

К ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ПСИХОЗОВ: ПОПЫТКА ИНТЕГРАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО И ФОРМАЛИЗОВАННОГО ПОДХОДОВ К АНАЛИЗУ ДИАГНОСТИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

И.КАДЫРОВ, И.ГИЛЬ СОН,
Е.ЧЕРЕДНИЧЕНКО*

Статья посвящена способам понимания психотических пациентов в ходе психодинамической диагностики. В ней приводится случай психотической пациентки и описание одного диагностико-терапевтического интервью. Представлены клиничко-психоаналитическое рассмотрение материала данного интервью и специальные методы его анализа. Описано применение двух психоаналитических методов исследования: “Структурного анализа социального поведения” (Structural Analysis of Social Behavior) Л.Бенджамин и “Конфигурационного анализа” М.Горовица. Случай представлен на трех уровнях анализа: 1) клиничко-психоаналитического понимания бессознательных фантазий и глубинных конфликтов пациентки, а также их актуализации в ситуации интервью; 2) формализованного метода, с помощью которого осуществляется связь между мета-психоаналитическими понятиями и данными прямого наблюдения за поведением пациентки; 3) уровне межличностных отношений, которому соответствует общедоступный инструментарий для описания социального поведения.

Несмотря на давний интерес исследователей к психозам и впечатляющие открытия в области биологических и нейрофизиологических аспектов этих расстройств (Gabbard, 1992), современные представления о психологическом генезе, структуре и динамике, а также о психологически обоснованных формах психотерапии психозов все еще остаются и фрагментарными, и противоречивыми. Теоретические представления, существующие на этот счет в психоанализе, семейной и когнитивно-бихевиориальной терапии, хотя и обладают известной эвристической ценностью, еще ждут своего научного обоснования. Отдельные примеры

* *Кадыров И.М.* – психоаналитик, действительный член Международной Психоаналитической Ассоциации; *Гиль Сон И.* – аспирантка факультета психологии МГУ, медицинский психолог НЦПЗ РАМ; *Чередниченко Е.Н.* – аспирантка факультета психологии МГУ.

успешной психотерапевтической работы с психотическими пациентами с применением этих представлений в их чистом (внутри-школьном) или комбинированном виде (см. *McGorry & Jackson, eds, 1999; Lucas, 2003*) пока не изменили общего пессимистического представления относительно большинства психотических пациентов, особенно – страдающих шизофренией, как почти безнадежных кандидатов на успешный психотерапевтический исход.

Внутри психоанализа, несмотря на уже более чем столетнюю историю изучения психозов (см., например, *Freud, 1894, 1896, 1907, 1911, 1924; Sullivan, 1953; Fromm-Reichmann, 1959; Searles, 1965; Klein, 1946; Bion, 1957; Guntrip, 1962; Rosenfeld, 1952; Segal, 1956* и др.), по-прежнему ведутся серьезнейшие дебаты по поводу психологических условий и механизмов их возникновения, развития, а также терапии.

Значительное число аналитиков (см., например, *Michels, 2003; Robbins, 2003*) вслед за Фрейдом считают большинство психотических пациентов неподдающимися анализу, а их ядерные проблемы – не разрешимыми с помощью психотерапии. Другие аналитики, разделяя мнение, что психотики – крайне тяжелая группа пациентов, тем не менее, считают, что модифицированное применение психоаналитического метода и его теоретического аппарата, существенно обогащенного со времен Фрейда, может оказаться в этих случаях весьма успешным. Существуют данные, которые говорят о возможности установления с этими пациентами осмысленного и конструктивного контакта, о глубоком постижении того, что происходит в их психической жизни, о помощи семьям психотических больных (см. *Steiner, 1991; Robbins, 1993; 2002; Rosenfeld, 1992; Alanen, 1997; Lombardi, 2002; Lucas, 2003* и др.).

Как показала развернувшаяся на страницах Международного психоаналитического журнала (см. *Lucas, 2003; Michels, 2003*) острая полемика относительно адекватности и обоснованности психоаналитических теорий шизофрении, а также силе терапевтического потенциала психоанализа перед лицом психоза, все авторы, независимо от их позиции, сошлись в признании необходимости систематических психоаналитически-ориентированных исследований в этой области.

В своей эмпирической основе современные представления о психозах строятся, как правило, либо на данных исследований, где применялись разнообразные количественные или качественные формализованные методы, либо на выводах, вытекающих из опыта психотерапии психотических пациентов. Вместе с тем надо заметить, что интеграция этих данных нередко весьма затруднительна.

Традиционное клиническое описание психоаналитических сеансов богато сугубо индивидуальными деталями, что позволяет выдвигать инте-

ресные гипотезы, эмпирическая проверка которых, однако, зачастую невозможна. В свою очередь, результаты систематических исследований с применением стандартизированных методов оказываются порой слишком “пробирочными”, т.е. оторванными от исходного живого материала психотерапевтического сеанса и, следовательно, не имеющими непосредственной клинической ценности. Отчасти именно по той причине, что детальные исследования психозов сталкивают исследователя с неразрешимыми методологическими проблемами, количество их столь малочисленно.

Однако в последнее время стали появляться методы, которые позволяют сохранить специфику и богатство клинического психоанализа, обеспечивая при этом возможность эмпирической проверки специфических гипотез.

Общий и неспецифический вопрос: “Достигает или не достигает эффекта психотерапия психотических пациентов?” приобрел в последнее время более точное звучание: каких пациентов? – какого рода лечение? – помогает чему? – при каких условиях? – каким образом? При этом одни исследователи считают, что способности эго при психозах настолько ограничены и дефицитарны, что лишь часть больных может получать помощь от психоаналитического лечения. Другие, напротив, убеждены, что диагноз не является таким однозначным предиктором и, отдавая дань как конституциональному фактору, так и успехам современной психофармакологии (ложная дихотомия “организм – психика” многими преодолена), все-таки применяют психоаналитический язык с целью понимания того, что происходит в психике данного больного на глубинном уровне его бессознательной динамики. Общая психиатрия учит, как собрать историю болезни, оценить психический статус больного, выявить симптомы первого ранга и т.д. Психоанализ, применительно к психозам в частности, позволяет обнаружить смысл в симптоматике больного, отнестись определенным образом к его переносу и разобраться в собственном, зачастую странном, контрпереносном переживании (*Lucas, 2003*).

Похоже, что дилемма, “анализируемы психозы (имеют ли они психологический смысл, способны ли мы их понять) или не анализируемы?”, устарела. Ее место занял вопрос: “достаточно ли стремиться понять, что пытается донести до нас отдельно взятый психотический пациент, или необходимы контролируемые, достоверные исследования релевантных выборок?”.

В данной статье мы хотели бы поделиться фрагментом собственного исследования в указанной области. Исследование осуществляется в рамках проекта “Психоаналитические исследования в клинике” под руководством *И.М.Кадырова*. На базе проекта работает научно-практический

семинар, участники которого и руководитель составляют учебно-исследовательскую группу. В своей работе мы стараемся сочетать возможности традиционного клинико-психоаналитического подхода к пониманию психозов с возможностями более формализованных методов исследований. В общем виде ее исследовательская составляющая включает в себя следующие этапы:

1-й этап. *Организация и проведение серии диагностико-терапевтических интервью с психотическими пациентами.* На этом этапе один из участников группы, прошедший специальную подготовку, проводит интервью с пациентом. С согласия последнего может вестись аудиозапись. Как правило, интервью состоит из трех-четырёх встреч длительностью 45-50 минут каждая, с частотой один раз в неделю. В одних случаях интервью ведётся tête-à-tête, в других – допускается присутствие группы. Пациенты, которые участвуют в исследовании, находятся на стационарном лечении в *НЦПЗ РАМН* в клиническом отделении эндогенных психических расстройств и аффективных состояний*.

2-й этап. *Клинико-психоаналитическое обсуждение материалов интервью в дискуссионной группе и составление гипотетической формулировки случая.* После каждой встречи с пациентом проводится опрос интервьюера о его контрпереносных переживаниях, затем материалы интервью обсуждаются участниками группы. В процессе обсуждения группа пытается выработать гипотетическую психодинамическую формулировку случая в терминах ведущего интрапсихического конфликта пациента, структуры (и дефицитарности) его личностной организации, основных видов тревоги и защитных механизмов, а также “зон ближайшего развития” и показаний или противопоказаний к возможной психотерапии.

3-й этап. *Анализ материалов интервью при помощи формализованных психодинамических методов,* в число которых входят *CCRT (Luborsky)*, Структурный анализ социального поведения – *SASB (Benjamin)*, Конфигурационный анализ (*Horowitz*), Операционализированная психодинамическая диагностика – *OPD (Cierpka et al.)* и некоторые другие методы. При этом приоритет мы отдаем качественным прямым методам исследования динамических и содержательных аспектов диагностико-психотерапевтического взаимодействия с психотическими пациентами.

4-й этап. По результатам сопоставления данных, полученных из разных источников, делается итоговая психодинамическая формулировка относительно случая и прогноз для психотерапии, если таковая представляется возможной.

* Авторы приносят сердечную благодарность руководителю отдела эндогенных психических расстройств и аффективных состояний *НЦПЗ РАМН*, профессору *Г.П.Пантелеевой*.

Исходной эмпирической базой для всего исследования служат материалы диагностико-терапевтического интервью.

Диагностико-терапевтическое интервью

Работы таких психоаналитиков, как Гилл (*Gill et al.*, 1954), Балинт (*Balint*, 1961), Салливан (*Sullivan*, 1970), Аргеландер (*Argelander*, 1976) и Кернберг (*Kernberg*, 1984), посвященные психодинамическому интервью в различных его модификациях, радикально изменили концепцию психоаналитической диагностики. Ныне *диагностическая* и *терапевтическая* функции оценочного психодинамического интервью рассматриваются как сопоставимые по своему значению. Оценка психологического статуса и личностной организации пациента в таком интервью исследуется в специфическом, по сути – аналитическом и терапевтическом поле. В этих условиях именно отношения переноса-контрпереноса кристаллизуют проблемы пациента и дают общее направление к их пониманию. Контакт, который удается установить с пациентом, и первое понимание последним некоторых своих, хотя бы самых поверхностных, затруднений сами по себе могут быть психотерапевтическими.

Проводя интервью даже с тяжелыми психотическими пациентами, мы часто обнаруживали, что можем не только “видеть” работу защитных механизмов, уровень тестирования реальности и другие особенности их личностной организации, но и продвинуться в понимании символического смысла их спутанных и кажущихся бессмысленными коммуникаций. Как и некоторые другие авторы (*Jackson, Williams*, 1994), мы нередко становились свидетелями того, как в ходе интервью мышление, речь и переживания этих пациентов становились более ясными и осмысленными. Однако по мере приближения к его концу у них вновь нарастали тревога, депрессия или усиливались маниакальные защиты, при этом контакт с интервьюером и с самими собой снова ухудшался, а мышление и речь возвращались к изначальному спутанному состоянию. Подобные колебания психического функционирования пациентов в ходе интервью, когда моменты консолидации вокруг относительно здоровых аспектов их личности сменяются последующей фрагментацией, нередко бывают связаны с атмосферой и динамикой отношений “здесь и теперь” между пациентом и интервьюером.

Мы полагаем, что детализированные систематические исследования динамики (или микродинамики) психологического функционирования психотических пациентов в ходе интервью как на уровне традиционного для клинического психоанализа дискурса, так и с применением специальных формализованных методов, являются весьма обещающими. В перспективе такие исследования отдельных случаев и целых групп пациен-

тов могли бы помочь не только пролить свет на психологические механизмы развития психотических расстройств, но и выработать обоснованную систему психологической помощи этим пациентам. Данную работу мы рассматриваем как небольшой шаг в осуществлении такого комбинированного исследования.

Ниже на примере случая Надежды, пациентки, которой был поставлен диагноз “атипичный шизоаффективный психоз с острым образным бредом”, мы попытаемся предложить вариант подобного исследования. Ниже приводятся транскрипты аудиозаписи первого интервью с Надеждой, а также предлагаются клинический разбор материалов интервью и гипотетическая психодинамическая формулировка случая. Затем дается подробное описание, рассматриваются алгоритмы и результаты применения к материалам интервью двух взаимодополняющих формализованных методов исследования – *Структурного анализа социального поведения* Л.Бенджамин и *Конфигурационного анализа* М.Горовица. Эти методы были несколько модифицированы нами для работы с психотическими пациентами.

Мы надеемся, что такой подход позволяет не только улавливать нюансы внутренней интерперсональной динамики пациента в “аналитическом поле” интервью, но и провести более строгое исследование диагностикотерапевтического взаимодействия с помощью формализованных методов анализа.

Надежда

В целях соблюдения конфиденциальности особенные, но не имеющие специального значения подробности личной биографии Надежды были исключены или несущественно изменены.

К моменту проведения интервью Надежде исполнился 31 год. Это была ее первая госпитализация в психиатрическую клинику. Она и ее родители обратились за помощью в связи с появлением “странностей в поведении” и чувством заторможенности у Нади. На первичном осмотре психиатра она вела себя настороженно, на вопросы в приемном отделении отвечала уклончиво. Врачу все же удалось выяснить, что пациентка ощущала влияние неких “излучений”, слышала голоса, замечала, что “все подстроено”. При этом она считала себя избранницей Иисуса Христа и слышала в голове его мысли, представленные в виде стихов. Надежда увлекалась чтением Библии и высказывалась о своей связи с космосом, о том, что “из нее выходит энергия”. Она была убеждена, что избрана для пере-

дачи этих мыслей окружающим людям в целях их совершенствования, согласно Христовым заповедям.

Кроме того, Надежда рассказала психиатру, что после окончания школы она работала сортировщицей на закрытом государственном предприятии и поступила в вуз. После института пациентка продолжила работу на том же предприятии. Жила отдельно от родителей, однако продолжала поддерживать с ними тесные контакты, проявляла по отношению к ним заботу и внимание. За четыре месяца до стационарирования стала несколько задумчивой, чаще уединялась, иногда могла часами сидеть в одной позе, похудела на 10 кг. За месяц до стационарирования прекратила звонить родителям, не отвечала на их звонки, отказывалась от встреч. За две недели до стационарирования появились “странности поведения” – Надежда поменяла в доме яркие занавески на черные, остановила все часы, сняла зеркала, вынесла из дома массу вещей, в том числе нужных. За несколько дней до стационарирования у пациентки отмечалось некоторое улучшение состояния. Однако, по настоянию родственницы, она была проконсультирована у психиатра и госпитализирована. В клинике был поставлен диагноз “атипичный шизоаффективный психоз с острым образным бредом”.

С пациенткой было проведено три интервью по 50 минут каждое. Все интервью проводились *tête-à-tête* и записывались на диктофон. Впоследствии аудиозаписи были переведены в текстовые транскрипты. Интервьюером была одна из участниц исследовательского проекта. Ниже приводится незначительно сокращенный текст *первого интервью*. В целях экономии места в приведенном транскрипте некоторому сокращению подверглись многократные повторы, отдельные вводные слова и междометия, а также части интервью, публикация которых позволила бы идентифицировать пациентку.

Интервью № 1

NN февраля 1999г.

И – интервьюер; *Н* – пациентка.

ЭВ – эпизоды взаимодействия, *ЭО* – эпизоды отношений.

И: У нас с Вами будет три интервью. Мне важно было бы услышать от Вас, что привело Вас в клинику, в чем природа Ваших затруднений и чего Вы ожидаете от лечения.

