут возникнуть закономерные вопросы: что это значит? Где перевариваются эмоции? Какой орган ответственен за этот процесс? Переносный смысл достаточно распространенного выражения «переваривание эмоций» при письменном изложении утрачивается, и наш текст выглядит неграмотным.

4. Сопротивление: не хочу, не умею, боюсь писать.

После того, как мы выделили время и смирились с неизбежным при любой работе напряжением, мы можем столкнуться со своим собственным сопротивлением. Условно его можно разделить на сопротивления Ид, Эго и Суперэго. Проще всего будет справиться с сопротивлениями Эго — «не умею». Никто не рождается с навыком написания профессиональных текстов. Это то, чему можно учиться, причем учиться с удовольствием. Сопротивления Суперэго («боюсь писать»), как правило, связаны с прошлым негативным опытом — когда нас оценивали слишком жестко, или несправедливо, только критиковали и не поддерживали. Важно отделить актуальную ситуацию от влияния прошлого и позволить себе получить новый опыт. Можно выстроить себе поддерживающее окружение — найти того специалиста (уважаемого вами), кто сможет дать вам обратную связь объективно и бережно. Труднее всего преодолевать сопротивление Ид — «не хочу». Тогда мы попадаем в ситуацию внутреннего конфликта — я решил сделать эту работу, но я не хочу ее делать. Подобная ситуация может стать прекрасным поводом для самоанализа или важной темой для разговора со своим аналитиком.

Главное, что я хочу сказать — творчество доставляет радость. Сублимация — самый продуктивный защитный механизм. Благодаря работе над текстом мы можем решить многие нарциссические задачи — потребность в отзеркаливании, желание оставить свой след, получить признание коллег. Если наше наблюдающее эго достаточно сильно, то работа над текстом может дать нам много бонусов — мы отчетливо увидим и почувствуем свои уязвимые места, и сможем позаботиться о себе. И помните — усилия это нормально, но насилия над собой лучше избегать.

ОПИСАНИЯ СЛУЧАЯ ДЛЯ СЕРТИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ

Описывая клинический случай для сертификационной работы, нам стоит быть максимально реалистичными. Важно как можно точнее отразить в тексте свое понимание происходящего в терапевтическом процессе. Мы придерживаемся определенной структуры изложения материала, чуть ниже вы с ней познакомитесь. Важно избегать использования психоаналитических терминов, описывая наблюдаемое феноменологически, простым русским языком. Нам важно заметить и описать феномен, и только в ситуации квалификации клинического случая наша задача — показать свое знание терминологии. Там необходимо описывать процесс психоаналитическим языком и приводить конкретные примеры из представленного ранее материала.

Описание клинических случаев для личного архива может стать первым шагом, ступенькой к тому, чтобы со временем начать выступать перед профессиональной аудиторией, и, возможно, преподавать, передавая свой опыт и знания более молодым коллегам.

Вопросы конфиденциальности: нам важно всегда бережно относиться к историям пациентов, которые доверились нам. Мы не выносим клинические случаи на широкое обозрение, мы бережем пациентов и свою репутацию. В данном случае читать нашу работу будет сертификационная комиссия, состоящая из профессионалов. Цель всего процесса также является сугубо профессиональной. Соответственно, нарушения конфиденциальности не будет, так как все участники процесса соблюдают принятые в обществе этические нормы. Тем не менее, обычно мы называем пациента вымышленным именем, никогда не указываем его фамилию (зачастую, мы ее и сами не знаем).

Структура психоаналитического кейса

- История обращения
- Сеттинг
- История жизни
- Динамика психоаналитического процесса
- Протокол сессии
- Квалификация клинического случая

В первом разделе наша задача — создать в глазах читателя наиболее полную картину индивидуальности человека, обратившегося к нам за помощью, и первое впечатление, возникшее у нас при общении с ним. Мы описываем анкетные данные — пол, возраст, дату обращения за психоаналитической помощью. Затем мы описываем проблему, которая стала поводом к обращению, и ее краткую историю. Указываем, откуда к нам пришел пациент, кто его направил и почему именно к нам (в специфике выбора специалиста уже можно заметить формирование переносных-контрпереносных отношений). Далее мы описываем внешний вид, особенности пластики и мимики пациента, его поведение в кабинете на первичной консультации; общее впечатление, которое возникло у нас при первом контакте с человеком. Часто именно первый отклик специалиста на взаимодействие с пациентом содержит много ценной информации о том, в каком именно объекте нуждается данный человек, как он взаимодействует с миром, в чем заключаются его истинные сложности. Завершаем этот раздел работы описанием формального запроса, ожиданий пациента от терапии и наших первых совместных договоренностей. Не всегда истинный запрос на психотерапию совпадает с тем запросом, который прозвучал на первичной консультации. То, как меняется запрос пациента в процессе работы, мы подробно опишем в разделе «динамика психотерапевтического процесса», а здесь кратко обозначим этот момент.

