

«КАКОЙ-ТО ЧЕЛОВЕК В МОЕЙ ГОЛОВЕ...»

ДИНАМИКА ПРОЕКТИВНОЙ И ИНТРОЕКТИВНОЙ
ИДЕНТИФИКАЦИИ В ХОДЕ ДИАГНОСТИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
ИНТЕРВЬЮ С ПСИХОТИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТОМ

И.М. КАДЫРОВ,
И.А. ТОЛПИНА*

Статья посвящена психоаналитически-ориентрованному исследованию идентичности и идентификационных процессов в ситуации диагностического и терапевтического контакта с пациентами с психозами и тяжелыми личностными нарушениями. На основе метода конфигурационного анализа авторы предлагают детальный анализ динамики процессов проективной и интроективной идентификации в ходе четырех интервью с пациентом с параноидной шизофренией. Демонстрируется, как анализ спутанных, многоуровневых коммуникаций психотического пациента позволяет реконструировать структуру и динамику различным образом организованных и мотивированных проективных и интроективных процессов идентификации. Эти механизмы могут быть мотивированы защитным стремлением избавиться от нежелательных аспектов собственного Я или непереносимого эмоционального опыта, желанием контролировать другого человека, стремлением к «паразитической» жизни внутри объекта и др. Однако в основе этих идентификационных процессов может лежать и нормальная потребность в коммуникации интервьюеру глубокого до-вербального опыта. В работе с тяжело нарушенными пациентами дифференциация, определение места, функции и удельного веса как патологических, так и относительно здоровых механизмов формирования и функционирования идентичности может составлять специальную исследовательскую и терапевтическую задачу.

* **Кадыров Игорь Максutowич** – канд. психол. наук, доцент МГУ им. Ломоносова, психоаналитик, действительный член Международной Психоаналитической Ассоциации, тренинг-аналитик Московского психоаналитического общества.

Толпина Инна Абрамовна – клинический психолог, сотрудник отдела психологического консультирования Центра Психолого-Педагогической Коррекции и Реабилитации «Тверской»(Москва).

Вступление

«Меня беспокоит присутствие какого-то человека в моей голове... Это настоящие живые люди, знакомые или кто-то еще, которые оказываются у меня в голове». Такими словами начал свое первое интервью г-н Л., который страдал от параноидной шизофрении и, узнав о работе нашей группы в клинике, где он проходил лечение, попросил провести с ним несколько диагностико-терапевтических сеансов. Как стало ясно из этих интервью, постоянное «вторжение» в его голову и «присутствие» там другого человека, а порой и сразу нескольких людей, знакомых или незнакомых, было мучительным для него. Другой человек возникал в его голове со своим голосом, именем, со своими болезнями и проблемами. «Другой» мог «бормотать», «курить», думать о чем-то своем, отдавать приказы и пытаться полностью подчинить себе г-на Л.

Как мы узнали, «проникновение» могло осуществляться разными способами: во время разговора или при рукопожатии, посредством взгляда, мысли, «по воздуху» либо по «энергетическим» каналам. Он также чувствовал, что при проникновении в него другого человека во внешнем мире от последнего могла оставаться лишь видимая оболочка. Иными словами, «другой» оказывался внутренне опустошенным или обкраденным. В то же самое время Л. опасался за сохранность собственной идентичности, поскольку окружающие могли принять его за внедренного в него «человека» и приписать ему поступки и даже «преступления» последнего.

Хотя Л. переживал это проникновение как «прилипающую» к нему «заразу», он признавал, что одновременно и сам, как он выразился, «в обратку» мог проникать в других людей, чтобы внедрить в них свое страдание или «проконтролировать» их. Как выяснилось позже, у него была огромная коллекция компьютерных вирусов и он считал себя экспертом не только в том, как от них защищаться, но и как внедрять их в «чужие системы».

В ходе интервью у нас сложилось впечатление, что этот глубоко травмированный и нарушенный пациент, с раннего детства страдающий от дефицита в своем окружении надежных фигур, принимающих и понимающих его переживания, периодически идентифицировал различные аспекты собственной личности, а также отдельные интро-ецированные аспекты своих родителей — с различными «вирусами», которые насильственно или тайно внедрялись в объект и поселялись там, не только и не столько в целях его разрушения, сколько в надежде выжить внутри него.

