

## ВЛИЯНИЕ СЕТТИНГА<sup>1</sup> НА ХОД ПСИХОАНАЛИЗА И ПСИХОТЕРАПИИ

(ЛЕКЦИЯ, ПРОЧИТАННАЯ НА ЛЕТНЕЙ ШКОЛЕ ПО ПСИХОАНАЛИЗУ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ИЗ СТРАН ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ В ЛОХУСАЛУ, ЭСТОНИЯ, 1994г.)

ХАН ГРОЕН-ПРАККЕН\*

Когда после диагностического обследования разрабатывается план лечения, приспособленный к потребностям пациента и возможностям психотерапевта<sup>2</sup>, следует рассмотреть различные аспекты сеттинга. Конечно же, есть фундаментальное правило – в психоанализе пациент говорит все, что приходит в голову, а в психотерапии – предлагает тему. Это правило не относится к сеттингу. Под сеттингом мы имеем в виду набор следующих договоренностей между терапевтом и пациентом, большая часть которых вводится терапевтом: 1) индивидуальная, групповая, семейная терапия или терапия отношений; 2) работа, лежа на кушетке или сидя; 3) частота сеансов; 4) продолжительность и время сеансов; 5) отпуска и другие перерывы; 6) оплата, ее размер и договоренность о том, оплачиваются или нет пропущенные занятия. Мы собираемся обсудить эти различные проблемы одну за другой и, если возможно, проиллюстрировать их клиническими примерами.

1. Индивидуальное лечение, групповая, семейная терапия или терапия отношений. В этой статье я ограничу себя индивидуальным лечением. Я не считаю себя достаточно подготовленной для терапевтической работы с несколькими людьми одновременно, и поэтому сейчас сосредоточусь на опыте психоанализа, который индивидуален по определению, и на распространении этого опыта на менее интенсивные виды индивидуальной терапии.

2. Использование кушетки. Имеет ли значение – сидит пациент или

---

<sup>1</sup> Сеттинг – это терапевтические рамки, основные правила организации психоаналитической ситуации.

\* Хан Гроен-Праккен – голландский психоаналитик, член Международной психоаналитической ассоциации, экс-президент Европейской психоаналитической федерации.

<sup>2</sup> В дальнейшем мы будем употреблять слова «психотерапевт» и «терапевт» и «психотерапия» и «терапия» как синонимы.

лежит? Давайте взглянем вначале на ситуацию в психоанализе как таковом, прежде чем перейти к менее интенсивным видам терапии. Когда Фрейд начал развивать свою психоаналитическую технику в 1890-х годах, он взял ее непосредственно из гипнотического лечения, при котором пациент лежал на кушетке. С развитием психоанализа как такового Фрейд не изменил принципу лежания на кушетке; во-первых, потому, что в этом положении пациент мог легче обратиться к своим фантазиям, и было легче исключить внешнюю реальность; а, во-вторых, потому, что Фрейд лично не мог выносить, когда пациенты смотрели на него весь день. Для Фрейда лежание на кушетке было абсолютным условием психоаналитического лечения. Позже, в двадцатые годы, когда Мелани Кляйн и Анна Фрейд создали свои техники детского анализа, то обе эти техники имели друг с другом по крайней мере одно общее: детский анализ отличался от взрослого в некоторых аспектах, одним из которых было то, что ребенок не мог лежать на кушетке весь сеанс и свободно ассоциировать; ребенку было нужно играть, двигаться, видеть своего аналитика. Сегодня между аналитиками существуют различия: хотя по-прежнему считается, что подросток или взрослый пациент должен лежать на кушетке, некоторые аналитики более терпимы к пациентам, которые слишком тревожны из-за этого или слишком этому сопротивляются. Можно посоветовать начинать анализ с пациентом сидя, и вначале анализировать сопротивление к использованию кушетки. Есть такие пациенты, у которых возникает настолько глубокая регрессия при анализе на кушетке, что ее терапевтическое значение становится сомнительным, и лучше посоветовать работать в течение определенного времени сидя. Я приведу два примера для иллюстрации этих положений.