В следующем разделе мы описываем сеттинг работы и его изменения, если они были. Расширенный сеттинг — особенности прихода, ухода пациента, его поведение в приемной. Например: «Приходит всегда заранее, за 15-20 минут до начала сессии, сидит в холле на краешке стула, напряженно сложив руки на коленях, или теребит сумку, с тревогой ожидая своего времени». Или так: «Обычно громко барабанит в дверь, даже если она открыта, громогласно здоровается, обязательно скажет что-то резкое тому, кого встретит в приемной — другим специалистам или их пациентам. На окружающих производит

Каждый раз мы сталкиваемся с «коктейлем» мотиваций — и необходимость, и нарциссические потребности, и поиски смыслов, и жажда удовольствия от творчества стимулируют нас начать писать. Только пропорции этого «коктейля» будут каждый раз разные.

пугающее впечатление». Далее мы описываем отношение пациента к сеттингу, легко ли установился рабочий формат или с этим были сложности (какие именно), отмечаем реакцию на отпуск терапевта и т.д. Также нам стоит упомянуть нарушения сеттинга, если они были, и отношение пациента к ним. В этом же разделе мы отмечаем взаимодействие с терапевтом вне кабинета (звонки, переписка), и кратко динамику этих взаимодействий. Например: «в первые полгода работы часто писала длинные сообщения между сессиями, затем постепенно сообщения стали более редкими и краткими, и примерно через год работы перестала писать смс между сессиями. С гордостью говорила, что «стала выдерживать и справляться сама».

В следующем разделе мы описываем историю жизни пациента. Это последовательная реконструированная история, изложенная в хронологическом порядке. Далеко не всегда мы можем многое узнать о жизни пациента в ходе диагностических консультаций. Зачастую нам приходится постепенно собирать эту историю, как пазлы, в процессе психотерапевтической работы, тогда мы кратко отмечаем в этом разделе сложности со сбором анамнеза, которые у нас возникали. Мы описываем основные значимые объекты в жизни пациента (мать, отец, сиблинги и т.д.) и отношения с ними, сложившиеся отношения в родительской семье. История зачатия, рождения, если это обсуждалось. Далее описывается история детства с акцентом на стадии психосексуального развития и пережитые травматические события. Важно остановиться на ключевых воспоминаниях детства, обычно у большинства пациентов такие имеются. Затем нам следует отразить образование, особенности учебы и адаптации в детских коллективах. Подростковый возраст и его особенности, затем молодые годы, значимые отношения любви и дружбы. Создание собственной семьи, рождение детей, отношение к этому. Сфера работы, интересов, хобби. Таким образом, в истории жизни мы в хронологическом порядке описываем развитие пациента, и его функционирование в разных сферах жизни — отношения, работа, дружба, творчество. История появления симптомов может быть выделена отдельно (особенно, если симптомы возникли внезапно)

В устном сообщении мы можем быть более эмоциональны, благодаря невербальным компонентам речи — интонации, тембру голоса, жестам, мимике и подобным средствам. Письменная речь предполагает большую отстраненность и объективность, большую точность аргументации.

Творчество доставляет радость. Сублимация — самый продуктивный защитный механизм. Благодаря работе над текстом мы можем решить многие нарциссические задачи — потребность в отзеркаливании, желание оставить свой след, получить признание коллег.

или отмечена по ходу повествования. Важно описать ситуацию, предшествовавшую обращению за помощью. Как правило, пациенты сообщают, что именно стало «последней каплей» и привело к решению обратиться за профессиональной помощью. Если был опыт предыдущей терапии, то нужно указать это, а также отношение пациента к полученной помощи и причины завершения (или обрыва) психотерапевтической работы в прошлый раз. Завершаем этот раздел описанием актуальной жизненной ситуации — с кем пациент живет, кем работает или кто-то его содержит и т.д.