Как постараемся показать во второй части статьи, отчаянная «эвакуация» пациентом этих аспектов его Я во внешний мир и их проек-

ция в других людей ведет к субъективной дез-идентификации с этими аспектами. Теперь в его субъективном мире не он сам, а другой человек идентифицируется с опасным внедренным внутрь (интроецированным) и пытающимся захватить его идентичность «вирусом». Эти, то мгновенно сменяющие друг друга, то протекающие одновременно, интроективные и проективные идентификационные процессы существенным образом модифицируют идентичность пациента. В результате различные аспекты его Я и объекта подвергаются настолько массивному расщеплению, фрагментации, проекции и ре-интроекции, что их целостная идентичность отчуждается, распадается, перемещивается и, таким образом, утрачивается или же патологическим образом фиксируется в рамках новых чрезвычайно ригидных границ между субъектом и объектом. В последнем случае искусственные новые границы между тем, чем являюсь я, и чем являешься ты, используются в качестве бастиона, защищающего от угрозы возврата отщепленных и спроецированных частей «Я». Как отмечает Игнес Содрэ (2005), это может вести не только и не обязательно к спутанности, но и к полной ее противоположности — абсолютной уверенности, которая должна поддерживаться любой ценой. В свою очередь, это становится причиной глубокого обеднения личности и нарушения самой способности к объектным отношениям, с чем мы нередко встречаемся при психотических и пограничных расстройствах. В настоящей статье на примере четырех последовательных диагностико-терапевтических интервью с г-ном Л. мы детально исследуем механизмы проективной и интроективной идентификации, а также динамику идентичности при помощи *метода Конфигурационного Анализа*. Этим исследованием мы надеемся показать, что такого рода исследования могут быть полезны для более глубокого понимания психического функционирования психотических пациентов и дальнейшего оказания им психотерапевтической помощи.

Идентичность, проективная и интроективная идентификация. Введение в проблему

Понятие «идентичность» вводит нас в сферу, где о себе остро заявляют сразу несколько проблем психического развития. Наиболее фундаментальное описание данного понятия, особенно в контексте изучения кризиса идентичности подросткового периода, было предложено Эриком Эриксеном (1950, 1996). В своем определении он отмечает двойственность природы идентичности. В работах ученого термин

«идентичность» обозначает устойчивое тождество человека с самим собой и одновременно — не менее устойчивое разделение некоторых существенных черт характера с другими людьми. Эриксон подчеркивал, что идентичность имеет много значений, включая чувство собственной индивидуальности, внутреннюю солидарность с идеалами референтной группы и весьма динамичные бессознательные процессы, задействованные в построении и поддержании целостности личности. Он понимал идентичность как процесс «организации жизненного опыта в индивидуальное Я» (Эриксон, 1996, с.18). Такое широкое определение идентичности вызвало полемику в психологической литературе, одновременно задав основные направления исследования данной проблемы.

Изучению того, каким образом человеку удается формировать чувство собственной индивидуальности и в чем заключается бессознательная борьба за собственную интеграцию, были посвящены работы известных психоаналитиков Маргарет Маллер (*Mahler et al.*, 1975), Эдит Якобсон (*Jacobson*, 1964) и Отто Кернберга (*Kernberg*, 1984; 2000). Некоторые исследователи, например Хайнц Лихтенштейн (1963), особо подчеркивали, что зарождение чувства собственной идентичности происходит у младенца в контакте с матерью и обусловлено ожиданиями матери по отношению к ребенку как объекту ее бессознательных желаний и установок. Сепарация от матери ставит проблему формирования собственной, не стоящей на службе у симбиоза, идентичности, что достигается путем острой, не прекращающейся в течение всей жизни психологической борьбы. Изучение конфликта и взаимодействия социальных и индивидуальных аспектов идентичности получило развитие в когнитивной и социальной психологии, например, в теории символического интеракционизма Дж.Мида или в концепции социальной категоризации Х.Теджфела и Дж.Тернера (цит. по: Антонова, 1996).

В данной статье нас будут интересовать, в первую очередь, механизмы и процессы функционирования, поддержания и нарушения идентичности, которые в силу их бессознательной природы нередко ускользают от исследования, ориентированного, как правило, на осознаваемый уровень.