1. Г-жа Д. вначале приняла предложение начать психоанализ без колебаний. На предварительном сеансе она также приняла все условия. Однако на первом аналитическом сеансе она отказалась лечь на кушетку, и мы начали анализ в ситуации, когда она сидела на кушетке. Нам пришлось вначале проанализировать ее страх, что я ударю ее тапкой, как часто делала ее мать. Затем мы проанализировали страх увидеть и не увидеть ее отца, который пропал, так как сел в тюрьму, когда ей было восемь месяцев, и вернулся, когда ей было восемь лет. Мать запрещала ей видеться с ним, но она часто замечала его машину, стоявшую у школы, так что он мог видеть ее. Затем проявилось ее сопротивление любым правилам, связанное с жестким приучением к горшку со стороны матери в раннем детстве. Лишь затем, спустя два года, она осмелилась лечь. Только на одном сеансе много лет спустя она села снова. Несколькими днями позже она сказала, что ее малыш-сын впервые попытался сесть.

2. Ребекка, 23-х лет, проходила анализ у молодого талантливого аналитика. Я знаю этот случай из супервизии. Она страдала от тяжелых обсессивных симптомов, и после первичного интервью было сомнительно, сможет ли она проходить психоанализ. Однако через полгода терапии с частотой два раза в неделю с ней возник хороший

рабочий альянс, она показала способность к самонаблюдению и была очень мотивирована, чтобы начать анализ. Она согласилась со всеми правилами психоанализа с первого же сеанса, стремясь хорошо работать. Однако неожиданно у нее развилась глубокая и злокачественная регрессия. Она рыдала и плакала, сильно провоцировала своего аналитика, неистово нападала на него и превратила жизнь своего возлюбленного и своих родителей в ад. Иногда она отказывалась уходить в конце сеанса. Не было больше и следа от рабочего альянса, не было наблюдающего Эго, чтобы следить за скрытым смыслом такого поведения. Используя опыт Джекобса (*Jacobs, 1991*) мы решили предложить ей сидеть во время сеансов, в надежде уменьшить тревогу и восстановить рабочий альянс. Хотя эта мера и не принесла волшебного улучшения, у нас вернулась надежда на постепенное восстановление равновесия, необходимого для плодотворной работы.

Гораздо меньше согласия существует относительно желательности использования кушетки при менее интенсивной психотерапии. Я знаю, что некоторые очень опытные психотерапевты, как, например, Лиментани (*Limentani, 1988*), предпочитают работать со своими психотерапевтическими пациентами также на кушетке. Лично я провожу четкую линию между психоанализом, в котором большое терапевтическое значение придается тому, чтобы способствовать переносу и регрессии, и психотерапией, в которой первой задачей является решение проблем, которое может стимулироваться, а может и не стимулироваться интерпретацией переноса, и в которой регрессия может препятствовать адекватному функционированию пациента в промежутках между сеансами. Поэтому я провожу лечение такого рода всегда сидя, *vis-a-vis*. Вот еще пример.

3. Г-жа X неожиданно получила отказ от своего прежнего терапевта и была направлена ко мне в состоянии сильного смятения. Она уже проходила лечение около двух с половиной лет с г-жой Z, ее предыдущим терапевтом, в связи с очень тяжелой реактивной депрессией. Лечение, сочетавшееся с медикаментами, помогло ей, и г-жа Z однажды предложила ей анализ, который г-жа X отвергла. Лечение проходило дважды в неделю, в дни, следующие подряд друг за другом, на кушетке. Помимо этого, между пациенткой и терапевтом существовало дополнительное сердечное общение, они дарили друг другу подарки, и г-жа Z заходила так далеко, что обсуждала свои частные дела с пациенткой. Г-жа X часто рассказывала ей сны, которые они тщательно интерпретировали. После некоторых снов, показывавших ее потребность в безопасности и ее растущее недоверие к терапевту, г-жа Z сказала, что сны г-жи X могут быть проработаны только в анализе, который невозможен, так как г-жа Z решила не брать себе новых анализируемых и, следовательно, лечение должно быть прекращено. Это был последний сеанс перед трехнедельным отпуском. После него у них было еще три сеанса, которые закончились в атмосфере враждебности, и затем г-жа X

оказалась в описанной выше ситуации.

Конечно, чтобы принять г-жу Х в качестве пациентки, мне было очень важно понять, что было не так в ее терапии с г-жой Z. Я сказала ей, что она нуждается в кризисной интервенции, и что я не буду соответствовать ее ожиданиям и продолжать делать то, что и г-жа Z. Я посадила ее на стул, назначила ей частоту сеансов один раз в неделю и объяснила, что кризис должен пройти, прежде чем мы решим, хочет ли она вообще продолжать терапию, хочет ли она продолжать ее со мной и, если да, то какая терапия ей показана. Одно из моих впечатлений состояло в том, что из-за использования кушетки при предыдущем лечении была вызвана слишком сильная регрессия. Хотя г-жа Х не чувствовала, что она не может справиться с ситуацией, ее терапевт, очевидно, сама не могла это сделать. Г-жа Х вначале протестовала против положения vis-a-vis, однако через несколько месяцев сказала мне, что ей нравится такая терапия. Постепенно кризис прошел, и появились проблемы, которые вызвали у нее потребность в дополнительной терапии.