Н: У меня ...необычные вещи на работе происходили. И ...я очень сильно переутомилась на работе. Может быть, на почве этого у меня появились, как мне сказали, псевдогаллюцинации. ... Для

ЭВ №1

ЭО № 1

ЭВ № 2

меня это было как какое-то чудо прошедшее... Как будто я могу изменять людей своим отношением к ним и своим характером. Просто еще ...я работала на компьютере два года. Без отпуска. И, наверное, получила какую-то долю облучения. ... А еще я работала с цифрами. Я бухгалтером была. Может быть, от этого еще у меня началось... какие-то странности происходить. Я стала замечать, видеть все негативные стороны нашей жизни. ... Как будто у нас нет ничего радостного. Все какое-то... вызывает раздражение. Дома тоже, прям, начала вещи все распаковывать, новые вещи, которыми я на данный момент не пользовалась, начала коробки из-под них выкидывать. Может быть, даже что-то и хорошее выбросила, оставила на первом этаже. ... Чтобы, может быть, кому-то что-то нужно, взять это себе... Я сейчас немного жалею о том, что успела выкинуть, это было в каком-то состоянии аффекта. ... Меня все раздражало, телевизор, кино тоже не могла смотреть. Читать тоже... То есть нету никаких интересов в жизни, кроме как дом и работа только, и все... А потом начались какие-то вообще странные вещи. У меня, прям, какие-то... как притчи, как будто я, как будто Мессия, как вот Иисус Христос ...как будто он мне свои мысли вкладывал в голову. Только это не голос в голове, а это мои мысли. То есть это я мыслю так вот. Но мысли как будто не мои, а чужие. То есть я, прям, говорила притчами о том, что человек должен быть чист душой и телом... Это такая притча, ...она характеризует Евангелие... Новый Завет. Посмотри на твои руки, это твой стол, ...на твой стол. Если у тебя чистые руки всегда, значит, у тебя и чистый стол, ты покушала, ты вытерла за собой все... Посмотри на свой стул, это твоя еда, то есть если ты сидишь... на таком большом кресле помещаешься только, а маленькая табуретка тебя не устраивает, значит, ты слишком много кушаешь... И последняя притча такая. Посмотри на свой пол. Если ты ходишь по ковру, то

ковры, они, конечно, хорошие. Но все равно... должна быть, то есть ковер должен быть в доме чистый. Если ты его постелила на пол, то он должен быть чистый. То есть в этой комнате уже не можешь кушать, кушать можешь только на кухне. В этом заключалось все вот это. Но это все было так навязчиво, то есть это проигрывалось у меня в голове. А потом... мне казалось, что я вот эти притчи, могу передавать на расстоянии. Одному молодому человеку там. Я-то не знаю, слышал он меня или нет. Просто мы на эту тему с ним не говорили. Хотела передать вот эту притчу, ... чтобы он обратил внимание на свой дом, на свой быт. Я, конечно, у него дома не была, я не знаю, что там у него в доме. Просто хотела изменить его как бы. ... Он очень резкий был. Характер у него был такой резкий, но сейчас не знаю, может быть, он уже изменился, может быть, он уже с кем-то встречается. Хотела как-то повлиять просто, подсказать, в каком направлении ему дальше жить надо. Он просто работает вместе со мной на одном предприятии, но в разных подразделениях... А я как бы в него влюбилась, не то чтобы влюбилась, просто я его выбрала. Просто он мне понравился, вроде бы, он культурный. Такой молодой человек, воспитанный и все. Уважает, наверное, старших. Это мое было мнение о нем. Может быть, оно было ошибочным даже. Просто мы с ним не общались, кроме как на работе..., у меня тоже очень мало информации о том, что он, какой он вообще. Может быть, я действительно ошиблась, что, вот, мой выбор пал на него..., что я явилась передатчиком. Ну, действительно, как зомби, вот, может быть, какой-то через меня..., как будто вкладываю я мысли в другую голову...

И: А этот молодой человек, он знал, что Вы его выбрали?

Н: Я думаю, что он догадывался, но он никаких, ...напрямую мы с ним никак не общались... Я думаю, что он, наверное, до сих пор ничего не понимает вообще тоже. Не знает обо мне, наверное,

тоже ничего, не хочет знать. Где я и что со мной. ... Он мне понравился. Я подумала, что он уравновешенный, что он такой... дипломатичный. Потом он хорошо учился в институте. Это я знала. Но, конечно, ему нужно думать сейчас о карьере, то есть он хочет сделать карьеру..., твердо стоять на ногах хочет, а потом будет заниматься уже своей... личной жизнью. А я почему так поступила? Может быть, это какой-то перелом в моей жизни. Потому что, ну, 30 лет – это такой серь-..., мне 31 год. Я б, конечно, хотела иметь семью сейчас, а у меня нет такой возможности (*срывающимся голосом*), то есть, нет... кандидата... Еще – меня.

ЭВ № 4 ЭО № 2

Мной там,... моей судьбой ... как будто распоряжаются посторонние люди. ... Они наделены какой-то властью, – администрация предприятия. У них есть свои интересы, они могут взять какого-то родственника своего устроить... А меня просто двигают ... как пешку, как будто я не человек, а вообще пустое место. ... Не руководят они, а именно вот передвигают мной, чтобы освободить место, там, для кого-то своего, то есть для блатного для какого-то. За 13 лет на одном предприятии я поменяла мест пять.

И: И Вы это связываете с руководством.

*Н: Я это связываю вообще неизвестно с кем, в общем. Я не знаю, почему все это вдруг ...обрушилось, ополчилось на меня. Есть... такие люди, которые живут только для себя. То есть эгоисты, а просто они... готовы перешагнуть через человека, пойти по головам других, вот (*громко*), но достичь своих целей... Такие жестокосердные (*обычным голосом*)... А я-то, например, не могу напролом идти (*плачущим голосом*)... я даже не знаю, в какой среде я могла бы общаться с людьми. Есть ли хорошие люди? Вообще, мне надо подумать, чтобы искать другую работу, уйти из этого предприятия. Но надо найти сначала, куда уйти... Потому что там перспективы очень недалекие..., да и работа тоже времен-*

ЭВ № 5

ЭО № 3

ная... Это просто никому не нужная, штатная единица моя. То есть мне надо тоже думать о будущем... Я по образованию... технолог... Я вообще выбрала институт не потому, что мне он нравился. Моя школа... Мне никто не дал такого, школа мне не дала пути, не дала мне, не подсказала, в каком направлении мне дальше идти искать работу, что лучше у меня получится, никакого направления... Просто вышла на улицу, хоть на улице стой, там, и неизвестно чем занимайся. Не определила наклонностей моих, способностей. Это у нас, вот, такая вот школа... Какой-то переломный процесс сейчас происходит. Сейчас, как бы, идет все наоборот. Более-менее становится ясным, что мы, вроде бы, нас признал и Запад, и Америка нас признала, но, однако, нашу страну не включают в свои, вот, эти объединения, ... которые у них есть. Понимаете, я как бы мыслю какие-то глобальные вещи, а вот личностью своей я никак не могу заняться, не могу исправить, как-то, вот, выйти из этого. В куче там все, и личное завязано и работа... в один клубок. Либо другую работу найти и учить, потому что если личная жизнь не сложилась..., надо хотя бы устроить трудовую деятельность свою.

ЭВ № 6

Мне кажется, что меня сглазили... по волосам. У меня волосы такие были хорошие, мне пришлось даже подстричь, потому что у меня настолько была тяжелая голова, я просто ходила и падала... такая усталость. И на работе тоже. А потом, вот, ... появилось у меня вот это. Стала выбрасывать коробки, в которых вещи лежали... Мне показалось, что в моей квартире люди находились посторонние, что они видели, как я живу. Хотели меня ограбить, в частности сосед тоже, мне показалось, что он следит за мной.

ЭВ № 7 ЭО № 4

... И вообще, мне кажется, что мною хотят воспользоваться. Ну, в общем, я очень навязчивый человек (*плачущим голосом*), извините, по характеру. А как, вот, излечить характер, когда у человека должен же быть кто-то близкий, кто бы по-

ЭВ № 8

нимал. Мама, она у меня, наоборот, она очень такая разговорчивая, общительная. Она там рассказывает, наверное, обо мне всем, мне это тоже не нравится. То есть, где я, и что со мной, и как я. Я ей наоборот говорю: “Не рассказывай никому”. Тут нечем, как говорится, хвастаться... Я не знаю, неуверенность какая-то... Конечно, очень хотелось бы иметь ребенка (*плачет*). Главное, опора чтоб была, чтоб был надежный человек рядом (*сквозь слезы*). Личная жизнь, да, не сложилась. Мне уже 31 год. Да, переломный возраст такой. Это началось у меня с прошлого года. ... С одной стороны, хочется как-то себя немножко... изменить. А с другой стороны, жить не хочется... Как будто тебя кто-то толкает на то, что ты должна принести себя в жертву, наложить на себя руки ...

ЭВ № 9

И: Вы говорите: “Принести себя в жертву”. В жертву чему?

Н: Господу, наверное. Хотя это и считается, конечно, грехом большим. Но все равно, я считаю, нужно принести себя в жертву. Не знаю... Такие, вот у меня странности... я все это переживаю, вспоминаю, как все было (*плачет*)... вспоминаю всю свою жизнь, начиная с 20 лет... Дом – работа, дом – работа. Не знаю даже, как люди знакомятся друг с другом, как они находят друг друга, как люди начинают встречаться... Это мне все незнакомо, потому что у меня в жизни не было молодого человека, вообще ни одного, с которым бы я могла встречаться хоть на какой-то маленький промежуток времени. У меня сейчас контингент, которым уже за сорок, которые уже гуляли, либо женатые мужчины... Ну, просто, которым я нравлюсь. А молодежь, ну, они ..., которым, вот, 30 лет, сейчас мало осталось свободных молодых людей. Знакомства случайные, случайная половая близость, она не приносит особой радости, потому что это раз и два, а хочется, чтобы была какая-то перспектива. Хочется семью иметь нормальную. Мама ведь не вечная. (*Плачущим голосом*) Родители, они же не вечные, правильно? Пока

ЭВ
№10ЭВ №
11

они живы, они еще могли бы помочь мне. Они помогают, мама приезжают ко мне... Папа у нас, к сожалению, уже давно пьет... Потом они живут с соседями, те ждут их смерти, чтобы завладеть их площадью. Я им помочь ничем не могу. Но мне кажется, что это такой абсурд. А они на что-то надеются... Мне мама говорит: "Да что ты, ты об этом даже и не думай. Ты тут думай, как бы вылечиться тебе самой, и все".

Может быть, мне, действительно, надо поплакать. Была такая крепкая нервная система, а сейчас, вот, последние два года прямо как надорвалась... Все почему-то думают, что все зависит от моего, извините меня, стула, как я схожу в туалет, так как какой-то баланс, вот, существует на земле. То есть, есть худые и есть очень полные. А в общем, баланс сохранен. То есть, как закон Архимеда, сколько воды, то есть это объем, я точно не могу сформулировать. Твой вес равен весу вытесненной тобой воды. Есть худые люди, а есть очень толстые.

У нас на работе, например, такая пропускная система. Зависит от веса... Там дана такая граница – 10 кг... В пределах 10 кг ты можешь варьировать... Ты можешь поправиться... на 10 кг или похудеть на 10 кг. ... Ты говоришь свой вес, что мой варьирует от 70 до 80 кг... Вот, я и говорила про эту притчу, что толстые – это, значит, они много едят, то есть они ничем не занимаются... Значит, они живут неправильно. Я, конечно, не особенно такая, это, религиозная. Не хочу я уж так, прям, сильно в религию впадать, просто мне кажется, что Иисус Христос, вот, он есть, просто вкладывает свои мысли в людей. И поэтому они..., начинают с ними происходить такие странности. Вот и все. У нас от веса зависит код, если ты вешишь меньше, то должна срабатывать система какая-то, электроника, что если ты вешишь меньше ...своей градации, это говорит... о твоём нездоровье, что ты теряешь здоровье. Получается так, что... ты можешь вообще хоть, там,

ЭО № 5

умереть на работе, но ты, прежде всего, должен выполнить свою работу. А я считаю, что надо прежде всего заботиться о людях.. А у нас такая, вот, пропускная система, то есть там общий ... баланс сохранен ...

И: Как я понимаю, то, что Вы говорите, для Вас важен не общий баланс какой-то, а важнее каждый человек в отдельности.

Н: Каждый человек в отдельности... Они должны о нем заботиться... То есть, все должно быть конкретно и индивидуально. Сейчас уже, наверное, должны идти к тому, что у каждой семьи должен быть свой врач. Ну, для всей семьи. Для конкретной семьи должен быть какой-то свой набор лекарств... Ой, у меня еще в голову какие-то идеи, не знаю, в общем. Ну, были, а сейчас стала уже забывать. И у меня немножко память притупляется. Я, вообще, даже не знала, что я могу обладать какой-то... ну, вот, например, чувствовала... на расстоянии биополе человека. То есть если человек мне не нравится или что-то такое, я не могу находиться с ним в замкнутом пространстве, я чувствую, что прямо, вот, надо выйти.

Биополе, оно действует угнетающе... Хочется выйти, чувствуется, что на тебя начинает давить, как бы вот на психику. Поточная система работы, она должна быть прекращена... Люди должны находиться, по крайней мере, на расстоянии трех метров друг от друга, чтобы... Поменьше ручного труда, чтобы они находились на довольно, таком, приемлемом расстоянии друг от друга, потому что биополе, оно настолько... Это я имею в виду рабочее место... Не разрешается смотреть телевизор близко тоже... Также у человека, у него свое биополе, своя температура тела. В общем, должно быть пространство между ними довольно такое приличное, чтобы они могли ...контактировать друг с другом.

И: Биополе другого человека мешает?

Н: Потому что оно более сильное, должно быть

ЭВ №13		ЭО № 7	<p>пространство между ними довольно такое приличное, понимаете? Мы же ведь все разные, у каждого своя судьба, у каждого есть происшествя. И характер растет человека, то есть формируется характер... И на фоне этого характера и биополе человека каждого меняется. А мне вот даже... женщина одна, которая мне звонила домой, обвиняла меня в том, ...что я неправильно поела. У меня был день рождения, мы с мамой вместе выпили немножко, посидели, поели. После этого у меня был жидкий стул. После этого мне позвонила эта женщина и сказала, что... у нее, вроде бы, с ее сыном случилось, там, какое-то несчастье. Может быть, он тоже напился или что-то в этом духе... или его вырвало. Может быть, это от переедания. ... Я не знаю, в чем там дело. От меня все это скрывается. Она только собиралась меня с ним познакомить. Я вообще даже не знаю, откуда у нее мой телефон. Ну, я так подозреваю. Ну, и надеюсь, что меня здесь все-таки подлечат, и я перестану бояться, немножко так.</p>
ЭВ №14			<p>Боюсь метро. ... У меня был период, что я боялась ножей и бритвенных лезвий... Это у меня прошло. Но теперь у меня вот навязчивая идея – это метро. Ну, я думаю, это тоже пройдет. А рельсы меня пугают, и поезда. Как будто тебя может кто-то толкнуть... просто ты под чьим-то влиянием можешь туда попасть, под колеса, такая у меня навязчивая идея. Я, конечно, знаю, что это не лично моя идея... Ну, вот, из-за тех негативных... обстоятельств, которые со мной произошли... Ну, буду стараться избавляться от нее.</p>
ЭВ №15			<p><i>И: Вы говорили о том молодом человеке, которому тоже стало плохо, кажется, что между вами появилась какая-то связь.</i></p>
		ЭО № 8	<p><i>Н: Появилась, да, какая-то связь даже. У него немножко, у него бельмо на глазу... А у меня как раз на этом пальце на среднем ...ноготь, как будто от сильного удара...карта всего мира была изображена. Кроме Австралии, Австралия поче-</i></p>

ЭО № 9

му-то не поместилась. И какая-то связь у нас с ним появилась. И с другим, вот, этим, который на работе, у нас с ним тоже была какая-то связь. Чуть ли не космическая. Я волновалась за него и тревожилась... Я не понимала, чем я провинилась перед ним, когда сказала, что я гуляла, что он у меня не первый. Что я в 30 лет должна была оставаться непорочной девой? ... Он же тоже не святой. У него же тоже, наверное, девушки были... Но у нас с ним почему-то уже ничего не получится, потому что мы два таких агрессивных оказались человека. Я стараюсь себя сдерживать. Вот, во мне ... какой-то зверь сидит... Мне надо как-то избавляться, научиться терпению... Я много терплю. Или наоборот надо разряжаться на чем-то, на ком-то... Я должна что-то делать такое, чтобы силу этой агрессии... ослабить...