Интересную линию изучения идентичности представляют работы Эдит Якобсон (1964) и Отто Кернберга (2000). Кернберг вслед за Якобсон исследовал процесс формирования психических репрезентаций. Он рассматривал идентичность в контексте изучения целостного процесса интернализации и построения интрапсихических структур. Этот про-

цесс является результатом как действительных, так и фантазийных взаимодействий субъекта со значимыми объектами. Идентичность в данном подходе понимается как система интеграции Я-репрезентаций. Процесс интеграции сложным образом переплетен с процессом психической дифференциации, в результате чего формируются различные типы Я-репрезентаций. Я-репрезентация — понятие, обозначающее различные способы, с помощью которых индивид символизирует переживаемый им образ себя и связанные с этим эмоции.

Зарождение Я-репрезентации онтогенетически неразрывно связано со способностью субъекта формировать психическую репрезентацию объекта. Процесс формирования Я-репрезентаций, особенно на ранних стадиях развития, настолько тесно сопряжен с процессом формирования репрезентаций объекта, что Кернберг ввел специальную единицу анализа психики, которая образуется в результате интернализации объекта во внутренний мир субъекта: Я-репрезентация — Объект-репрезентация — связующий их аффект. По мнению Кернберга, интегрированные между собой аффекты, связующие Я- и объект-репрезентации, задают центральное чувство идентичности субъекта.

Постоянный взаимообмен эмоциональными состояниями и переживаниями между матерью и ребенком, их изначально слитое, симбиотическое существование создают неразрывную динамическую связь между репрезентацией объекта и субъекта. Даже в случаях, когда достигнут высокий уровень психической интеграции и дифференциации, актуализация психической репрезентации субъекта оттенена, а порой и вызвана активацией комплементарной репрезентации объекта. Логика переходов от одной Я-репрезентации к другой, или шире, система закономерностей этих переходов, отражающая динамику идентичности субъекта, может быть понята и исследована, если удастся проследить, какую роль в этом процессе играют психические репрезентации родительских объектов.

Формирование интегрированной и хорошо дифференцированной системы Я-репрезентаций оказывается возможным, если субъекту удастся интернализировать хорошие интроекты (психические репрезентации) родительских объектов и идентифицироваться с ними. В случае тяжелых психических расстройств субъекту не удастся сформировать и удержать во внутреннем мире репрезентации хорошего объекта, что приводит к катастрофическим последствиям, так как у субъекта создается искаженная, неустойчивая или патологически стагнированная система Я-репрезентаций, основанная на опыте эмоционального взаимодей-

ствия с опасными, травмирующими, отвергающими или фрагментированными образами объектов.

Механизмы, на основе которых осуществляется формирование здоровой и патологической системы Я-репрезентаций, требуют детального рассмотрения. Исследование этих механизмов встречается в работах Мелани Кляйн (1946, 1955) и ее научных последователей — Герберта Розенфельда, Вильфреда Биона, Генри Рейя, Джона Стайнера и Игнес Содрэ. Эти и другие представители теории объектных отношений развивают ряд важных идей об идентификационных процессах, высказанных Фрейдом в «Печали и меланхолии» (Freud, 1917). В данной работе Фрейд предложил описание процесса, в результате которого эго меланхолика оказывается идентифицировано с безвозвратно потерянным и интроецированным объектом любви. Идея о том, что при определенных условиях безвозвратная или временная потеря объекта модифицирует Я таким образом, что привязанность к объекту сменяется идентификацией с ним, а утраченный объект инсталлируется внутри эго-системы, была революционной. Сегодня психоаналитический принцип, в соответствии с которым то, к чему или кому мы привязаны и что аффективно инвестировали во внешнем мире, становится частью нас и нашей идентичности, кажется универсальным и применимым не только к патологическому, но и к нормальному психическому развитию. Этот принцип и идея интроекции внешнего объекта или отдельных его атрибутов, функций и отношений, хорошо согласуется с представлениями о процессах интериоризации, развиваемых не только в психоанализе, но и в других психологических школах.

Действительно, в норме, так же как и при патологии, структура Я несет на себе неизгладимый отпечаток «оставленных» объектов любви и всю историю «выборов» этих объектов. В случае патологического развития, как, например, при меланхолии, Я идентифицируется с интроецированным, амбивалентно любимым и ненавистным, отвергающим объектом. Идентифицированное с таким объектом Я меланхолика становится собственной жертвой, точнее, — объектом нападков другой, обособившейся части Я, которую Фрейд первоначально называет специальной или критикующей инстанцией, совестью или голосом совести, а позже — Суперэго. Динамика и результат меланхолического процесса, запускаемого утратой амбивалентно любимого объекта, описываются знаменитой формулой Фрейда: «но свободное либидо не было перемещено на другой объект; оно возвратилось внутрь эго. Здесь оно, однако, не было использовано каким-либо неспецифическим образом,

но послужило образованию *идентификации* эго с оставленным объектом. Итак, тень объекта пала на эго, и последнее с этого момента может судиться особой инстанцией, как если бы оно само было объектом, оставленным объектом. Таким образом, потеря объекта была трансформирована в потерю эго, а конфликт между эго и любимым человеком — в раскол между критикующей активностью эго и самим эго, измененным идентификацией» (Freud, 1917, p.249).