3. Частота и продолжительность сеансов. Фрейд осуществлял свой самоанализ, пытаясь понять и проинтерпретировать свои сновидения, в течение одного часа каждый день, кроме воскресенья. Когда он начал применять этот метод на пациентах, он воспользовался той же частотой и продолжительностью: его пациенты приходили шесть дней в неделю на один полный час. Он изменил свою привычку только в 1919 году, когда шесть американцев приехали в Вену для прохождения у него анализа в ту пору, когда Вена обнищала и практически голодала после Первой мировой войны, В то время у Фрейда было только пять свободных часов в день. Его дочь Анна убедила его взять всех шестерых, но на пять раз в неделю. Однако, как правило, частота занятий шесть раз в неделю сохранялась до отмены шестидневной рабочей недели в середине пятидесятых годов. Только в Англии, согласно Гловеру, британский обычай уикенда не соответствовал шестиразовой частоте, и англичане всегда работали и сейчас работают пять раз в неделю. Во Франции большое количество пациентов после Второй мировой войны и относительно небольшое число аналитиков привели к практике анализа три раза в неделю, чтобы охватить в два раза большее число пациентов. После больших дискуссий Международная психоаналитическая ассоциация (ИПА) приняла решение по поводу минимальных стандартов учебного анализа и тех анализов, которые проводит кандидат под супервизией. Минимальные стандарты ИПА составляют: анализ четыре раза в неделю при продолжительности сеансов 45 минут. Местные общества могут выставлять другие условия. Так, например, в Англии, Нидерландах и Барселоне требуют пяти сеансов в неделю, а в Англии и в некоторых других странах – продолжительности сеанса в 50 или даже 55 минут. Главнейшие учебники по психоаналитической технике: Гловера, Гринсона, Сандлера-Кеннеди и Тайсона, Этчегойена, – все высказываются в пользу пяти раз в неделю, или, по крайней мере, четырех раз подряд.

Уже около семи лет проходит оживленная дискуссия по сравнению результатов анализа три раза в неделю и четырех-пятиразовых анализов. Сделан интересный вывод, что в Европе существуют британский и французский стили анализа (Годфринд-Хабер). Британский анализ сосредоточивается на усилении переноса, включающего наибольшую зависимость пациента от аналитика. Британцы обосновывают это тем, что чувства зависимости могут исчезнуть, только будучи проработаны в переносе. Они не опасаются брать пациентов с очень серьезными нарушениями, поскольку считают, что возможность опасных действий вовне ограничена благодаря их интенсивному контакту с пациентом. Они утверждают, что анализ сновидений имеет смысл только при ежедневных сеансах, так как сны теряют свою эмоциональную насыщенность спустя 24 часа. Французы, наоборот, придают большую важность переработке анализируемого аналитического материала в промежутках между сеансами и считают ненужным вызывать большую степень зависимости. Их показания для анализа более ограничены: они ведут пациентов только с продуктивной фантазией, у которых нет трудностей при свободном ассоциировании. Мне трудно дать объективный отчет о двух этих различных подходах, поскольку я нахожусь под несомненным влиянием британского подхода и не могу смотреть на французский путь иначе как на потокающий сопротивлением и повышающий их. Возвращаясь к моей вчерашней лекции<sup>3</sup>, я считаю, что для того, чтобы контейнировать<sup>4</sup> тревоги пациента в том смысле, как об этом говорит Блон, для развития достаточно сильной способности к холдингу<sup>5</sup>, необходимой для исследования опыта пациента, относящегося к невербальному или раннему вербальному периоду его жизни, для понимания незаметных сигналов о значительных переменах в настроении необходимо встречаться с пациентом ежедневно, по крайней мере четыре раза в неделю, причем подряд.