На этом интервью заканчивается. Надежда просит интервьюера напомнить свое имя, и интересуется, кто она – психолог или психиатр. Получив ответ, пациентка несколько раз повторяет имя, “чтобы не забыть до следующего интервью”, и благодарит интервьюера за то, что та “уделила ей столько внимания”. Они прощаются, и Надежда возвращается в свою палату.

Обсуждение материалов интервью в дискуссионной группе

На следующий день собирается учебно-исследовательская группа, в которую, помимо ее руководителя (в транскрипте – *ИМ*) и интервьюера-стажера (*ИС*), входят также еще несколько человек – сотрудники (врачи-психиатры и психологи) НЦПЗ РАМН и аспиранты кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ (в транскрипте – *ОГ*, *ИТ*, *АК*, *ГР*).

Ниже приводится сокращенный и отредактированный вариант записи этого обсуждения.

ИМ: Как обычно, мы начнем обсуждение с того, что попросим интервьюера поделиться тем, что она думала и чувствовала во время интервью. (Обращаясь к ИС): Не могли бы вы рассказать, как это было для Вас – находиться рядом с Надеждой? Какое у Вас сложилось впечатление о ней и о Вашем взаимодействии? Как Вы себя чувствовали в ходе

интервью? Какие моменты в нем показались Вам заслуживающими особого внимания?

ИС: Она мне сразу понравилась. Наверное, потому, что выглядела как-то очень беспомощно и растерянно. А себя я чувствовала достаточно уверенно. Хотя были моменты, когда я пугалась. Что касается особых моментов в интервью, то довольно важным мне показался момент, когда она заговорила о том, что между людьми должно быть расстояние. Тогда я подумала, что, может быть, она считает, что между нами устанавливается слишком близкий контакт, и это ее пугает. Потом было интересно, когда она говорила о своей связи с другими людьми, и когда описывала то, что она “вкладывает” мысли в других или что Иисус Христос “вкладывает” в нее мысли. Мне показалось, что это похоже на проективную идентификацию. У меня было желание интерпретировать эти моменты. Мне хотелось найти доступные для нее слова, чтобы как-то показать ей, что с ней происходит. Но меня останавливало опасение нарушить ее хрупкие границы и наш пока еще очень хрупкий контакт. Я опасалась, что со своими преждевременными интерпретациями могу выступить в роли такого объекта, который вторгается в нее и наделяет своими мыслями. Мне казалось, что это ее ощущение, что в нее вкладывают мысли, было для нее пугающим, и мне не хотелось его усиливать. Поэтому я старалась минимизировать свои интервенции. Мне хотелось позаботиться о ней. Особенно, когда она плакала. Она стала вытирать рукой глаза еще до того, как у нее появились слезы. У меня было желание достать салфетки, но я останавливала себя, колебалась. Потом, когда появились слезы, я предложила ей салфетку, и мне показалось, это было ей приятно, такая забота. И я тут же подумала о том, что она вообще очень зависима, что для нее установление близкой связи с людьми одновременно и очень важно, и пугающе.

ИМ: *Спасибо. Мысли и чувства, возникающие у нас во время взаимодействия с пациентом, могут быть важным источником информации о нем, его внутреннем мире, и о том, как он строит свои отношения с окружающими. То, чем Вы поделились, очень интересно. Я имею в виду, с одной стороны, Ваше желание позаботиться о ней, приблизиться, поделиться своим пониманием ее душевных трудностей, и, с другой, – одновременный страх нарушить ее границы, а если говорить об упомянутом Вами в этой связи понятии “проективной идентификации”, то и страх нарушить также безопасную и для Вас дистанцию. Согласен, что в этом вашем двойственном ощущении может лежать ключ к пониманию ее внутренней борьбы и ее проблем. Давайте послушаем, что думают остальные. Кто хотел бы начать?*

ОГ: У меня было такое ощущение, что как будто у пациентки нет отчетливого представления о себе. Например, сообщая о том, что у нее нет молодого человека, она говорит: “Понимаете, нет кандидата...”, а потом добавляет: “Вот, еще – меня”. От этой фразы возникает ощущение, что ее отдельной – нет, что происходит постоянная путаница, хаотическое чередование ее самой и объекта. При этом непонятно, способна ли она дифференцировать живое и неживое. Ощущение такое, что если объект и есть, то он какой-то неживой. Или она сама должна быть неживой, если рядом с ней живой объект. И в интервью происходит путаница. Живое путается с неживым, а также возникает смешение между “кто” и “что” или для “кого” и для “чего”. Например, интервьюер спрашивает: “В жертву чему?” Ответ: “Господу, наверное”. Кажется, в этом хаосе и сама интервьюер запутывается. Когда заходит речь о “биополе” и о трехметровой дистанции между пациенткой и другим человеком, интервьюер спрашивает: “Вы говорите, что расстояние между людьми должно быть *не больше* трех метров?”. В то время как пациентка подразумевает, что расстояние должно быть *не меньше* трех метров. Возникает впечатление, что эта путаница в интервью отражает смешение во внутреннем мире пациентки, где полярности постоянно путаются, где теряются ориентиры, и нет какой-то точки отсчета, какого-то организующего центра. Это, наверное, основная проблема пациентки. Еще здесь постоянно звучит оральная тематика. Возможно, это как-то связано с тем, что она не была на грудном вскармливании.

АК: Да, в истории болезни проскальзывает, что по каким-то причинам мать почти с рождения не кормила пациентку грудью и преимущественно перепоручает ее воспитание бабушке. У меня возникает фантазия о возможной неспособности матери осуществлять необходимые материнские функции и о связанной с этим ранней травме.

ИМ: *То есть мы могли бы, пока весьма осторожно, выдвинуть гипотезу о вероятной дефицитности ранних отношений пациентки с материнским объектом. В свете этой гипотезы о самой ранней, едва ли не с рождения возникшей “поломке” в отношениях мы могли бы рассматривать и рассказанный Н. эпизод об отравлении в день ее рождения. В тот день она встречается с матерью, они едят, а в результате происходит что-то вроде символической “поломки”: у пациентки несварение и жидкий стул. И тут же, якобы, звонит другая мать, у которой неизвестно откуда взялся телефон пациентки, и с обвинениями сообщает, что из-за нее пострадал ее ребенок (сын). У того теперь тоже что-то вроде отравления. Я бы не исключал возможности, что в этом несколько фантастическом рассказе пациентки содержится аллюзия на ситуацию “срыва” материнской поддержки в период раннего младенчества, с со-*

путствующими фантазиями о де-дифференциации с объектом, т.е. фантазии о размывании границ, о переливании в этой диаде (или даже монаде) “мать-дитя” одного в другого: у одного убудет – у другого прибудет, один толстеет – другой худеет, у одного понос и у другого понос и т.д.

АК: Пациентка сообщает интересные вещи, которые кое-что говорят о ее отношениях с окружающим миром, а также о самоощущении во время интервью. Здесь есть ужас и кошмар пустоты и одиночества перед лицом огромного *Предприятия*, где к человеку не относятся как к человеку, где его двигают и перемещают, как вещь. Мне показалось, что это также ее бредовая идея о собственном пищеварении. Здесь внутренне присутствует образ этого огромного – “пищеварительного” – предприятия, куда люди входят, потом их взвешивают, перемещают, не обращая на них самих никакого внимания. Звучит страх приближения, и ее бредовые идеи о влиянии, и о какой-то мучительной взаимосвязи людей. Но в интервью она чувствует не только это. Такое впечатление, что интервьюер сумела для нее выступить тем человеком, который обратил на нее внимание, выделил ее, и она благодарна за это. Но с другой стороны, ближе, чем на три метра, по-видимому, и не приблизилась. Хотя, если говорить про взаимодействие, то в конце встречи видно, чего это интервьюеру стоило...

ТИ: Мне очень сложно сформулировать свое переживание относительно интервью с Надеждой. Хотя у нее была такая длинная речь, и она много говорила, было такое ощущение, словно это не мелодия, а одна расстроенная нота. И звучание этой ноты воспринимается как такая навязчивость, которая вызывает не то что агрессию, а какое-то накапливающееся раздражение, которое не осознается как агрессия и отторгается. Но дискомфорт все время накапливается. Что касается взаимодействия, мне кажется, что интервьюеру как будто было страшно сыграть свой аккорд и услышать в ответ какую-то какофонию. После беседы интервьюер отмечает, что для нее во взаимодействии с пациенткой было много пугающего. И даже эти конкретные слова пациентки – про этот “стул” и про это “питание”, эти ее как бы смешные, нелепые слова звучат как-то странно и страшновато.

ИМ: Я согласен с Вами, а также с ОГ и АК, которые тоже выделили эти моменты. Слова Надежды о “столе”, “стуле” и “поле”, которые она почему-то называет “притчами”, действительно, требуют понимания. Есть ли у Вас на этот счет какие-нибудь предположения?

ТИ: Про стул и питание? Как будто пациентка смотрит на свое тело квадратными от ужаса глазами, как будто это не ее тело, и она не знает,

что с этим делать, как быть с этим огромным *Предприятием*, которое репрезентирует ее тело.

ИМ: Я бы сказал, это “*Предприятие*”, эта ужасная конвейерная машинерия, вероятно, представляет одновременно и ее тело, и ее психику, точнее, примитивную фантазию о нерасчлененном и архаическом “теле-психике”, функционирующем подобно пищеварительному тракту. На более глубоком уровне Надежде, как и многим другим психотическим пациентам, трудно дифференцировать реальность внешнюю и внутреннюю, а также реальность телесную и психическую. И та же трудность, как мне кажется, лежит в основе нарушения у пациентки символической функции. Ее “притчи” о столе, стуле и поле – это попытка символизации, но, как мы видим, попытка неудачная.

ТИ: Меня тоже удивило, что она очень часто употребляет слово *притча*. При этом то, что она рассказывает, никоим образом не похоже на притчи. Это такой разительный контраст! Религиозный или символический смысл здесь отсутствует. Как будто она говорит о чем-то буквальном.

ИМ: Да. Я хотел бы сделать несколько общих замечаний о роли символической функции и о нарушениях символизации при психозах. Психоаналитические представления о символизме предполагают, что это бессознательный процесс, в основе которого лежит внутриспсихический конфликт, и что символы представляют собой те или иные аспекты “я”, непосредственные объекты желания и отношения между ними. Мелани Кляйн, например, считает, что символизм возникает из конфликта, который ребенок переживает в связи с его интересом (либидинальным и агрессивным) по отношению к материнскому телу и к телесному взаимодействию обоих родителей. Этот интерес вызывает в нем тревогу и чувство вины, что заставляет ребенка переместить его на мир вокруг, наделяя этот мир символическим значением.

Многие психоаналитики согласны с тем, что полноценная символическая функция в целом является достижением ребенка на том этапе развития, который Мелани Кляйн обозначает как депрессивная позиция. Это период, когда нормально развивающийся младенец отказывается от раннего мегаломанического контроля над объектом, где маниакальный триумф над объектом сочетался с разрушительными нападками на него, и, наконец, признает отдельность и автономность объекта. Он вынужден признать, что объект (мать) обладает собственной жизнью, собственными потребностями и отношениями с другим (третьим) объектом или объектами. Это приобретение сопровождается “депрессивными” переживаниями – чувством потери, горевания и тоски. Символ же

представляет собой отсутствующий или недоступный объект. Однако полноценный символ лишь репрезентирует объект, но не уравнивается и не сливается с ним.

Иными словами, необходимым условием символической репрезентации является признание различия между символом и символизируемым объектом, т.е. их несводимости друг к другу. А эта способность как раз и опирается на присущее депрессивной позиции принятие ребенком собственной сепаратности от объекта, точнее, – на его готовность а) позволить объекту быть сепаратным; б) переносить горе от расставания с ним и в) предлагать репарацию (в виде заботы по отношению к своему объекту). В итоге символизация ведет не только к дальнейшему поступательному развитию эго ребенка, его творческого потенциала, но и к переструктурированию более раннего довербального (параноидно-шизоидного) опыта и его интеграции с более поздними психическими образованиями. У психотических пациентов эта способность серьезно нарушена. Это может быть обусловлено как внутренними, например, наследственными или другими причинами, затрудняющими ранние отношения младенца с материнским объектом, так и ранними травмами, например, резкими или длительными сепарациями, либо неспособностью первичного объекта обеспечить ребенка адекватной заботой и уходом. И у нас с Вами возникли гипотезы такого рода.

Так или иначе, символическая функция психотических пациентов страдает или сводится к примитивному, свойственному параноидно-шизоидной позиции “символическому уравниванию”. Ханна Сигал, автор этого понятия, предполагает, что в параноидно-шизоидной позиции производный объект (как замещающий фантазийный продукт) служит не абстрактным символом отсутствующего объекта, а его конкретным эквивалентом. Сигал приводит два примера, когда пациенты используют внешне похожие, но структурно и функционально отличающиеся символы. Первого пациента, страдающего шизофренией, врач спрашивает, почему тот больше не играет на скрипке. Пациент рассержено отвечает: “Почему? Неужели от меня хотят, чтобы я мастурбировал на людях”. Другому – невротическому пациенту снится сон, в котором он вместе с молодой женщиной составляет дуэт скрипачей. Ход и содержание его последующих ассоциаций также обнаруживает, что скрипка репрезентирует для него его гениталии, а игра на скрипке – мастурбацию. Однако, при этом он сохраняет способность играть на скрипке и получать от этого эстетическое удовольствие. При внешнем сходстве принципиальное различие двух данных ситуаций состоит в том, что если для второго пациента скрипка служит лишь символической репрезентацией мужских гениталий, то для первого то и другое напрямую уравнивается.

Психотик оказывается неспособным справиться с сепарацией и уничтожает ее посредством массивной проективной идентификации с объектом, в результате чего конструируется мир, в котором демонтируются границы между ним и его объектами или между различными объектами. Я и объекты и разные объекты становятся слитными, мало различимыми. Это, в свою очередь, вызывает мощную аннигиляционную тревогу и отчаянные попытки отгородиться от заполняющих их объектов и эвакуировать их за пределы безопасного пространства. Но поскольку “я” и объекты сильно перемешаны, то в результате эвакуации подвергаются и фрагменты их собственной психики.