Поскольку «критикующая активность эго» является результатом трансформации эго, вследствие его идентификации с другим интроецированным объектом (ведь именно путем таких интроекций и модификаций эго и формируется Суперэго), в приведенной выше формуле Фрейда можно увидеть начало теории объектных отношений с трехмерным, по словам Содре (Sodre, 2004, 2005), описанием внутреннего психического мира и различных, основанных на интроекции и идентификации, механизмов построения идентичности, где Я и интернализированный объект вступают в очень сложные, разнообразные и постоянно меняющиеся отношения друг с другом.

Как мы уже отмечали, в психоаналитической теории основанная на интроекции идентификация с первичными объектами признается одним из наиболее важных механизмов нормального и патологического развития. Она является механизмом, ответственным за построение и динамическое поддержание как здоровой, устойчивой и гибкой, идентичности, так и ее различных патологических вариантов, которые характеризуются хаотичностью, дезорганизацией, чрезвычайной ригидностью и обнаруживают себя при психозах и пограничных личностных расстройствах.

Идентификация, основанная на интроекции, часто составляет функциональное единство с идентификацией, основанной на проекции. Последнюю можно описать как фантазию об отщеплении части эго, отчуждении и помещении (проекции) ее в доступный внешний объект, который в фантазии субъекта меняет свою идентичность и теперь воспринимается как носитель этой отщепленной части эго. Совокупность динамичных, сменяющих и взаимодополняющих друг друга проективных и интроективных идентификационных процессов была описана Мелани Кляйн (Klein, 1946, 1955) при помощи общего понятия «проективной идентификации».

Как отмечает Кляйн, необходимое для нормального развития надежное установление хорошего и безопасно любимого объекта, дает эго ощущение богатства и изобилия, обеспечивающее свободную проекцию хороших частей Я в окружающий мир без опасений истощения

и обеднения. Благодаря этому «эго может чувствовать, что способно ре-интроецировать отданную любовь, также как и принять хорошие качества из других источников, и быть обогащенным этим процессом. Другими словами, в этом случае существует баланс между отдачей и принятием, между проекцией и интроекцией» (Klein, 1955, p.144). С точки зрения Кляйн, установление «хорошего» и «неповрежденно-го» внутреннего объекта может сопровождаться агрессивными чувствами и фантазиями об атаках на этот объект и о его фрагментации. Однако «расщепление и проекция преимущественно затрагивают не фрагментированные части личности, а более целостные части Я. Это означает, что эго не подвергается фатальному ослаблению и рассеиванию, поэтому оно оказывается более способным к повторному преодолению расщепления и достижению интеграции и синтеза в своих отношениях с объектами» (op.cit., p.144).

Отсутствие или слабость такого безопасно установившегося хорошего внутреннего объекта в условиях патологического развития могут стать как причиной, так и следствием настолько массивной проективной идентификации, что, как это было описано Фрейдом в «Печали и меланхолии», субъект превращается в объект и границы между ними упраздняются. На клиническом материале Розенфельд, одним из первых, продемонстрировал, что у психотических пациентов с нарциссической структурой как проективная, так и интроективная идентификация могут использоваться для всемогущественного отрицания отдельной идентичности объекта (Rosenfeld, 1964). Он пишет: «Идентификация является важным фактором в нарциссических объектных отношениях. Она может устанавливаться благодаря интроекции или проекции. Когда объект всемогущественно инкорпорируется, Я становится настолько идентифицировано с инкорпорированным объектом, что отдельная идентичность или какая-либо граница между Я и объектом полностью отрицается. При проективной идентификации части Я всемогущественно вторгаются в объект, например в мать, чтобы завладеть определенными качествами, переживаемыми как желанные и, тем самым, заявить, что они сами являются объектом или частью объекта. Идентификация посредством интроекции и проекции обычно возникают симультанно» (Rosenfeld, 1964, p.170-171). В случае психотических и пограничных расстройств, проективная и интроективная идентификации часто отличаются своим грубым, конкретным качеством. Это позволяет рассматривать данные расстройства как интересную модель для эмпирического исследования динамики и структуры идентификационных процессов.