4. Продолжительность и время сеансов. В предыдущем разделе я уже говорила о продолжительности сеансов, которая варьирует от полного часа до 45 минут. У меня на родине (в Нидерландах) традиционными являются 45-минутные сеансы. Я не слишком жесткий и аккуратный человек и обычно назначаю встречи с промежутком в четверть часа между пациентами. Обычно я позволяю пациенту закончить фразу и не выгоняю его в бурном эмоциональном состоянии. Замечательно, что с некоторыми пациентами сеанс никогда не продолжается больше 45 минут, тогда как с другими он обычно длится 50 минут. Сеансы более 50 минут являются

<sup>3</sup> «О различных аспектах отношений между пациентом и терапевтом».

<sup>4</sup> Контейнирование – термин, введенный английским аналитиком Вильфредом Блоном и означающий способность психоаналитика выдерживать интенсивные аффекты, которые переживает сам пациент, или те аффекты, которые он стремится вызвать у аналитика.

<sup>5</sup> Холдинг (holding) – приблизительный перевод: держание (в значении: бережно держать на руках, укачивать). Характеристика позиции аналитика в работе с тяжелыми нарушениями у пациентов, чьи проблемы уходят в самое раннее детство, описанная и предложенная британским аналитиком Дональдом Винникоттом. Ее суть в том, что психоаналитик должен создать для пациента атмосферу поддержки, понимания, комфорта и безопасности, подобную той, которую создает маленькому ребенку любящая мать.

исключениями. Таким образом, я думаю, что кроме практического правила, существуют также индивидуальные вариации: некоторые пациенты нуждаются в большем времени, чтобы перейти от внешней к психической реальности, чем другие, и у них затем больше трудностей при переходе назад, к обычной жизни. Хотя я довольно терпима к этим лишним пяти минутам, я очень внимательна к тому, чтобы предоставить пациенту его полные 45 минут, я очень стараюсь не опаздывать, и когда, в качестве исключения, сеанс длится больше 50 минут, я говорю, что это исключение. Я делаю это, так как считаю, что для аналитика это один из способов показать свою стабильность и надежность, что свидетельствует о его способности к холдингу и контейнированию, так как он демонстрирует постоянство своего присутствия вне зависимости от материала и настроения пациента. Это один из способов показать, что вы принимаете все: сопротивления пациента, его гнев, его любовь, его зависть, – как равно значимый материал в его терапевтическом процессе.

Далее о времени сеансов. Психоанализ четыре или пять раз в неделю проводится в дни, следующие подряд друг за другом. Этчегойен особенно подчеркивает важность перерывов на уикенды для работы с проблемами сепараций<sup>6</sup>. Эти проблемы проявляются в анализе наиболее явно, когда есть четкое различие между анализом несколько дней подряд и перерывом на уикенд на два или три дня. Это касается так называемого британского анализа. Во французском анализе между сеансами существуют перерывы, чтобы воспрепятствовать развитию слишком сильной зависимости и дать анализируемому возможность для собственной проработки материала в дни между сеансами.

С психотерапией все по-другому. Если вы встречаетесь с пациентом раз в неделю или даже раз в две недели, предпочтительно делать это в один фиксированный час – собственный час пациента в один и тот же день, каждую неделю. (При психоанализе как таковом часы пациента также, как правило, фиксированы.) Если вы встречаетесь с пациентом два или три раза в неделю для психотерапии, с моей точки зрения, лучше позаботиться о том, чтобы интервалы между сеансами были более или менее одинаковы. Не стоит ожидать, что удастся излечить проблемы, связанные с сепарацией, в рамках психотерапии, также нет необходимости и существует даже противопоказание к тому, чтобы устанавливать сеттинг, стимулирующий эти проблемы. Я опять возвращусь к случаю г-жи X, которая приходила на лечение к г-же Z дважды в неделю, в дни, следующие друг за другом. При таком сеттинге каждую неделю начиналось что-то вроде психоанализа, который тут же прерывался, вместо постоянной психотерапии, при которой у г-жи X было бы меньше возможностей к восстановлению своих мощных сопротивлений благодаря регулярности сеансов. После того, как она в течение нескольких месяцев

---

<sup>6</sup> Проблемы сепарации проявляются при перерывах между сеансами и связаны с травматическим опытом, который пациент пережил в различных ситуациях разлуки с матерью и другими значимыми для него в прошлом и настоящем людьми.

приходила ко мне раз в неделю, она попросила о возможности ходить два раза в неделю, потому что почувствовала, что у нее слишком много времени, чтобы похоронить возникающее у нее понимание своих сопротивлений, и я согласилась с ней. После этого она стала ходить по вторникам и пятницам, что позволило ей продолжить проявлять свои мысли и переживания.