Но давайте вернемся к Надежде и к ее так называемым притчам. Похоже, эти притчи представляют собой компромиссное образование. Они отражают, с одной стороны, ее попытку двинуться вперед, в сторону депрессивной позиции и смысла, т.е. в сторону символизации и признания сепаратного статуса объекта, а с другой – ее, основанное на неспособности вынести депрессивные переживания, стремление выхолостить символизацию или эвакуировать смысл. Мы можем думать об этом также в терминах бионовской “атаки на связь” и описанных им нарушений так называемой альфа-функции. Ведь смысл опирается на способность устанавливать связь с объектом и между объектами. Похоже, тревога и боль Надежды столь интенсивны, а ее отчаянные попытки защититься от переживаний депрессивной позиции (с наполненными смыслом объектными отношениями) до такой степени массивны, что полноценная символическая репрезентация становится невозможной, и ее “притчи” остаются лишь конкретными, плоскими символическими уравнениями. Последние подменяют живые мысли, превращаясь в продукты и средства “эвакуации”.

Несостоятельные притчи отражают регрессию на уровень очень конкретных перцептивных переживаний, которые имеют отношение к ее телу и телесным отправлениям. Когда она говорит о “столе”, о “стуле” и о “поле”, то как будто имеет в виду свою психическую и телесную анатомию, точнее – оральную (стол), анальную (стул) и генитальную (пол) зоны и их функционирование. Эти психо-организмические зоны и их функции, однако, кажутся смешанными, сваленными в одну кучу. При этом наиболее ранняя и архаическая орально-анальная тематика (инкорпорация-эвакуация) довлеет над всем остальным. Она озабочена чистотой. Ее мысли, чувства и желания, ее “стол”, “стул” и “пол” должны быть очищенными от грязи и не причинять ей беспокойства. Вероятно, в основе этого может лежать страх, что то, что находится внутри нее (ее внутренний мир и ее тело), подвергнется инвазии и загрязнению. Она чувствует, что она проницаема для любых воздейст-

вий и вторжений извне. Ее Эго-границы зыбки и текучи, а отношения с объектами строятся “по закону Архимеда”, когда она и объекты перетекают друг в друга и сливаются. Если она набирает вес, то кто-то в ее окружении (с кем у нее фантазийная связь) теряет, если у нее понос и ее тошнит, то и у другого человека тоже понос и тошнота.

ОГ: Этот закон можно было бы понять и так: сколько в нее “погружается”, столько она должна “вытеснить”...

ИМ: Да. “Иисус” вкладывает в нее мысли-притчи, которые заполняют ее. Если другие люди приближаются к ней ближе, чем на три метра, то они проникают в нее и заполняют своим “биополем”. Мы можем предположить, что речь идет о примитивных фантазиях об инвазии и поглощении. Одной из вариаций этой темы могут быть одновременно и желанные, и пугающие фантазии о зачатии, в частности о беременности или непорочном зачатии через “биополе”, через переданные мысли и чувства. Иисус был зачат непорочно, и она в “30 лет должна остаться непорочной девой”, что в то же время означает оставаться одинокой. Но теперь она беременна мыслями-притчами “Иисуса”. На каком-то уровне эта идея кажется ей привлекательной. Но с другой стороны, как мы видели, то, чем она “беременна”, все эти мысли и чувства, превращается в спутанный комок, который не поддается перевариванию и от которого необходимо избавиться. В этом виде фантазия о беременности, как физической, так и ментальной, ужасает ее.

Складывается впечатление, что Надежда невероятно обеспокоена тем, что кто угодно способен проникнуть в нее и заполнить (“мною, моей судьбой распоряжаются другие люди”). Ей кажется, что против нее все ополчилось, за ней следит сосед, в ее жилье проникают чужие люди. Это психотическая паранойяльная тревога. И ее защиты опираются на психотическую эвакуацию вовне беспокоящих ее мыслей, чувств и объектов. Проективная идентификация становится для нее основным способом выживания и коммуникации. Она так сильно стремится опустошить себя через “стул”, через “биополе”, через “трансляцию” и “вкладывание” мыслей и чувств в других людей (и в своего интервьюера), что теперь с ужасом ощущает, как все это содержание вторгается в нее снова. Исторгнутые агрессивные объекты и деструктивные переживания начинают преследовать ее в виде навязчивых и пугающих эго-дистоничных (т.е. воспринимаемых как чуждых) идей, в том числе и о самодеструкции. Вспомним эти мысли о ножках, бритвенных лезвиях, которые могут ее повредить, и о поездах в метро, под колеса которых ее могут толкнуть.

Мы можем предположить, что вместе с опасными и непереносимыми мыслями, чувствами и объектами она эвакуирует и потенциально кон-

структивные части своего психического аппарата (от отдельных аспектов ее “я” – до тех или иных эго-функций, в том числе и мыслительных). Из интервью и из истории болезни мы знаем, что ее психотический приступ непосредственно перед госпитализацией начинается с идеи, что в ее квартиру (т.е. в ее жизненное и психическое пространство) проникают недобрые чужаки, и что она начинает выбрасывать из квартиры “лишние” вещи, среди которых оказываются и нужные.

И конечно, все это проявляется в ее отношениях с интервьюером “здесь и теперь”. Для нас именно отношения переноса-контрпереноса являются наиболее важным источником данных о внутреннем мире пациентки со всеми его патологическими и здоровыми частями. Мы можем понимать ее возникающие в интервью рассказы как некие метакоммуникации о наличной ситуации, т.е. как ее сообщения (конечно, неосознанные и по сути трансферентные) интервьюеру о том, что с ней происходит, и что она переживает в этом взаимодействии. В данном контексте рассказ Надежды в середине интервью о “биополе” другого человека, которое становится опасным при сближении, можно понимать как ее трансферентный страх в ситуации “здесь и теперь”, страх эмоционального сближения с интервьюером. И хотя, по-видимому, ее чувства “здесь и теперь” представлены на разных уровнях, на одном из них интервьюер становится мишенью для проективной идентификации, и в результате приобретает в ее глазах черты преследующего и вторгающегося объекта. В чувствах “здесь и теперь” самого интервьюера эта тревожная проекция также представлена. В частности, она возникает как техническая дилемма – а) задача приблизиться к пациентке, понять ее и поделиться с ней своим пониманием и своими интерпретациями, и б) опасение нарушить безопасную дистанцию, вторгнуться в ее внутреннее пространство и решение “минимизировать” свои интерпретации. На этом уровне обе стороны, конечно, с разной степенью осознания, воспринимают интерпретации как угрозу возвращения и вторжения эвакуированных пациенткой чувств и мыслей.

ГР: В то же время, по-видимому, Надежда все же хочет что-то передать интервьюеру. Мне кажется, она хочет передать именно то, что сама она не понимает, и не способна понять. Например, часть ее текста, особенно эти притчи в начале интервью, фактически остается непонятной. При этом она постоянно сопровождает эти притчи словами и полувопросами – “понимаете?”, “понимаете?”...

ИМ: Согласен, это очень важный нюанс. Здесь проективная идентификация является не просто средством эвакуации, но и средством коммуникации. На том уровне, о котором мы говорили раньше, пациентка проецирует свое “поломанное мышление” и его продукты в собеседника

(в объект), заражая последнего своим недоумением, чувством бессмысленности и крайнего дискомфорта. На другом уровне эта проекция содержит в себе надежду, что ее объект сможет принять эту проекцию, что психологический “желудок” последнего не сорвется и выдержит. ...Рассказывая о выброшенных ею вещах, Надежда замечает, что среди выброшенного могли оказаться и хорошие вещи. Выбросив, она, тем не менее, складывала их так, чтобы кто-то мог их взять и употребить с пользой. Если рассматривать эту историю как метакоммуникацию о том, что она переживает в ситуации интервью, мы могли бы предположить, что это послание от ее относительно сохранной, здоровой части личности, которая, несмотря на всю глубину нарушений в других областях личностной организации, все же шлет свои сигналы SOS. Иначе говоря, Надежда все же рассчитывает, что интервьюер сможет найти что-то ценное в том, что она продуцирует в общении с ней, и что это можно будет “употребить с пользой”.

ГР: Мне кажется, что во взаимодействии с пациенткой интервьюер неоднократно сталкивалась и с ее сильными депрессивным переживаниями. Слезы и тоска по объекту, по “кандидату”, появлялись и в начале, и в середине, но особенно в конце интервью. Думаю, эти чувства были довольно тяжелыми для них обеих... То, что происходило между ними, похоже на контейнирование этих чувств. Может быть, для пациентки это был редкий, если не первый случай такого общения, возможности так говорить и переживать в присутствии надежного и контейнирующего другого. Возможно, способность пациентки коммуницировать эти чувства в интервью, хотя бы потенциально, указывают на зону ее ближайшего развития, т.е. на возможность лучшего психологического функционирования, лучшего осознания и символизации в ситуации, когда рядом находится помогающий и способный к контейнированию другой. Возможно, именно в этой зоне и мог бы быть найден выход из ее паранойяльной системы.

ИМ: Да, интервью дает основания для надежды, что у пациентки, даже на фоне массивных психотических нарушений, еще сохраняется, хотя бы “факультативно”, здоровая и доступная часть. И поэтому у нее мог бы быть и ресурс для потенциального продвижения и развития в психотерапии. Благодаря интервью мы видим, как психологическое функционирование пациентки постоянно колеблется между параноидно-шизоидной и депрессивной позициями, по Мелани Кляйн.

На параноидно-шизоидном полюсе доминируют мегаломанические фантазии о размывании границ с объектом и отрицается его сепаратное существование. Эти фантазии сопровождаются тревогой растворения в объекте и собственной аннигиляции, а также паранойяльными

страхами перед преследующими, вторгающимися и поглощающими объектами. Основным способом психологического выживания становится проективная идентификация, расщепление и другие примитивные защиты. При этом также повреждается символическая функция, мышление и обедняется вся личностная организация.

Другой полюс этих флюктуаций представлен депрессивной позицией, которая пока избегается и присутствует лишь потенциально. И все же, как мы видим, в интервью немало депрессивных переживаний. С одной стороны параноидно-шизоидная позиция может рассматриваться нами как регрессивное убежище пациентки от этих депрессивных чувств, т.е. от острой боли утраты и тоски по объекту. С другой, она же лишает смысла ее жизнь, превращая ее в механический конвейер. В интервью Надежда с болью признает, что ей уже 31 год, а “кандидата нет” и что ее женское и жизненное время безвозвратно уходит. Но именно эта боль и эти депрессивные чувства, в той мере, в какой они не эвакуируются, а переживаются, “очеловечивают” ее переживания. Похоже, способность переживать и выносить эти депрессивные чувства весьма неустойчива. Когда эта боль и чувства достигают предела переносимости, для их эвакуации запускается механизм параноидно-шизоидный конвейера.

В интервью эта боль, хотя бы на какое-то время, не избегается и в определенной форме контейнируется. Можно предположить, что для более объемного “контейнирования” потребовалась бы кропотливая и длительная психологическая проработка смысла тревог, фантазий и защит пациентки – в надежном психотерапевтическом сеттинге, на фоне комплексной поддержки психиатра и других специалистов. Но, тем не менее, в конце интервью пациентка, похоже, испытывает благодарность к интервьюеру. Пока этот контакт и близость неустойчивы. Поэтому дальнейшие отношения с интервьюером или возможным психотерапевтом, по-видимому, также будут пропитаны колебаниями, подчас резкими. Надеюсь, в ходе обсуждения материалов двух следующих интервью с Надеждой у нас будет возможность проверить некоторые из наших предположений, а также выдвинуть новые.

Гипотетическая психодинамическая формулировка

Таким образом, подводя итог нашему обсуждению интервью с Н., можно сделать некоторые предположения об особенностях ее психологического функционирования. Эти гипотезы, в частности, предполагают, что психологическая дилемма пациентки определяется, с одной стороны, – а) ее фантазиями о полном слиянии с объектом и об удовлетворении, таким образом, всех ее либидинальных и агрессивных потребностей, в

том числе потребности в безопасности и контейнировании непереносимых чувств; с другой, – б) ужасом перед объектом, который воспринимается как вторгающийся, проникающий и поглощающий (до степени полного растворения в нем и аннигиляции). Попытки пациентки отгородиться от объекта, удалиться от него на безопасную дистанцию или даже его полное фантазийное аннулирование только усиливают чувство депривации и тоскливого одиночества. В свою очередь, эти чувства усиливают мегаломанические фантазии об упразднении автономии объекта и полном слиянии с ним.

Истоки этой дилеммы, предположительно, могут лежать в ранней травме или дефицитарности ранних отношений с материнским объектом, что может быть обусловлено либо внутренними причинами (например, наследственными) либо неспособностью материнского объекта обеспечить в отношениях с ребенком необходимый контакт, безопасные границы и психологическое контейнирование. Материал интервью и история болезни дают основания для таких допущений.

Эта динамика может быть представлена и в виде флюктуаций психической организации пациентки (ее объектных ведущих фантазий, тревог и защит) между параноидно-шизоидной и депрессивной позициями (М.Кляйн). В момент первого интервью доминирует параноидно-шизоидный модус функционирования. Ведущими механизмами психологического выживания становятся проективная идентификация и эвакуация непереносимых переживаний, мыслей, объектов и фрагментов собственного психического аппарата, что ведет к существенному обеднению психической жизни, а также к серьезному нарушению мышления и символизации.

Вместе с тем, пациентка обнаруживает определенный потенциал к лучшему контакту с объектом и продвижению к депрессивной позиции, т.е., в итоге, к более здоровому функционированию. Однако этот потенциал блокируется параноидно-шизоидными тенденциями (ужас преследования и аннигиляции, проективная идентификация, демонтаж мыслительного аппарата, нарушение символизации) и непереносимостью депрессивных переживаний (боль и страх утраты объекта). Для контейнирования этих переживаний, возможно, была бы необходима длительная и кропотливая психологическая проработка и интерпретация смысла ее тревог, фантазий и защит в надежном психотерапевтическом сеттинге. Такая психотерапевтическая работа потребовала бы комплексной поддержки со стороны психиатра, психолога и других специалистов.

Во второй части статьи мы подробно опишем результаты параллельного применения к данному интервью двух взаимодополняющих методов –

Структурного Анализа Социального Поведения (САСП) (Benjamin, 1974) и Конфигурационного Анализа (КА) (Horowitz, 1987).

“Структурный анализ социального поведения” Л.Бенджамин

Цель этого метода – постановка интерперсонального диагноза. САСП (SASB) – система, с помощью которой можно моделировать и анализировать межличностные взаимодействия. Эта методика выявляет и кодирует межличностные интеракции между участниками. Она также подходит для поддержания и понимания текущих терапевтических процессов. Метод является универсальным инструментом для исследования различных форматов психотерапии. С его помощью можно сопоставлять различные виды психотерапии, оценивать эффективность психотерапевтического вмешательства, точно формулировать необходимые принципы интеракций в терапии.

Создавая свой метод, Л.Бенджамин (Benjamin, 1974, 1979, 1984, 1994, 1998) опиралась на идеи Г.Салливана (Sullivan, 1953), М.Малер (Maler, 1968), Х.Мюррея (Murray, 1938), Д.Лири (Leary, 1957), Д.Кислера (Kiesler, 1986), Е.Шефера (Schaefer, 1965) и др.