Следующий раздел работы — это динамика психоаналитического процесса. Объем этого раздела может быть очень разным, в зависимости от длительности процесса. Мы начинаем с типичных для данного пациента особенностей речи, ассоциативного процесса, поведения в кабинете. Мы выделяем основные этапы терапии, особенно, если терапия длительная. Описываем основные темы, которые мы обсуждали с пациентом. Отмечаем, если есть табуированные темы. Формирование и развитие переносно-контрпереносных отношений — это основная часть данного раздела. Напомню, что при описании процесса мы стараемся избегать употребления специальной терминологии, насколько это возможно. Также мы описываем типичные сновидения пациента и динамику сновидений, которая обычно прекрасно отражает динамику терапевтического процесса и трансформации мышления и психических структур пациента.

Затем мы прикладываем протокол 1 или 2 сессий.

Следующий раздел — это квалификация клинического случая. Здесь наша основная задача — назвать описанные выше феномены психоаналитическими терминами и обосновать свои выводы. Выводы подкрепляются данными анамнеза, описанными особенностями поведения, динамикой терапевтических отношений, цитатами из речи пациента и т.д.

Можно придерживаться следующей схемы изложения:

1. Области фиксации
2. Уровень развития объектных отношений
3. Слабость/сила эго, тестирование реальности, способность к формированию рабочего альянса
4. Основные характеристики переноса (переносные аффекты, их выраженность, длительность, периодичность)
5. Контрперенос, вызываемый пациентом (конкордантный, комплиментарный)
6. Неоплаканные потери, травмы
7. Основные используемые защитные механизмы
8. Уровень психического функционирования

9. Тип организации характера
10. Рекомендованный вид терапии
11. Супервизии

ПРЕЗЕНТАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Когда мы готовим презентацию клинического случая для психоаналитической конференции, наша основная цель — сделать понятный для слушателей доклад. Мы выстраиваем логику изложения материала исходя из этой цели. Нам необходимо выделить основную тему — ради какой идеи мы показываем свою работу, что именно мы хотим проиллюстрировать. Один и тот же клинический случай можно рассмотреть с разных сторон. Как вариант, можно сделать центральной тему терапевтических изменений, или объектных отношений, динамику сновидений, или тему переносных-контрпереносных отношений или выделить другие темы, интересующие специалиста. Доклад клинического случая на публике, пусть даже и для профессиональной аудитории, это большее напряжение, чем выступление с теоретическим докладом. Это связано с тем, что даже в хорошо проработанном клиническом материале всегда остаются

Доклад клинического случая на публике, пусть даже и для профессиональной аудитории, это большее напряжение, чем выступление с теоретическим докладом. Это связано с тем, что даже в хорошо проработанном клиническом материале всегда остаются уязвимые эмоциональные моменты, не до конца отрефлексированные специалистом.

уязвимые эмоциональные моменты, не до конца отрефлексированные специалистом. Специалист потенциально должен быть готов увидеть их непосредственно во время своего выступления без разрушительных последствий для себя. Очень непросто сохранять способность размышлять и наблюдать за собой одновременно с презентацией эмоционально насыщенного клинического материала. И наоборот, бывают случаи, когда специалист невольно использует аудиторию для эвакуации малопереработанного, неструктурированного, эмоционально перенасыщенного материала, превращая презентацию в подобие супервизионной работы с невысказанным, но очевидным запросом на поддержку и понимание. Это выходит за рамки формата «презентация клинического случая» и перегружает слушателей. Печальная история, однако такое тоже случается.

Презентация клинического случая предъявляет повышенные требования к конфиденциальности. Это первое, о чем должен позаботиться докладчик. Необходимо изменить все биографические факты, иногда даже возраст и пол. Сохранить при этом клиническую и психодинамическую достоверность — это тонкая, филигранная работа. Вы скажете — на конференции присутствует профессиональная публика,

Очень непросто сохранять
способность размышлять
и наблюдать за собой
одновременно с презентацией
эмоционально насыщенного
клинического материала.