5. Отпуска и перерывы. Аналитикам присущи все человеческие слабости, включая болезни, потребность в отпуске и склонности ездить на конгрессы, семинары и летние школы. Как это увязывается с потребностью их пациентов в непрерывности и стабильности, о которой я так много говорила? Позвольте мне привести несколько примеров из собственного активного и пассивного опыта.

Когда я была кандидатом в психоаналитики, моя пожилая женщина-аналитик брала длинные летние отпуска, часто ездила на конференции и часто неделями болела. Первый перерыв на отпуск мне было трудно вынести, но затем они уже не тяготили меня в такой степени, они даже были чем-то вроде просвета, позволяя на время вырваться из-под тяжелого бремени большого количества дел. Поскольку она задолго предупреждала обо всех перерывах, я также не страдала от ее периодических отъездов на конференции: она каким-то образом излучала постоянный интерес к психоанализу, который поддерживал у меня чувство ее постоянного присутствия. Отмечу, что мне не нравилось встречаться с ней на тех конференциях, в которых я также принимала участие. Мне хотелось обладать ею только для себя, но не для всех. Тем не менее я ненавидела ее болезни. Никто не знал, как долго они продлятся; ее друзья, которые сообщали мне о состоянии ее здоровья, часто выражали сомнение, выздоровеет ли она вообще; не было возможности спланировать освободившиеся часы, так как не было понятно, когда она снова начнет работать. Самым тяжелым переживанием была ее болезнь за несколько месяцев до того, как я собиралась завершить анализ, когда она радостно приняла мое предложение навестить ее раз или два в больнице. Она была тяжелой, склонной к жалобам больной, как любая другая старая женщина, а я, естественно, не была еще готова в достаточной степени, чтобы столкнуться с моим аналитиком как с реальным человеком, новым объектом. Ее многочисленные болезни, конечно же, стали причиной довольно резкого окончания анализа.

В своей собственной работе я беру более короткие отпуска, много езжу на конференции и была также несколько раз больна в течение длительного времени. Как реагируют на это мои пациенты? Чем сильнее у них потребность в холдинге, тем сильнее тревога по поводу периодов без анализа. Большое значение имеет не перерыв в интерпретативной работе, панику вызывает перерыв в поддержке. При лечении детей часто надо скрасить период отсутствия, послав открытку; однажды я дала пациентке, подростку старшего возраста, свой отпускной адрес, чтобы она могла писать мне, что она и делала. Как бы там ни было, необходимо

предупреждать о точных датах перерывов заблаговременно, насколько это возможно. В прошлом году я допустила ошибку с одной пациенткой, которая была у меня в анализе в течение многих лет, и посчитала, что дополнительное время, которое у нее будет для себя, компенсирует ей недостаток анализа. Она поняла, что я буду работать до пятницы, а я собиралась работать только до среды. Она почувствовала сильное разочарование, ярость, сильные беспорядочные чувства, и я совсем не могла справиться с этой ситуацией. Поскольку в тот момент я не была уверена, точно ли я сообщила ей о дате перерыва, я предложила ей дополнительный час в четверг, который, к счастью, мне удалось выделить. Она снова пришла в себя и впоследствии счастливо провела отпуск.

Некоторые терапевты считают, что пациенты всегда злятся по поводу перерывов на отпуск. Я думаю, что часто это действительно так, и надо тщательно следить за возможными признаками злобы. Однако иногда пациенты просто завидуют или чувствуют облегчение. Здесь та же самая ситуация, что и с другими аспектами анализа: необходимо прислушиваться ко всему, стараясь не обременять себя, насколько это возможно, преждевременными предположениями о реакции пациента, осознавая при этом, что перерыв – это вмешательство в ход анализа, которое должно иметь некое значение для пациента. Возникнет ли реакция до или после перерыва, или и до, и после, каждый раз трудно предсказать. В идеале пациент постоянно выстраивает некоторые сопротивления перед перерывом и с их помощью вытягивает себя из регрессивного состояния.