Методологические особенности исследования

Поскольку проективные и интродективные идентификационные процессы относят к числу центральных механизмов, ответственных за поддержание и функционирование идентичности, их сложнейшая структура, динамика и разнообразные функции требуют специального и детализированного исследования на конкретном клиническом материале. Процедура и методы такого исследования должны учитывать чрезвычайную сложность этих процессов, а также лежащие в их основе глубокие бессознательные факторы. В рамках проекта «Психоаналитические исследования в клинике» (руководитель – И.М.Кадыров), на базе которого выполнено настоящее исследование, мы пытаемся сочетать возможности традиционного клинико-психоаналитического подхода к пониманию психозов и тяжелых личностных расстройств с возможностями современных формализованных методов исследования (см.: *Кадыров, И., Чердниченко, 2003*). Данная статья посвящена исследованию динамики процессов проективной и интродективной идентификации, а также структуры и динамики идентичности у пациента с параноидной шизофренией.

Психодинамическое интервью (*Gill et al.*, 1954; *Balint*, 1961; *Sullivan*, 1970; *Argelander*, 1971; *Кернберг*, 1984, 2000) открывает широкие возможности для эмпирического изучения структурных и динамических аспектов идентичности. Специфика диагностики в рамках интервью заключается в том, что особая форма взаимодействия интервьюера с пациентом, близкая к взаимодействию в ходе психотерапии, позволяет актуализировать внутриспихическую динамику пациента в переносно-контрпереносном измерении. В эмпирическом исследовании обычно проводится серия из трех-четырех диагностико-терапевтических интервью, которые записываются на видео- или звукозаписывающие носители, а затем транскрибируются. С исследовательской точки зрения, самым сложным является вопрос о методе анализа материалов интервью, который позволял бы с наибольшей полнотой и наглядностью продемонстрировать динамику идентичности в ходе диагностического и терапевтического контакта.

В настоящей статье представлена попытка использовать в качестве такого инструмента *метод Конфигурационного Анализа*, который был предложен М.Горовицем (*Horowitz*, 1987, 1993) для отслеживания изменений пациента в ходе психодинамической психотерапии. Этот метод комбинирует в себе элементы когнитивного и психоаналитического подходов. Он хорошо согласуется с подходом О.Кернберга к определе-

нию идентичности и ее динамики, открывая возможности для достаточно тонких эмпирических исследований структуры и динамики психических процессов и личностных особенностей участников терапевтического и диагностического взаимодействия. С более детальным описанием самого метода можно познакомиться в нашей другой публикации в МПЖ (Кадыров, И, Чередниченко, 2003).

Клинический случай

Случай г-на Л., выбранный нами для иллюстрации, представляет собой яркий пример всех тех трудностей становления и поддержания собственной идентичности, с которыми сталкиваются пациенты с психическими расстройствами. Л., молодой человек, чья история лечения в психиатрических клиниках насчитывает не один год, в момент исследования находился на лечении в дневном стационаре НЦПЗ РАМН. Он был выбран лечащим врачом для интервью после того, как выразил заинтересованность в получении психологической помощи.

Л. — младший ребенок в семье, где все дети имеют инвалидность по психиатрическому заболеванию с диагнозом «параноидная шизофрения». Мать пациента уверена в том, что причина заболевания ее троих детей кроется в порче, которую наслали на них деятели религиозных сект. Отец пациента скончался от тяжелого заболевания, когда Л. был маленьким мальчиком. За два года до того, как пациент пришел на консультацию к психологу, его сестра покончила с собой, повесившись дома. Вскоре после этого травматического события и сам пациент попытался покончить жизнь самоубийством, порезав себе вены, однако матери удалось спасти сына. Неоднократно в драках или от несчастных случаев Л., а так же его брат и сестра, получали многочисленные травмы, в том числе черепно-мозговые.