Так, в теории Мюррея большое значение в формировании личности придается интерперсональным переживаниям. Подход Салливана даже назван “интерперсональным”, поскольку в его диагностике психических расстройств особенности интерперсонального поведения рассматриваются как ведущие симптомы. Лири, основываясь на идеях Салливана и Мюррея, предложил *Модель Интерперсонального Круга (Interpersonal Circle)*, согласно которой межличностное поведение анализируется в системе координат, заданной двумя осями: горизонтальная ось – аффилиации (любовь-ненависть), вертикальная – контроля (подчинение-доминирование). Е.Шефер предложил несколько иную модель поведения, основанную не на идеях Салливана, а на теории сепарации/индивидуации М.Малер: оставляя горизонтальную ось за аффилиацией, вертикальной он придает значение психологического контроля, где контролю противопоставляется не подчинение, а независимость.

САСП объединяет в себе ключевые идеи моделей Лири и Шефера, благодаря введению дополнительного параметра в оценку межличностного поведения – интерактивного фокуса. Имеется в виду, что любая интеракция может либо быть направленной на партнера (активное действие, в фокусе которого – “другой”), либо являться ответной реакцией на предшествующее действие партнера (реактивное действие, интерактивный фокус), либо стать частью Я-концепции субъекта, проявляясь как самоотношение (интроекция). В последнем случае фокус “другого” становится

интроектом одного из участников взаимодействия (ребенок, став взрослым, обвиняет себя точно так же, как в детстве его обвинял родитель, например, в плохом поведении).

Итак, при проведении *САСП* интеракции анализируются по трем измерениям интерперсональных взаимодействий – аффилиация (любовь-ненависть), взаимозависимость (контроль-независимость), интерактивный фокус. Каждое из измерений представлено тремя уровнями: активное действие (в фокусе – “другой”), реактивное действие (фокус на себе), самоотношение, и соответствующим образом расположено на *схеме*, получив категориальное обозначение (*рис. 1*).

Такой подход позволяет более дифференцированно представить трансакции пациента. Они могут строиться согласно принципам: комплементарности (отношения субъекта и объекта дополняют друг друга), оппозиции (отношения субъекта и объекта противоположны друг другу), сходства (нестабильность отношения, если позиции субъекта и объекта одинаковы) и пр.

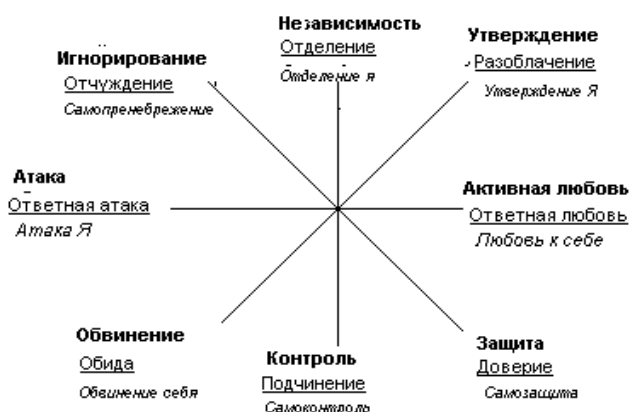


Рис.1
Интегративная САСП-модель,
демонстрирующая все три измерения

Категории, выделенные **жирным шрифтом**, описывают действия, интерактивный фокус которых – на “другом”. Категории, выделенные подчеркиванием, определяют действия или реакции с интерактивным фокусом – на себе. Оба этих фокуса составляют комплементарные пары. *Курсивом* выделены позиции, описывающие *интроекты*, которые дают по-

нять, что случается, когда пациент “вредит” самому себе так же, как в детстве значимые “другие” вредили ему.

С точки зрения Л.Бенджамин, обнаружение в отношениях данных принципов позволяет выдвинуть предположения о генезисе интерперсональных паттернов и строить прогнозы о появлении этих паттернов в будущих взаимоотношениях. Формат САСП позволяет определить устойчивые характерологические позиции человека в отношениях со значимыми другими, а также выявить основные желания и страхи, которые организуют и управляют этими интерперсональными паттернами. Все личностные расстройства, включенные в *DSM IV*, Бенджамин рассматривает в терминах интерперсональных категорий. Например, *пограничное личностное расстройство* на языке интерперсонального диагноза Бенджамин выглядит следующим образом: патологический страх оставления и желание получить заботу, защиту; стремление к физической близости с любящим другим (спасателем, защитником, близким). Основная позиция – дружественная зависимость от заботящихся, которая превращается в жесткий контроль, если так называемый “спасатель” не предоставляет заботы или защиты в достаточном объеме (а то и другое никогда не бывает достаточным). У пациента существует убеждение, что “спасатель”, если не открыто, то в душе любит зависимость пациента от него и потребность в нем, и порочный интроект атакует его Я, едва появляются признаки успеха или благополучия. Кодирование *САСП* для пограничного личностного расстройства выглядит следующим образом: **Контроль, Обвинение, Атака, Активная любовь, Доверие, Атака себя, Защита себя**; желание – получить **Защиту**; страх – **Игнорирования**. При условии наличия у пациента толерантности к длительному одиночеству диагноз пограничного личностного расстройства не ставится.

Перевод симптомов пациента в интерперсональные термины Л.Бенджамин использует и для дифференциальной диагностики. Например, сравнивая нарциссическое и истерическое личностные расстройства (по классификации *DSM IV*), она определяет их коды одинаково: **Контроль и Обвинение**; желания: **Активной любви и Защиты**, страх – **Игнорирования**. Но патологическая для обоих расстройств потребность в любви существенно различается. Пациенты с истерическим личностным расстройством обычно не демонстрируют того безусловного ожидания любви и подтверждения их идеальности как нечто должного, которые так присущи пациентам с нарциссическим расстройством. Скорее, как пациенты с пограничным личностным расстройством, они просто требуют любви и заботы.

Таким образом, метод *Структурного Анализа Социального Поведения* дает возможность анализировать как межличностные трансакции, так и внутриличностную динамику пациента в текущем интерперсональном процессе, в том числе и в интерперсональных по своей природе процессах диагностики и психотерапии.

**Алгоритм проведения САСП
(построение интегративной модели)**

1. На первом этапе из материалов интервью выделяются серии эпизодов взаимодействия (ЭВ) пациента и “другого”. ЭВ – это фрагменты интервью, содержащие нарративы пациента о взаимодействии с другими людьми, включая и интервьюера. “Другой” – идентифицируемый главный персонаж, с которым взаимодействует пациент. Если речь идет о нескольких людях сразу, то целесообразно выделить в отдельный эпизод отношения с тем, о ком говорится более всего. Если один и тот же “другой” возникает в разных интеракциях, то данные отношения рассматриваются как отдельные эпизоды. Интеракции выделяют в той последовательности, в какой о них сообщает пациент. Пригодными для анализа считаются все эпизоды взаимодействия, даже отрывочные и неполные. Действия и реакции, как пациента, так и “другого”, являются одинаково важными. Относительно полный эпизод взаимодействия должен содержать все детали взаимодействия: желание субъекта (пациента или “другого”), действие субъекта (пациента или “другого”), ответную реакцию субъекта (пациента или “другого”), Я-концепцию субъекта. В каждом эпизоде взаимодействия учитывается последовательность инициирующих действий и ответных реакций пациента и “другого”. Последовательность их возникновения нумеруется по порядку. В тексте транскрипта каждый эпизод взаимодействия отмечается вертикальной чертой на полях, рядом указывается его номер и главный персонаж, с которым взаимодействует пациент. Для упрощения представления результатов в данной статье для анализа были взяты только восемь эпизодов взаимодействия.

2. Второй шаг – определение интерактивного фокуса в каждом эпизоде для построения моделей взаимодействия как пациента, так и “другого”. Как уже отмечалось, **фокус на другом** в модели выделяется **жирным шрифтом**; интерактивный фокус на себе – подчеркиванием; *интроекция* – *курсивом*. В данной статье мы ограничились лишь частичным описанием модели взаимодействия “другого”, представив в ней, главным образом, фокус на “другом”, то есть действия, прямо или косвенно направленные на пациента.

3. На третьем этапе все действия участников взаимодействия располагаются в пространстве координат, заданном осями аффилиации и взаимо-

зависимости. На каждой оси отмечаются степени выраженности этих характеристик взаимодействия. В результате выстраивается модель социального поведения пациента, “другого” и модель их интеракции. Для упрощения представления результатов в данной статье демонстрируется только итоговая модель взаимодействия в каждом эпизоде.

4. Заключительным этапом является построение интегративной модели социального поведения; в данном случае она отражает динамику паттернов интерперсональных отношений пациентки на материале восьми эпизодов взаимодействия.

В *таблице 1* (см. **Приложение**) представлены результаты первых трех шагов анализа. В первой графе указан номер выделяемого ЭВ и наименование главного персонажа. Во второй – дана краткая характеристика ЭВ (наличие параметров), описаны желания и страхи пациента. В третьей – описана модель взаимодействия пациентки и “другого” с учетом последовательности действий и в соответствии с кодированием САСП (**Таблица 1**).

Результаты САСП

В интервью с Н. было выделено 15 эпизодов взаимодействия. В четырнадцати из них присутствуют не все компоненты, необходимые для полноценного анализа интеракции (см. графу “*характеристика интеракции (параметры ЭВ)*” табл.1). В транскриптах интервью трудно выделить полные эпизоды; к тому же, мало описаний реальных интеракций: репрезентации “другого” частичны, в большинстве случаев – фантазийны. Только в четырех случаях “другие” фигурируют как конкретные лица, в остальных – это взаимодействия с абстрактными, неопределенными “другими”. Взаимодействие нашей пациентки разворачивается, скорее, в области внутренних переживаний – в эпизодах мало действий в отношении какого-то конкретного “другого”, больше самопереживания, самоотношения, т.е. Я-репрезентаций. Иначе говоря, взаимодействия редко интер-, чаще – интраперсональны, при этом границы внутреннего и внешнего “другого” не выступают для пациентки достаточно отчетливо, и описываемые переживания не носят выраженного социального характера. На основе проведенного анализа можно утверждать, что большая часть представленных взаимодействий сфокусирована на самом субъекте и лишь меньшая – на другом их участнике.

Анализ взаимодействия со значимыми другими, проведенный на материале интервью, показывает, что во многих случаях действия пациентки или действия “другого” описываются Н. как **контролирующие**.

В части интеракций (ЭВ 2,4,7,12,14) в качестве контролирующей стороны выступают “другие” (фокус “другого” – на пациентке), в иных (ЭВ

1,3,7,8,13) – сама пациентка. При этом гармоничного сочетания с элементарной категорией “подчинение” не происходит, поэтому отношения нестабильны. “Другой” в подобных взаимодействиях отдалается (игнорирует) (ЭВ 3) либо отвечает обвинением (ЭВ 13). Интересную динамику можно проследить в смене эпизодов взаимодействия, при которой ситуация часто “переворачивается”. В одних эпизодах пациентка “изменяет другого” (ЭВ 3), в следующих – “другие” “распоряжаются” ею, “передвигают” ее (ЭВ 4), затем пациентка снова контролирует, после чего в качестве контролирующего опять воспринимается “другой”. Таким образом, в восприятии Н. отмечается частая смена позиций и фокусов.

Когда контролирует “другой”, пациентка отвечает подчинением (ЭВ 2,4,14), отдалается, отчуждается (ЭВ 4,12) либо отвечает контролем (ЭВ 7). Часто “другой” воспринимается как сменяющий контроль на атаку (контроль, атака – ЭВ 4,12,14; обвинение {контроль + атака} – ЭВ 13). В целом, такая динамика взаимодействия отмечается в шести эпизодах (ЭВ 4,6,9,12,14,15). И на контроль, и на атаку пациентка отвечает подчинением (ЭВ 4,6,9,14); подчинение может сочетаться со страхом игнорирования (ЭВ 6,10). Другие варианты ответа – отделение, отчуждение (ЭВ 12,15) либо ответная атака (ЭВ 15). Когда пациентка не может контролировать, не может “влиять”, отношения распадаются. Смена позиций и интерактивных фокусов, которую мы наблюдали на полюсе “контроль” оси взаимозависимости, отмечается и на другом ее полюсе – “независимость”. В шести эпизодах взаимодействия “другие” воспринимаются пациенткой как игнорирующие и независимые (ЭВ 3,4,5,8,10,13). Но многие взаимодействия противоречивы: “другие” переживаются пациенткой и как игнорирующие, и как контролирующие. В подобных случаях Н. начинает активно отдаляться (ЭВ 3,4), обвинять, контролировать (5,8), подчиняться (10), обижаться (13). Пациентка отдалается, отчуждает и в ответ на контролирующее, атакующее поведение “другого” (ЭВ 4,6,12,13,14,15), хотя при этом и боится одиночества (ЭВ 12).

Анализ материалов выявляет выраженную потребность Н. в помощи, поддержке, близости. Однако близкие отношения становятся для нее невозможными. “Другие” воспринимаются как атакующие, а себя Н. характеризует как “навязчивую” (Подчинение, Доверие – ЭВ 7). Лишь в одном эпизоде интервью (ЭВ 11) “другие” переживаются пациенткой как защищающие, где в ответ на защиту она отвечает “доверием”. Но Н. как будто не выдерживает отношений подобного рода, начиная атаковать “другого”. В тех же случаях, когда пациентка заботится о других (категория защита, фокус на другом), “другой” начинает в ответ атаковать, обвинять ее, провоцируя на ответную атаку и отчуждение (ЭВ 15). Иными словами, как бы пациентка ни переживала себя во взаимодействии с “другими” (в том

числе и с интервьюером) – как “доверяющую” (ЭВ 10,11) либо как **атакующую** и **обижающуюся** (ЭВ 4,5,11,15), – “другие” воспринимаются ею, главным образом, атакующими, что заставляет Н. еще больше дистанцироваться. И это делает окончательно невозможным удовлетворение ее потребности в близости. Таким образом, пациентку характеризует сильное желание близости и одновременно – ощущение угрозы давления, атаки со стороны “другого”.

При анализе эпизодов взаимодействия обнаруживается спутанность фокусов пациентки и “другого” (ЭВ 1,7,12), ввиду чего становится затруднительным определение направленности фокуса. Н. проявляет агрессию (**атака, отчуждение**): “Если человек мне не нравится..., я не могу находиться с ним в замкнутом пространстве, чувствую, что прямо, вот, надо выйти” (ЭВ 12). Агрессивность исходит от “другого” и от субъекта, когда пациентка говорит это в ситуации интервью, обращаясь к интервьюеру. И тут же проявляется агрессия, направленная на себя, – “мне нужно наложить на себя руки... меня кто-то толкает на это...” (ЭВ 9). Ранее мы отмечали большое количество эпизодов, где происходит своего рода переворачивание ситуации, т.е. смена позиций между пациенткой и “другим”. Можно думать, что причиной данного феномена служит недостаточная дифференцированность представлений пациента о себе и “другом”. “Переворачивание” представляет собой проекцию фрагментов образа Я пациентки.