С болезнью все гораздо сложнее. Как правило, она более или менее неожиданна, или нередко вы не слишком хорошо себя чувствуете еще до того, как болезнь проявилась. В первом случае это удар для пациента, во втором – это может быть облегчением, поскольку таскаться к аналитику, который еле работает, – это такое же бремя, как и анализировать кого-то, кто плохо себя чувствует. Это также нужно осознавать, принимая решение о возобновлении практики после болезни. Пациенты могут реагировать по-разному: они могут злиться, у них могут возникать садистские фантазии, особенно после операции, они могут отрицать, что что-то случилось, могут чувствовать вину, терять уверенность, в любом случае болезнь будет препятствием для непрерывности анализа, которое требует внимания и хорошего понимания со стороны аналитика. Я думаю, ошибочно начинать слишком рано: у аналитика есть риск запутаться из-за слишком сильных реакций контрпереноса на пациента, который, как может казаться, требует от аналитика слишком многого, не считаясь с его плохим состоянием.

6. Оплата. Другим аспектом сеттинга является договоренность об оплате, и этот вопрос решается по-разному в зависимости от местной организации здравоохранения. В стране, где любая медицинская помощь, включая психотерапию, бесплатна, конечно же, нет проблем с оплатой. Но если разрешается частная практика, оплата становится особым вопросом.

Издавна считалось, что оплата – это важный аспект психотерапевтического лечения. Я не знаю, откуда пошло это мнение; Фрейд и еще несколько старейших аналитиков обычно лечили одного из пациентов практически бесплатно. Конечно же, аналитик должен был жить и зарабатывать на жизнь и в те времена, когда не существовало Национальных систем охраны здоровья и медицинских страховок, и поэтому он нуждался в доходе от своей практики. Однако это не объясняет, почему оплате уделялось такое большое значение в деле успеха или неудачи лечения. Тот факт, что результаты терапии, как правило, не слишком различаются из-за того, что аналитик получает оплату из какого-то другого источника, стал понятен с развитием национального медицинского страхования в некоторых западных, «капиталистических» странах. Проблема же заключается не в том, что пациент ведет себя иначе; она, скорее, состоит в том, что финансисты угрожают вмешательством в нормальный ход терапии, особенно так, как это происходит сейчас в Германии, и как это одно время было в Голландии.

Обычно даже в странах, где есть возможности бесплатного лечения, остается некоторое пространство для частной практики. Ясность и последовательность являются главными правилами, которым нужно следовать, устанавливая финансовые договоренности. Назначаете ли вы высокую или низкую плату, требуете ли оплаты сеансов, пропущенных пациентом, все это не так важно по сравнению с тем фактом, что договоренности должны быть совершенно ясными с самого начала лечения. Только тогда можно интерпретировать жалобы пациента, что он должен платить за решение своих проблем; или обсуждать его поведение как действие вовне, когда он не оплачивает своих счетов. Я не углубляюсь дальше в этот вопрос, поскольку подозреваю, что сейчас проблема оплаты психотерапии является большей проблемой на Западе, чем на Востоке. Если я неправа, вы сможете исправить меня при обсуждении.

Резюмируя различные вопросы, поднятые в этой статье, хочу сделать несколько замечаний. Быть психотерапевтом – означает взять на себя обязательство по созданию климата, который обеспечивает максимальную безопасность пациента. Поэтому мы должны начинать с внимательной оценки возможностей и ограничений пациента, чтобы предложить ему терапию, приспособленную к его потребностям. Когда мы приняли решение об определенном типе терапии, это означает, что мы выбрали определенный сеттинг: индивидуальный, групповой, семейный или терапии отношений. Если мы приняли решение об индивидуальной терапии, возникают вопросы частоты работы, использования кушетки или работы vis-a-vis. Наш выбор частоты и кушетки зависит от тех проблем, которые надо решить, и от нашей подготовки. Лично я предпочитаю использовать кушетку только при психоанализе как таковом. Коль скоро мы определились с частотой, продолжительностью сеансов, оплатой и т.д.,

мы в деталях обсуждаем эти вопросы с пациентом. Если достигнута договоренность обо всех этих деталях, важно помнить, что только непрерывность и стабильность могут гарантировать пациенту безопасность. Любые изменения в сеттинге, будь это временный перерыв или отпуск, уменьшение или увеличение частоты, изменение оплаты должны тщательно обсуждаться с пациентом, поскольку они нарушают непрерывность. Стабильный сеттинг необходим для создания хорошего рабочего альянса и хорошей первичной, невербальной атмосферы, необходимой для холдинга и контейнирования. Все это является той основой, на которой мы осуществляем нашу интерпретативную работу, являющуюся целью психоанализа и психоаналитической психотерапии.

*Перевод А. Ф. Ускова*