имеющая представление об этике. Верно, тем не менее это — открытая площадка, и никто не может поручиться за каждого человека, присутствующего в зале. Поэтому выступать с презентацией клинического случая в другом городе или даже в другой стране, с точки зрения конфиденциальности, — безопаснее. Если на конференции ведется онлайн трансляция, то презентации клинических случаев не записываются,

и даже клинические виньетки, как правило, вырезаются из докладов.

Из соображений конфиденциальности и безопасности лучше готовить к публичной презентации те случаи, которые были завершены несколько лет назад.

ПРЕЗЕНТАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ДЛЯ СТАТЬИ В ЖУРНАЛЕ

Журнал ЕАРПП «Пространство психоанализа и психотерапии» находится в открытом доступе. Это означает еще более высокие требования к конфиденциальности, а также обязательное согласие пациента на публикацию случая работы с ним.

После того, как вы завершили работу по описанию случая для публикации в журнале, важно отложить ее в сторону на некоторое время, иногда довольно продолжительное. И затем «со свежей головой» вернуться к работе над текстом и приступить к редактированию. Мы рекомендуем несколько уровней «саморедактирования»:

- редактирование техническое: исправление описок, уточнение знаков препинания, сверка с правилами русского языка. Текст должен быть написан грамотным русским языком.
- редактирование профессиональное: прочитав собственный текст «глазами» коллег и учителей. У каждого из нас есть один или несколько авторитетных учителей и надежные, сформированные профессиональные интроекты. Что сказали бы они, прочитав ваш текст? Для меня таким «внутренним цензором» является уважаемый мною учитель — Мария Дмитриевна Машовец. Когда я перечитываю свои тексты «глазами Машовец», я обязательно увижу несколько мест, которые следует разъяснить более четко или уточнить. Конечно, вы можете реально привлечь своих коллег и попросить их дать честный отзыв на черновик вашей письменной работы. Тогда важно выбрать тех коллег, которые сделают это профессионально и одновременно бережно.
- редактирование с точки зрения широкой публики и потенциальных пациентов. Перечитайте свой текст «глазами» человека, интересующегося психологией и возможностью получить психоаналитическую помощь. Текст не должен содержать посланий, порочащих профессию или подрывающих доверие к методу.

Работа над редактированием текста займет время, зато вы будете довольны результатами.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ДЛЯ ЛИЧНОГО АРХИВА

Я уже писала о мотивации, которая может стимулировать нас писать кейсы для личного архива. Здесь вы можете позволить себе полет творческой мысли, ничем не ограниченную фантазию. Описать свою работу в стихах, или нарисовать картину о ней — все возможно, было бы желание. Вы практически не связаны рамками конфиденциальности, за исключением организационных моментов — где хранится ваш архив и у кого есть доступ к нему. Вы тренируете свою способность писать тексты, оттачиваете психоаналитическое мышление, архивируете и ментализируете свой опыт. Очень полезно писать кейсы после завершения работы с пациентом. Есть еще один интересный момент — это анализ успехов. Согласитесь, что мы чаще пытаемся понять сложности: то, что не получилось и почему. Размышлять о том, что получилось, удалось, и благодаря чему терапия стала успешной тоже важно. Также создание своего архива — это определенный задел на будущее, у вас уже будет готовый материал для докладов, лекций, публикаций.

РЕЗЮМЕ

Приступая к описанию клинического случая, нам нужно сформулировать ответы на следующие вопросы:

1. Для чего я пишу? Зачем мне это делать — это вопрос мотивации, и в зависимости от цели задачи работы будут выглядеть по-разному. Максимально реалистичное описание необходимо для сертификационной работы. Для презентации клинического случая главное — быть понятным для аудитории. Описание клинического случая для личного архива — широкий простор для творчества, главное, чтобы было интересно и полезно вам.
2. Для кого я пишу? Моя целевая аудитория. Эксперты-профессионалы, или участники психоаналитических конференций, или читатели журнала.
3. Как я пишу? Какие чувства я испытываю? Как я отношусь к своему труду и его результатам? Какие навыки у меня достаточно хороши, а какие стоит развивать? В какой обратной связи я нуждаюсь и как я на нее реагирую?

Описание клинического случая есть бесспорный творческий акт, а творчество может стать бесценным источником удовольствия, поддержки в сложных ситуациях и бесконечным источником познания себя.

Презентация клинического случая предъявляет повышенные требования к конфиденциальности. Это первое, о чем должен позаботиться докладчик.