На основе приведенных данных можно выдвинуть следующую гипотезу. Н. переживает желание близости, но данная потребность фрустрируется. Интерперсональные отношения Н. во многом определяются поиском определенной дистанции с “другими”, способной обеспечить ее безопасность и независимость, что на самом деле приводит к чрезмерной удаленности и одиночеству (ЭВ 12). Возникает агрессия (**атака со стороны пациентки**), вызывающая чувство вины, что создает невыносимые для пациентки переживания, в исходе которых агрессия проецируется на “другого” (**атака со стороны “другого”**). Тогда “другие” переживаются как атакующие, контролирующие, обвиняющие, что вновь рождает желание пациентки обезопасить свое “Я” и отдалиться из-за невозможности выдержать эти отношения. В этой связи с объектами, воспринимаемыми как сильные люди, пациентка чувствует себя более безопасно (подчинение), но при этом желание близости фрустрируется.

Л.Бенджамин, создавая данную модель анализа и стремясь преодолеть проблемы с дифференциальным диагнозом, предлагает рассматривать каждый симптом в межличностном контексте. В этой диагностической системе пациентку можно отнести к группе так называемых “эксцентрических расстройств”, куда входят параноидное, шизоидное и шизотипи-

ческое личностные расстройства. В то же время переживаемый пациенткой страх быть покинутой, ее потребность в заботе, близости и поддержке характерны для пациентов с пограничным личностным расстройством. Возможно, такая двойственность связана с “многоукладностью” шизоаффективного расстройства пациентки, с которым мы имеем дело. Ее личностную организацию отличают как те, так и другие особенности; какие из них доминируют – зависит от фазы течения болезни.

Проведенный нами анализ *САСП* позволил определить характерные позиции пациентки во взаимоотношениях с другими, а также основные желания и страхи, которые организуют ее интерперсональные отношения.

Одно из практических значений психодинамической диагностики – подготовка к терапевтической работе с пациентом. Полученные данные позволяют предполагать, как могли бы разворачиваться терапевтические отношения с пациенткой, если бы была предложена такая психотерапия. По-видимому, травмирующие переживания игнорирования и дистанцирования стали бы частью терапевтической работы. Пациентка боится игнорирования и стремится к оппозиции данного отношения – к защите. Эти одновременно переживаемые желания и страх наверняка будут определять большое число интеракций между пациентом и терапевтом. При этом можно ожидать постоянной смены позиций пациентки. Высока вероятность как контроля и атаки с ее стороны, так и обратной ситуации, когда терапевт будет восприниматься как контролирующий и атакующий, поэтому определение интерактивного фокуса может быть проблематичным. Динамика отношений пациентки с психотерапевтом может также определяться “странностью” ее переживания “другого” в интеракциях, что может находить выражение в нечеткости, размытости его репрезентаций. Можно ожидать активизации конфузийных состояний у пациентки и в контрпереносе терапевта. Не стоит удивляться, если последнему будет крайне трудно понять, идет ли речь о внешнем или о внутреннем взаимодействии, и столь же трудно определить субъекта и объекта интеракции. Преодоление такого рода трудностей может быть одной из амбициозных задач и одним из основных содержаний и проблем психотерапии.

Конфигурационный анализ М.Горовица

Микроанализ текста является уже принятым исследовательским принципом, варьируя в конкретных методах психоаналитических исследований (*Dahl, Kachele, Thoma, 1988; IPA Outcome Research, 1999; Томэ, Кэхеле, 2001*). М.Горовиц (*Horowitz, 1987*) предложил конфигурационный анализ как метод, комбинирующий в себе психоаналитическую парадигму исследований и когнитивный подход.

Конфигурационный анализ (КА) позволяет упорядочить и организовать информацию о человеке, его проблемах и процессах изменения. Информация эта черпается из записей (в том числе аудио-, видео-) сессий психотерапии. Цель метода – описание интра- и интерпсихических изменений, а также паттернов детерминант, обуславливающих данные изменения.

Конфигурационный анализ заключается в последовательном рассмотрении случая по трем составляющим: состояния пациента, характерный способ переживания себя и “другого” в этих состояниях, паттерны переработки или избегания информации о ситуациях межличностного взаимодействия. Процедура повторяется трижды с уточнением описания паттернов: *до* терапии, *в процессе* терапии и *после* терапии.

Этот метод выделяет в поведении и переживании *повторяющиеся* состояния. Каждое из них объясняется посредством схем, которые организуют данные состояния. Стабильное состояние объясняется Я-концепцией и внутренней моделью отношений с другими. Переходы от одного состояния к другому рассматриваются через события, включая эмоции и мотивы, а также с учетом переработки или избегания информации об этих событиях, эмоциях и мотивах.

Для организации текстовой информации на каждом этапе анализа предлагаются специальные форматы в виде диаграмм, а также словари состояний, образов себя и другого, отношений между ними. В результате получают основные повторяющиеся паттерны, которые определяют уникальную, изменяющуюся личность, и позволяют делать прогнозы для возможной психотерапии.

Применение к психодинамическому начальному интервью с тяжело нарушенными пациентами. Метод разрабатывался на модели случаев краткосрочной психодинамической психотерапии, а также пациентов с расстройствами невротического круга, относительно которых предлагаемый формат анализа был вполне адекватен. Для пациентов же с более тяжелыми нарушениями данный формат требует видоизменения. Сам Горовиц в свое время предложил для конкретных исследовательских нужд упрощенный формат КА, в котором рассматривались только модели ролевых отношений (Horowitz, Eells, 1992).

С целью применения данного метода к материалам психодинамического начального интервью с психотическими пациентами он был модифицирован нами. Учитывая особенности организации когнитивных процессов у этих пациентов, мы опускаем последний (наиболее тонкий уровень) этап конфигурационного анализа – переработки информации, включающей в себя анализ внешних событий и причин состояний пациента, его/ее сознательные цели и установки, контроль.

Предлагаемый нами алгоритм *МКА* (*Модифицированного конфигурационного анализа*) применительно к текстам психодинамического интервью с тяжело нарушенными пациентами позволяет:

- определить паттерны объектных отношений данных пациентов по параметрам характеристик субъекта и объекта и качества отношений между ними;
- изучить динамику смены одних объектных отношений другими;
- делать предположения о появлении определенных паттернов объектных отношений в ходе возможной психотерапии с этими пациентами.

Алгоритм проведения КА

Конфигурационный анализ в его модифицированном виде следует следующему алгоритму.

Шаг 1. Выделить в тексте интервью возможно более полные эпизоды отношений (не только повторяющиеся, но и единичные, кратковременные). Эпизодом отношений (ЭО) считается такой паттерн, которому в интервью соответствует отрывок, содержащий описание субъекта и объекта с присущими им характеристиками и отношениями друг к другу. Дать краткое название ЭО, объединяя похожие по отношению эпизоды под общим названием. Расположить в последовательности их возникновения в ходе интервью (см. *рис. 2*).

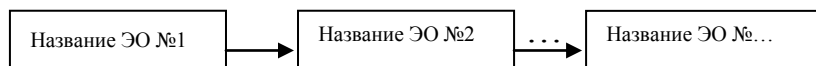


Рис. 2

Последовательность эпизодов отношений (ЭО)

Шаг 2. Модели объектных отношений (см. *рис. 3*): Для каждого ЭО выделить соответствующие паттерны отношений субъекта и объекта. Для каждого паттерна, основываясь на описаниях субъекта (при отсутствии таковых – на собственных эмоциональных откликах), определить:

- образ/характеристику субъекта;
- образ/характеристику объекта;
- намерения, интенции, отношения, действия, ожидания, защиты, цели, ответные реакции и т.п. субъекта по отношению к объекту;
- предполагаемые, ожидаемые или реальные намерения, интенции, отношения, действия, ожидания, защиты, цели, ответные реакции и т.п. объекта по отношению к субъекту.

По возможности прокомментировать переход от одного ЭО к другому (комментарии могут быть поясняющего, причинно-следственного, объясняющего характера).

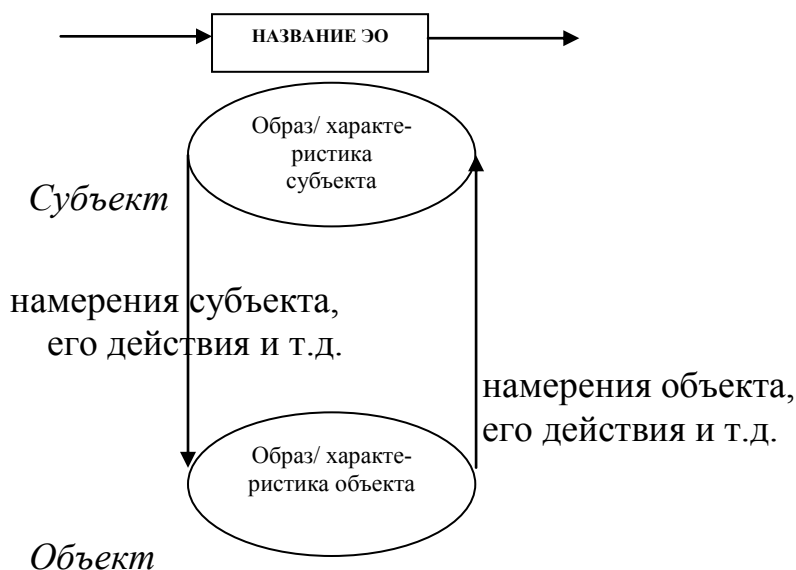


Рис. 3
Модель Объектных Отношений

Применительно к материалам первого интервью с Н. конфигурационный анализ представляется следующим образом.

Шаг 1. Последовательность эпизодов отношений.

По мере выделения в тексте более или менее полных эпизодов отношений дается название каждому, сходные эпизоды по ведущему отношению объединяются под общим названием. В таблице 2 названия эпизодов отношений располагаются в соответствии с номерами отрывков интервью (см. *Интервью*).

Таблица 2

Названия эпизодов отношений, выделенных в тексте интервью

№ в тексте интервью	Эпизод Отношений
1,7,9	Избавление
2,6	“Пешка в биополе”
3	Без поддержки
4,8	Вторжение
5	“Закон Архимеда”

Для более наглядного изображения смены одних эпизодов отношений другими их последовательность обозначается цифрами по порядку и располагается в виде схемы (рис. 4).

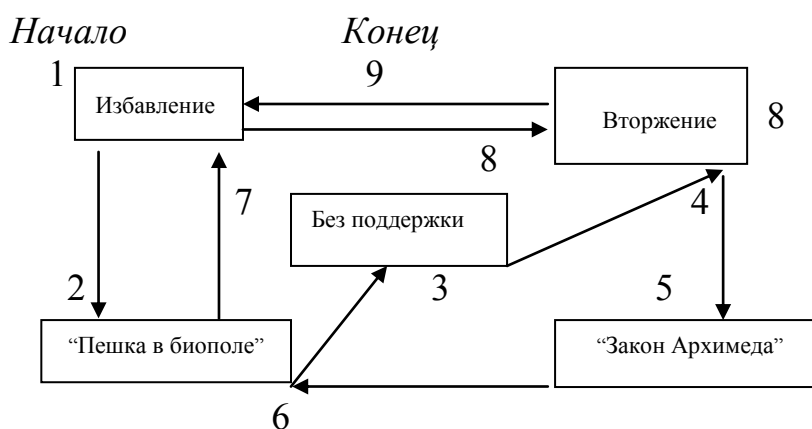


Рис. 4
Последовательность эпизодов отношений

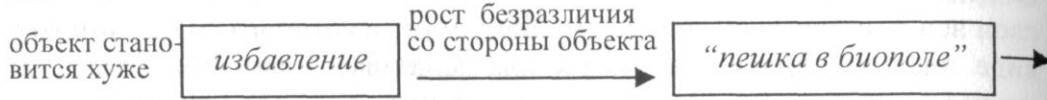
Рассмотрим последовательность и смену эпизодов отношений Н. в первом приближении.

С течением интервью становится очевидной неполнота возникающих эпизодов. Нередко приходится домысливать характер, роль объекта, опираясь на ощущения пациентки об объекте, на ее представление об отношении к ней данного объекта на уровне скорее чувства, нежели знания. При этом отношения Н. разворачиваются буквально не столько в интер-

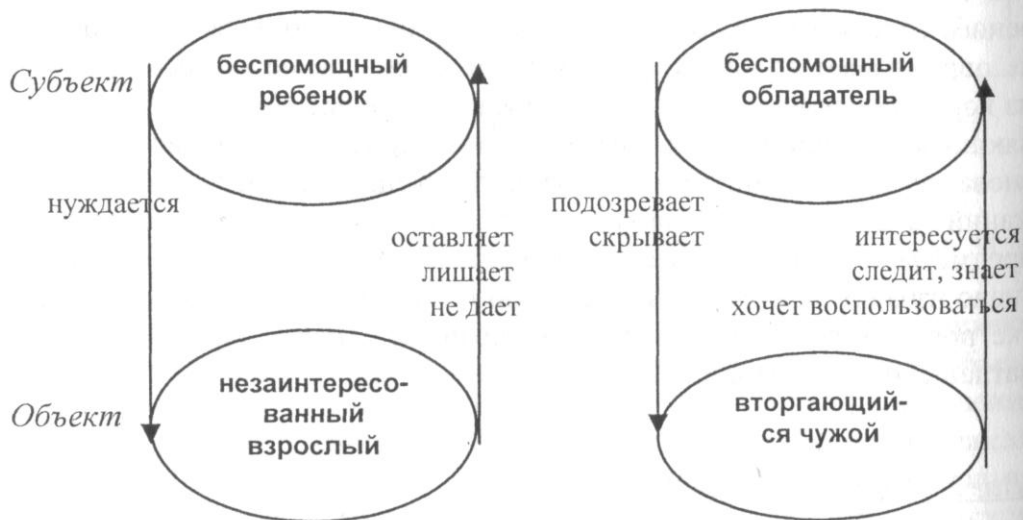
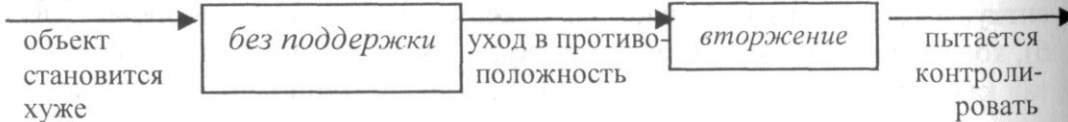
персональном пространстве, сколько в его интрапсихическом представительстве (см. ЭО 1,2,3,4,5 в тексте интервью). Во время острого приступа, с описания которого начинается интервью, Н. выбрасывала свои вещи, избавляясь подобным образом от некоторого содержимого в виде внешних предметов. Затем она описывает, как избавлялась от внутреннего содержимого в виде мыслей, “вложенных ей Иисусом Христом”, “вкладывая”, передавая эти мысли молодому человеку. Тот, как она чувствует, “ничего не понимает”, и она жалуется на его безразличие (ЭО 1). Вершина безразличия со стороны объекта достигается в эпизоде отношений № 2, когда Н. описывает собственные ощущения того, что она “пешка”, которую передвигают руководители, заинтересованные в других, не в ней, и она вынуждена пассивно подчиняться. Это возвращает ее к воспоминаниям об ощущении заброшенности, связанном со школой, которая не позаботилась о Н. в свое время, не поддержала, не дала ей направления (ЭО 3). Такое отсутствие интереса превращается в гротескный интерес в эпизоде отношений № 4, когда пациентке кажется, что посторонние люди слишком интересуются ею, знают, как она живет, сосед следит за ней, и люди узнают о деталях ее жизни от матери. Этот интерес становится преследующим, и Н. пытается восстановить “баланс” отношений по “закону Архимеда” (ЭО 5), когда в отношениях можно контролировать вес партнеров, его можно предугадать (если один худой, другой – толстый) и отношения зависят от нее, точнее, от ее стула. При этом образы себя и партнера не представлены, есть лишь характер их отношений (уменьшение одного – увеличение другого). Такая взаимная проницаемость в отношениях может пугать пациентку, и тогда она возвращается к отношениям “пешки в биополе” (ЭО 6), когда “биополе человека ... действует... угнетающе... на психику”. А так как это не только отношение к ней, но и ее отношение к объекту, то она снова может попытаться передать, поместить какое-то свое внутреннее содержимое в объект. Но в эпизоде отношений № 7 этот объект не оправдывает ее надежд (с ним происходит “какое-то несчастье”). И на короткое время (ЭО 8) этот ненадежный объект оборачивается обвиняющим, знающим о ней, преследующим объектом. Это заставляет ее снова искать спасения в избавлении, эвакуации непереносимых содержаний (в ЭО 9 это уже не фантастические “притчи”, не материальные предметы – “вещи”, а агрессивные чувства, от которых, как она думает, “надо избавляться, научиться терпению”). Таким образом, в этом наброске последовательности значимых эпизодов мы получаем первое впечатление о цикле отношений пациентки.

Шаг 2. Модели Объектных Отношений

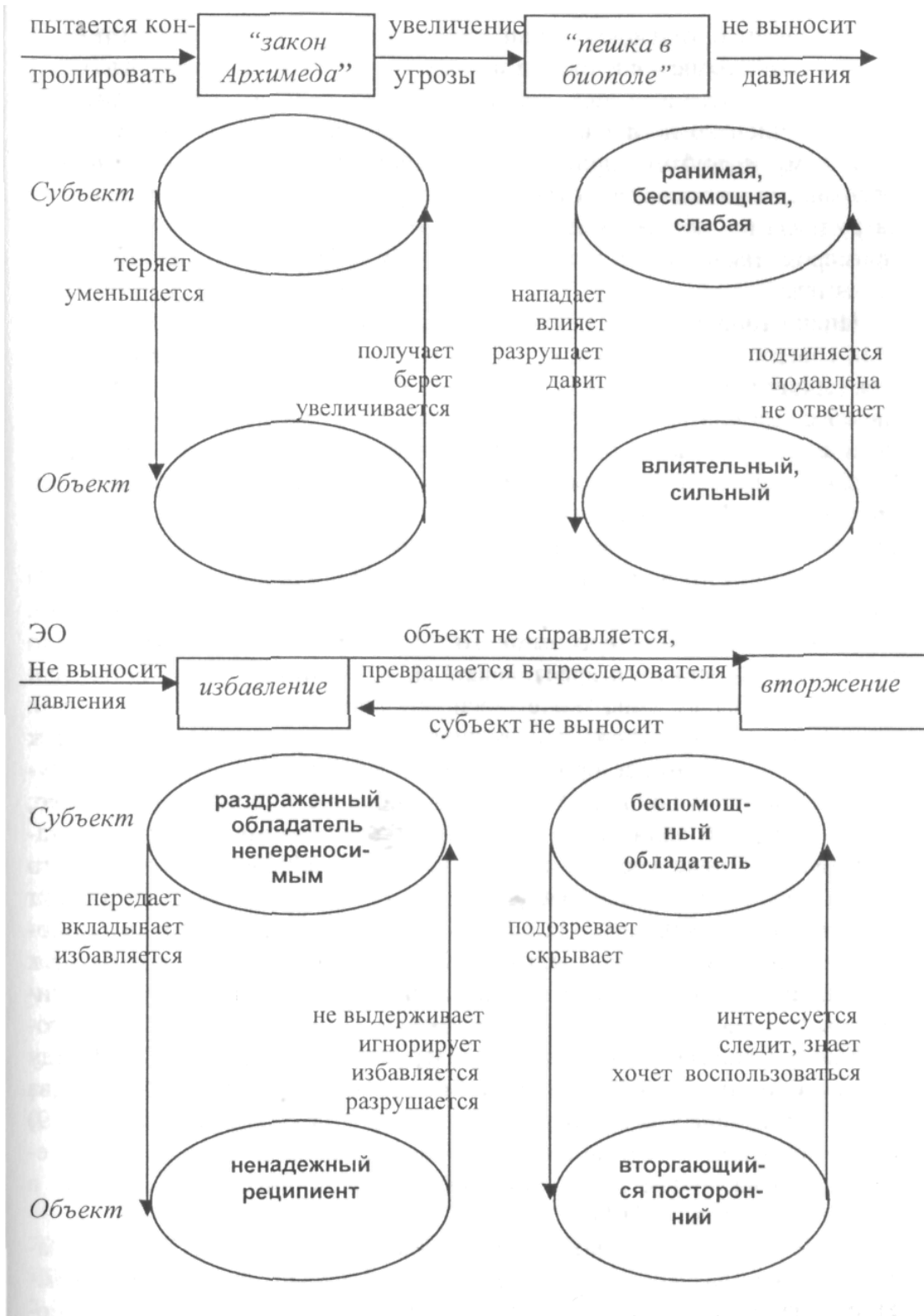
ЭО



ЭО



ЭО



Теперь цикл эпизодов отношений пациентки можно рассмотреть с учетом характеристик субъекта и объекта. Необходимо отметить, что в большинстве случаев характер, образ субъекта и объекта в описании самой пациентки не представлены с достаточной точностью. В основном, тому и другому приписывались лишь предполагаемые качества, основанные на характере отношений между ними. Данная особенность затрудняла их определение в моделях объектных отношений (крайним примером такого рода является модель к эпизоду отношений “Закон Архимеда”).

Цикл отношений Н. начинается с попытки избавиться от невыносимых содержаний путем вложения их в объект (ЭО “Эвакуация”), которая терпит неудачу, так как объект отторгает переданное ему. В отношениях с незаинтересованным объектом Н. начинает чувствовать беспомощность. Поскольку она по-прежнему в нем нуждается, объект из “незаинтересованного” превращается в сильного и влиятельного: он “руководит” Н. и она подчиняется ему, как “пешка”. Отношения давления становятся настолько невыносимыми, что Н. снова чувствует потребность в заботливом объекте, который бы обеспечил, подсказал, “в каком направлении идти”. Но объект не дает того, что ей необходимо. На этот раз из “незаинтересованного” он превращается в свою крайнюю противоположность – в преследователя, который слишком заинтересован, вторгается в жизнь, “хочет воспользоваться” и, кажется, знает о Н. *все*. Попытка хоть как-то контролировать это вторжение приводит к представляемым в виде притчи отношениям “баланса”, когда “есть худые и есть очень полные. А, в общем, ... баланс-то сохранен”. Однако, баланс, который должен подчиняться “закону Архимеда”, – только кажущийся. Полные увеличиваются “неправильно”, они берут так, что худые теряют, уменьшаются. И тогда этот увеличивающийся объект становится угрожающим для слабого субъекта, разрушая Н. “в биополе”, начиная “давить на психику”. Невыносимое давление приводит к эвакуации переполняющего Н. содержания – эпизод, когда ее содержимое выводится (“жидкий стул”) и Н. оказывает влияние на объект, который не удерживает, отторгает это содержимое: “его вырвало”... Ввиду неспособности ни субъекта, ни объекта выносить агрессию (“...мы два таких агрессивных оказались человека”), Н. в конце интервью (ЭО 9) снова прибегает к эвакуации невыносимого (следует отметить, что делается это на уровне предположений, а не действий, как, например, в начале интервью, в ЭО 1).

Итак, конфигурационный анализ показал, что интервью заканчивается тем же эпизодом отношений, с которого и началось наше знакомство с пациенткой, когда она пытается поместить непереносимое содержимое в объект с целью его контроля и с надеждой на его сохранение. Таков наиболее часто встречающийся в репертуаре Н. способ избежать неперено-

симых для нее отношений. Эпизод, в котором пациентка чувствует, что она лишена направления и поддержки со стороны объекта, встречается в интервью лишь единожды и быстро сменяется другими (возможно, эта модель отражает самые невыносимые для пациентки отношения, из-за чего она и наиболее избегаема). В целом, ни одно из отношений с объектом не является для Н. удовлетворительным или компромиссным. Они образуют замкнутый круг, где объекты можно охарактеризовать лишь словами “более или менее плохие” и выбирать приходится из двух зол меньшее.

Конфигурационный анализ интервью позволяет сделать предварительные рекомендации для возможной психотерапии Н. Ее фокусом могли бы стать наиболее характерные для пациентки паттерны отношений, такие как эвакуация невыносимых психических содержаний; беспомощность в интеракциях с более влиятельным, сильным и вторгающимся объектом; отношения без четких границ, где один “увеличивается”/“уменьшается” за счет другого. Невыносимость отсутствия столь необходимой ей заботы, а по большому счету и самого объекта, понуждает к отношениям, где последний появляется, но это “плохой” объект – вторгающийся и преследующий. Тем не менее, очевидно, что наличие хотя бы такого объекта предпочитается его отсутствию. Подобная динамика объектных отношений представляет базовую проблему пациентки и потенциально может стать проблемой в ходе возможной психотерапии с ней.

В целом, каждая модель объектных отношений Н. требует прояснения ее представлений о себе, об объекте, о том, что вызывает или приводит к переходу от одного эпизода отношений к другому. Можно прогнозировать, что в отношениях переноса с этой пациенткой психотерапевт будет восприниматься как преследующий, незаинтересованный, угрожающе влиятельный. Однако, последний эпизод отношений оставляет некоторую надежду на пока далекое будущее, что обращение к ее вербальным способностям может позволить опосредствовать ее внутреннюю драму отношений на уровне не конкретных “притч” и построений “по закону Архимеда”, а символизации более высокого уровня.

Обсуждение

Обсуждение материала диагностико-терапевтического интервью с точки зрения клинического психоанализа позволяет сделать ряд предположительных формулировок о личностной организации пациентки, т.е. о ее внутренних конфликтах, а также о структуре и динамике ее внутренних и внешних объектных отношений. Мы выдвинули гипотезу о роли очень ранней “поломки” в отношениях с первичным объектом (матерью), что могло привести к переживанию в младенчестве катастрофического (не-

контейнированного) одиночества и объектного голода. Мы также смогли сделать допущение о роли архаических (психотических) фантазий пациентки об одновременно желанном и ужасающем слиянии с первичным (материнским) объектом и фундаментальных трудностях в дифференциации внутреннего и внешнего, телесного и психического, а также живого и неживого. Кроме того, мы попытались обозначить роль параноидно-шизоидных механизмов и депрессивного модуса переживаний в динамике психической жизни и межличностных отношениях Н.

В основном эти формулировки опираются на понимание специфики и динамики непосредственного контакта интервьюера с пациенткой, т.е. их отношений “здесь и теперь”, и особенно содержания и динамики отношений переноса и контрпереноса. Именно они становятся контекстной “рамкой” и основным источником информации. Эти данные чрезвычайно богаты нюансированными субъективными переживаниями, фантазиями и допущениями. Они максимально приближены к живой ткани взаимодействия двух живых людей со всей присущей им субъективностью, и обладают большой клинической ценностью, как для диагностики, так и для оценки возможной терапевтической перспективы. Однако, чрезвычайная субъективность, метафоричность и гипотетичность клинических формулировок имеет и свои ограничения. Для систематических исследований и более строгой научной проверки выдвинутых гипотез клинические данные необходимо дополнить результатами более формализованных методов исследования.

В результате проведенного структурного анализа интервью были определены центральные, характерные позиции во взаимоотношениях пациентки, основные желания и страхи, которые организуют и управляют интерперсональными паттернами пациентки.

В транскрипте интервью трудно выделить полные эпизоды. Описываемые пациенткой взаимодействия редко в полном смысле слова интерперсональны, чаще вместо “другого” во взаимодействии выступали абстрактные объекты. При этом границы внутреннего и внешнего “другого” не выступают для пациентки достаточно явно, и описываемые переживания не носят ярко выраженного социального характера. Во внутреннем мире Н. существует спутанность фокусов себя и “другого”. Восприятие “другого” связано с желанием иметь близкие отношения, и одновременно у пациентки присутствует ощущение постоянной угрозы “поглощения”, атаки с его стороны. Динамика интерперсональных отношений заключается в поиске дистанции для сохранения собственной безопасности и независимости, что приводит к чрезмерной удаленности и одиночеству.

Анализ был проведен в соответствии с представленным алгоритмом. Результаты обсуждались в соответствии со структурой *САСП (SASB)*.

Этот диагностический инструмент позволяет представить пациента в интерперсональном пространстве его отношений. Одновременно он создает богатые возможности для изучения психотерапевтического процесса, предлагая универсальный язык общения применительно к различным форматам психотерапии. Одно из назначений анализа – подготовка к терапевтической работе с пациенткой. Нами были предложены предполагаемые интерперсональные позиции терапевта и пациентки, а также основные темы возможной терапии.

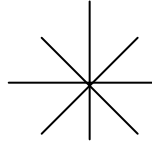
В результате *конфигурационного анализа* интервью с Н. были определены основные паттерны ее объектных отношений, вопреки трудностям определения характеристик, как самой пациентки, так и ее объектов. Результаты анализа представлены согласно предложенным форматам. Изучена динамика объектных отношений пациентки. Одни из них были выделены в качестве базовых, другие рассматривались нами как способ справиться с первыми. В итоге и в этом случае были сделаны предположения о вероятном повторении некоторых из выделенных паттернов объектных отношений в условиях психотерапии с данной пациенткой.

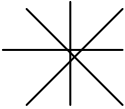
Конфигурационный анализ явился инструментарием, открывшим возможность изучения области, которая находится между концептуальным уровнем психоанализа (если иметь в виду такой конструкт, как “объектные отношения”) и непосредственно наблюдаемым поведением человека, определяя “промежуточный” слой бессознательной динамики его психики.

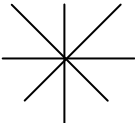
Как вытекает из этого краткого представления возможных ракурсов изучения психотических пациентов, наш подход является попыткой интеграции трех уровней анализа единичного случая: 1) клинико-психоаналитическое изучение бессознательных фантазий и глубинных конфликтов; 2) формализованный уровень применения метода, с помощью которого осуществляется связь между метапсихоаналитическими понятиями и данными прямого наблюдения за поведением пациента; 3) уровень межличностных отношений, на котором работает общедоступный инструментарий для описания социального поведения. Каждый из перечисленных уровней анализа вносит свой вклад в прогнозирование возможности психотерапии с психотическим пациентом.

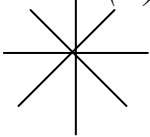
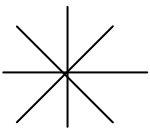
Приложение

Таблица 1

№ пп	Характеристика интеракции (параметры ЭВ)	Модель интеракции /Социальная модель поведения пациентки и другого
1	2	3
<p>1</p> <p>Неопределенные другие (абстрактные люди)</p>	<p>В этом эпизоде пациентка взаимодействует с неопределенными, безличными другими («люди», «все кругом»). Сам эпизод – неполноценный, т. е. присутствуют только следующие компоненты: субъект, его действия и желания, его ответные действия на нечто. Отсутствует структурированное описание как самого объекта, так и его действий. Спутанность фокусов, представлений о себе и об объекте. Трудно говорить о взаимодействии.</p>	<p>Пациент: Фокус на себе: <u>Подчинение</u>, <u>Обида</u>. Фокус на другом: <u>Обвинение</u>. Фокус на себе: <u>Отделение</u>.</p> <p>Другой: Фокус на пациентке – Контроль, Атака, Игнорирование</p> <p>6 <u>Отделение (П)</u> 5 Игнорирование (Д)</p> <p>2 Атака (Д) </p> <p>Обвинение (П) 4 <u>Обида(П)</u> 1 Контроль (Д) 3. <u>Подчинение</u></p>
<p>2</p> <p>"Иисус Христос"</p>	<p>В этом эпизоде «другой» определяется как персона мистическая, фантазийная. Эпизод не развернут. Но уже можно говорить о взаимодействии, хотя и с воображаемым «другим».</p>	<p>Пациент: Фокус на себе: <u>Подчинение</u></p> <p>Другой: Контроль</p> <p></p> <p>1 Контроль(Д) 2 <u>Подчинение (П)</u></p>

<p>3</p> <p>Молодой человек</p>	<p>В этом эпизоде взаимодействия пациентка сообщает о своем отношении и взаимодействии с конкретным человеком – мужчиной, которого пациентка описывает, хотя и очень сжато. В данном случае присутствуют все компоненты, необходимые для полноценного анализа интеракции.</p> <p>Желание: Иметь семью, «нет кандидата»</p>	<p>Пациент: Фокус на «другом» – Контроль и Активная любовь</p> <p>Фокус на пациентке – Игнорирование</p> <p>2 Игнорирование (Д)</p>  <p>3.Активная любовь(П)</p> <p>1. Контроль (П)</p>
---------------------------------	--	---

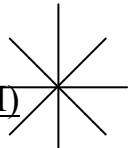
1	2	3
<p>4.</p> <p>Посторонние люди</p>	<p>В этом эпизоде взаимодействия «другой» определяется как безличный – «посторонние люди». Пациентка использует только глаголы – «распоряжаются, передвигают». Сам эпизод – неполноценный, то есть присутствуют не все компоненты, необходимые для полноценного анализа интеракции.</p>	<p>Пациент: Фокус на себе: <u>Подчинение, Обида</u>. Фокус на другом: Обвинение.</p> <p>Фокус на себе: <u>Отделение</u>.</p> <p>Другой: Фокус на пациентке – Контроль, Атака, Игнорирование</p> <p>6 Отделение (П)</p> <p>5 Игнорирование (Д)</p> <p>2 Атака (Д)</p>  <p>Обвинение (П)</p> <p>4 Обида(П) 1 Контроль (Д)</p> <p>3.Подчинение</p>

<p>5.</p> <p style="text-align: center;">Школа</p>	<p>В этом взаимодействии «другой» предстает в образе школы. Компоненты интеракции есть, но «другой» – опять достаточно сложно определяемый, трудно выделяемый, соответственно и действия «другого» определяются условно.</p>	<p>Пациент</p> <p>Самопренебрежение,</p> <p>Фокус на другом Обвинение</p> <p>Фокус на себе: <u>Подчинение,</u></p> <p>Другой: Фокус на другом: Игнорирование</p> <p>2. Игнорирование (Д)</p> <p><i>1 Самопренебрежение (П)</i></p>  <p>3 Обвинение (П)</p> <p>4. Подчинение(П)</p>
<p>6.</p> <p style="text-align: center;">Абстрактный другой</p>	<p>Границы данного эпизода взаимодействия размыты так же, как и «другой» в этой интеракции. Непонятно, кого «ждет» пациентка, кто ее «сглазил», почему «не сложилась личная жизнь». Репрезентация как себя, так и другого, в данном рассказе частичная. Страх игнорирования: «... никому не нужная, не включают...»</p>	<p>Пациент: <u>Подчинение...</u></p> <p><u>Отчуждение</u></p> <p>Желание («я все жду какого-то...»)</p> <p>Другой: Фокус на пациентке: Атака</p> <p>3 Отчуждение (П)</p> <p>1 Атака (Д)</p>  <p>2. Подчинение</p> <p><u>(П)</u></p>
<p>7.</p>	<p>В эпизоде взаимодействия пациентка сообщает о своих отношениях с конкретным человеком, Сначала появляются абстрактные «другие», но затем выделяется главный «другой» – сосед, которого пациентка не описывает, но в данном рассказе есть воспринимаемые пациенткой действия</p>	

<p>Абстрактные другие, сосед</p>	<p>«другого», как и ее реакции на данные действия. Можно говорить только о воображаемом взаимодействии, трудно определить интерактивный фокус. Спутанность фокусов. Желание иметь «близкого» другого.</p>	<p>Пациент: Фокус на себе? – Привязчивость – <u>Подчинение</u> или это Фокус на другом? – Контроль, Самоконтроль</p> <p>Другой: Фокус на пациентке: Контроль</p>  <p>1. Контроль (Д) 2. Контроль (П)/Подчинение 3. Самоконтроль</p>
<p>8. Мама</p>	<p>В этом эпизоде взаимодействия «другой» конкретный человек – мама. Присутствуют компоненты, необходимые для фрагментарного анализа интеракции.</p>	<p>Пациент: Фокус на себе: <u>Подчинение</u> <i>Самоконтроль</i></p> <p>Другой Фокус на пациентке: Независимость</p> <p>1. Независимость (Д)</p>  <p>2. <u>Подчинение (П)</u> 3. <u>Самоконтроль(П)</u></p>
<p>9. Абстрактный «другой»</p>	<p>В этом эпизоде взаимодействия «другой» определяется как абстрактный «кто-то». Пациентка в описании использует только глаголы – «толкает». Нет реального «другого» во взаимодействии.</p>	<p>Пациент: <i>Атака Я</i> Фокус на себе: <u>Подчинение</u></p> <p>Другой: Фокус на пациентке: Атака</p>  <p>2 Атака (Д) 1 <i>Атака Я (П)</i></p> <p>3 <u>Подчинение (П)</u></p>

<p>10. Нет другого</p>	<p>В данном эпизоде есть компоненты для анализа. Описывается взаимодействие с «некоторыми другими», у которых есть фрагментарные характеристики. Желание заботы, страх игнорирования: «другого» нет, остается его «ждать»,</p>	<p>Пациент: Фокус на себе: <u>Доверие</u>, <u>Подчинение</u>, Другой Фокус на другом – независимость («не замечают»).</p> <p>1 Независимость (Д)</p>  <p>2 <u>Доверие (П)</u> 3 <u>Подчинение (П)</u></p>
<p>11 Родители</p>	<p>В данном эпизоде взаимодействия присутствуют компоненты, необходимые для анализа интеракции. Описывается взаимодействие. Понятны и определены участники этого взаимодействия. Желание Заботы, Защиты.</p>	<p>Пациент: Желание Фокус на себе: <u>Доверие</u>. Фокус на другом: Умеренная атака. Другой: Фокус на пациентке – Защита</p> <p>3. Умеренная атака (П)</p>  <p>1. Защита (Д) 2 <u>Доверие (П)</u></p>
<p>12. Другой человек</p>	<p>Полноценный эпизод взаимодействия, то есть присутствуют компоненты, необходимые для анализа интеракции. Хотя «другой» все так же остается абстрактным, но присутствует его описание.</p>	<p>Пациент: Фокус на себе: <u>Отчуждение</u>, <u>Отделение</u>, <u>Самоконтроль</u> Другой: Фокус на другом: Атака, Контроль</p> <p>3 <u>Отделение (П)</u> 5. <u>Отчуждение (П)</u></p> <p>1. Атака (Д)</p>  <p>2 Контроль (Д) 4 <u>Самоконтроль (П)</u></p>

<p>13.</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Женщина и молодой человек</p>	<p>В данном эпизоде взаимодействия другой как будто бы определен, хотя его характеристики – фантазийные. Присутствуют компоненты, необходимые для фрагментарного анализа интеракции</p>	<p>Пациент: Фокус на других – Контроль Фокус на себе – <u>Отделение</u>, <u>Обида</u> Другой: Фокус на пациентке – Обвинение</p> <p style="text-align: center;">- <u>3Отделение (П)</u></p>  <p style="text-align: center;">1Обвинение (Д) <u>4 Обида (П)</u> 2 Контроль(П)</p>
<p>14.</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Абстрактный другой</p>	<p>Полноценный эпизод взаимодействия, то есть присутствуют компоненты, необходимые для анализа интеракции. Хотя «другой» все так же остается не ясным, а ситуация – «фантазийной».</p>	<p>Пациент: Фокус на себе – <u>Подчинение</u> <i>Самоконтроль</i> Фокус на себе – <u>Отделение</u> Другой: Фокус на пациентке – Атака, Контроль.</p> <p style="text-align: center;">- <u>5Отделение (П)</u></p> <p>1Атака (Д)</p>  <p style="text-align: center;">2Контроль (Д) 3Подчинение (П) 4Самоконтроль(П)</p>

Молодой человек	<p>В этом эпизоде взаимодействия пациентка сообщает о своем отношении и взаимодействии с молодым человеком, которого пациентка описывает, хотя и очень фрагментарно. В данном случае присутствуют все компоненты, необходимые для полноценного анализа интеракции.</p>	<p>Пациент: Фокус на другом – Защита, <u>Самоконтроль</u></p> <p>Фокус на другом – Атака Фокус на себе – Отделение</p> <p>Другой: Фокус на пациентке – Обвинение Атака</p> <p style="text-align: right;">6 Отделение (П)</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>3 Атака (Д) 4 Реактивная атака (П) 2 Обвинение (Д)</p> <p style="text-align: right;">1 Защита(П) 5 Самоконтроль (П)</p>
-----------------	--	--

ЛИТЕРАТУРА

- Alanen Y. *Schizophrenia: its origins and need-adapted treatment*. L.: Karnac, 1997.
- Alpher V.S. *Introject and identity: structural-interpersonal analysis and psychological assessment of multiple personality disorder*, 1992.
- Argelander H. *The Initial Interview in Psychotherapy*. NY: Human Sciences Press, 1976.
- Armelius L. & Granberg A. *Self image and perception of mother and father in borderline and psychotic patients*. *Psychotherapy Research*, 10, 2000, 147-158.
- Balint M. *Psychotherapeutic techniques in medicine*. Tavistok, London, 1961.
- Benjamin L.S. *Structural analysis of social behavior*. *Psychological Review*. 1974. V. 81.
- Benjamin L.S. *Use of structural analysis of social behavior (SASB) and Markov chains to study dyadic interactions*. *Journal of Abnormal Psychology*, 1979, 88, 303-319.
- Benjamin L.S. *Principles of prediction using Structural Analysis of Social Behavior (SASB)*. In R.A.Zucker, J.Aronoff and A.J.Rabin (Eds), *Personality and the Prediction of Behavior*. New York: Academic Press, 1984, 121-173.
- Benjamin L.S. "SASB: A bridge between personality theory and clinical psychology." *Target Article in L.Pervin (Ed.), Psychological Inquiry*, 5, 1994, 273-316.

- Benjamin L.S. *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders.*, 1996.
- Benjamin L.S. *A clinician-friendly version of the interpersonal circumplex: structural analysis of social behavior (SASB)*, 1996.
- Benjamin L.S. *Psychosocial factors in the development of personality disorders*. In R.Cloninger (Ed.) *Personality and psychopathology*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1999.
- Bion W.R. *The differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities*. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 38, 1957.
- Bion W.R. *Learning from Experience*. Karnac, 1962/2003.
- Freud S. *The neuro-psychoses of defence*. *Standard Edition*, Vol. 1, 1894.
- Freud S. *Further remarks on the neuro-psychoses of defence*. *S.E.*, Vol. III, 1896.
- Freud S. *Delusions and Dreams in Jensen's "Gradiva"*. *S.E.* Vol. IX, 1907.
- Freud S. *Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)*. *S.E.*, Vol. XII, 1911.
- Freud S. *Neurosis and Psychosis*. *S.E.*, Vol. XIX, 1924.
- Freud S. *The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis*. *S.E.*, Vol. XIX., 1924.
- Freud S. *An Outline of Psycho-Analysis*. *S.E.*, Vol. XXIII, 1937.
- Fromm-Reichmann F. *Psychoanalysis and Psychotherapy. Selected papers of Frieda Fromm-Reichmann*. Chicago, 1959.
- Gabbard G. *The Decade of the Brain*. *American Journal of Psychiatry*, 149 (8), 1992.
- Gill M., Newman R., Redlich F. *The initial interview in psychiatric practice*, International University Press, New York, 1954.
- Gill M.M., Hoffman I.S. *Analysis of transference. V. II. Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions*. N.Y.: Intern.Univ.Press, 1982.
- Greenberg L., Pinsof W. (Eds.) *The psychotherapeutic process: A research handbook*. N.Y.: Guilford, 1986.
- Guntrip H. *The Manic – Depressive Problem in the Light of the Schizoid Process*. *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 43, 1962.
- Henry W.P. *Structural Analysis of Social Behavior as a Common Metric for Programmatic Psychopathology and Psychotherapy Research // J. of Consulting and Clin. Psychology*. 1996. V. 64. № 6. P.1263-1275.
- Henry W.P., Schacht T.E., Strupp H.H. *Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome // J. of Consulting and Clin. Psychology*. 1990. V.58. P.768-774.
- Henry W.P., Schacht T.E., Strupp H.H. *Structural Analysis of Social Behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome // J. of Consulting and Clin. Psychology*. 1986. V. 54. P.27-31.

- Horowitz M.J. *States of Mind*. NY, 1987.
- Horowitz M.J., Eells T.D. *Case formulations using role relationship model configurations: a reliability study*. *Psychotherapy Research*, 3, 1993.
- Jackson M., Williams P. *Unimaginable Storms. A Search for Meaning in Psychosis*. London: Karnack book, 1994.
- Junkert-Tress, Schnierda, Hartkamp, Schmitz, Tress *Effects of short-term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform, and personality disorders: a prospective 1-year follow-up study*. *Psychotherapy Research*, 11, 2001, 187-200.
- Kernberg O.F. *Object relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York, 1976.
- Kernberg O.F. *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press, New Haven, 1984.
- Kiesler D. *The process of psychotherapy*. Chicago: Aldine, 1973.
- Kiesler D. *The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions // Psychol.Rev.* 1983. V. 90. N 3. P.185-214.
- Klein M. *Notes on some schizoid mechanisms*. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. XXVII, 1946.
- Lucas R. *The relationship between psychoanalysis and schizophrenia*. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 84, 2003.
- Lorr M, Strack S. *A study of Benjamin's eight-facet . Structural analysis of social behavior (SASB) model*, 1999.
- McGorry P., Jackson H. (Eds). *The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 1999.
- Michels R. *The relationship between psychoanalysis and schizophrenia by Richard Lucas – A commentary*. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol.84, 2003.
- Rachman S. & Wilson G.T. *The effect of psychological therapy: Second enlarged edition*. N.Y.: Pergamon, 1980.
- Robbins M. *Experiences of schizophrenia*. Guilford Press, 1993.
- Rosenfeld H. *Notes on the Psycho-Analysis of the Superego Conflict of an Acute Schizophrenic Patient*. *Int. J. P-A*, 33, 1952.
- Searles H. *Collected papers on schizophrenia and related objects*. International Universities Press, Inc., 1965.
- Segal H. *Depression in the Schizophrenic*. *IJPA*, Vol. 37, 1956.
- Sullivan H.S. *The interpersonal theory of psychiatry*. N.Y.: Norton, 1953.
- Sullivan H.S. *The Psychiatric Interview*. N. Y.: W.W. Norton and Company, 1970.