Из истории болезни Л. и со слов самого пациента стало известно, что он столкнулся со странными и мучительными переживаниями в возрасте двадцати лет. Состояния отгороженности, замкнутости, тревоги, бессонницы целиком захватили его. Он стал испытывать ощущения нереальности, чуждости окружающего мира, все вокруг казалось ему незнакомым, изменившимся, страшным. Настроение резко снизилось, появился страх сойти с ума. На фоне этого состояния внутри головы появились «голоса», которые сначала носили комментирующий характер, интересовались жизнью Л., затем стали сообщать пациенту о том, что он сидел в тюрьме за совершенное убийство. Вскоре голоса стали носить императивный характер и приказывали ему убить своих близких. Молодому человеку было страшно выходить на улицу. Ему казалось, что содержание его мыс-

лей известно окружающим. Он ощущал на себе воздействие, которое приводило к тому, что в голове у него появлялись чужие, вложенные извне мысли. Постепенно Л. стало казаться, что его мать — неродная и хочет его отравить, поэтому он отказывался есть дома. Свою сестру он, якобы, видел с топором в руках, слышал от нее и от матери угрозы в свой адрес, считал, что они в заговоре и ждут удобного момента, чтобы его убить. Все переживания галлюцинаторно-бредового характера Л. воспринимал как чуждые себе. Ему казалось, что он раздвоился. Неотступно его преследовали мысли о самоубийстве. Под действием «голоса» в голове, в состоянии страшной паники и спутанности Л. совершил попытку самоубийства.

Результаты конфигурационного анализа

Конфигурационный анализ позволил выявить некоторые важные динамические особенности психического функционирования пациента в процессе психодинамического интервью. Одной из существенных его черт оказалось выраженное изменение частоты, с которой эпизоды отношений сменяют друг друга, в зависимости от нарастания или снижения психотической симптоматики. Чем в более спутанном, декомпенсированном состоянии находился пациент, тем больше *эпизодов эмоциональных отношений (ЭО)* присутствовало в интервью. В первом интервью было выделено 25, во втором — 27, в третьем — 12, в четвертом — 17 эпизодов отношений. В таблице 1 представлены типы ЭО, выделенные с помощью метода КА. Таблица включает в себя описание специфики взаимодействия субъекта (S) и объекта (O) в рамках каждого типа ЭО.

Таблица 1

Типы эпизодов отношений (ЭО) с описанием специфики взаимодействия субъекта (S) и объекта (O)

Типы ЭО	Описание специфики взаимодействия S и O
Тип 1 Люди в голове. Впутан в беспредел. Взаимное внедрение. Деформация объекта. Попытка суицида	S имеет дело с опасными, безумными объектами, которые внедряются в него; S либо подчиняется объекту, либо пытается избавиться от него, внедряя плохое в O; с ужасом обнаруживает, как объект искажается на глазах. Совершает попытку самоубийства под действием опасного объекта внутри. O разрушает, уродует S изнутри.

Таблица 1 (окончание)

Типы ЭО	Описание специфики взаимодействия <i>S</i> и <i>O</i>
Тип 2 Преследование. Конфликт. Трансформация, превращение в плохого «другого». Коллекционер «вирусов»	<i>S</i> агрессивно атакует <i>O</i> в ответ на унижение или агрессию с его стороны, <i>O</i> вступает в сговор против <i>S</i> с другими объектами. <i>O</i> непоследователен. <i>S</i> находится в активной позиции, но ждет мести и наказания со стороны <i>O</i> . Периодически состояние атаки отщепляется, но остается ощущение, что <i>O</i> может наказать или предъявить обвинение.
Тип 3 Недоступная помощь; Отвержение с унижением.	Субъект пытается установить связь с <i>O</i> , но объект агрессивно отстраняется; отстранение переживается как отвержение, унижение.
Тип 4 Избегание, самоизоляции	Субъект стремится к самоизоляции, избегает общения, поскольку <i>O</i> является опасным, могущественным, атакующим.
Тип 5 Одиночество, изоляция	<i>S</i> находится в состоянии изоляции вынужденно, так как <i>O</i> недоступен для контакта, не помнит о <i>S</i> .
Тип 6 Магия, контакт с колдунами	Субъект имеет дело с идеализированной сильной родительской фигурой; на ее фоне чувствует себя беспомощным и послушным, отдается сверхъестественному воздействию.
Тип 7 Спутанность, дезорганизация	Полная дезорганизация; объект вычленяется с трудом или не вычленяется, потеря контакта с реальностью.
Тип 8 Травматизация	Объект травмирует <i>S</i> физически или морально: либо избивает <i>S</i> , либо пугает его своим непристойным поведением. Отношения носят тиранический, жестокий характер.
Тип 9 Раскаяние, попытка репарации, помощь другу	Субъект испытывает раскаяние за вред, нанесенный объекту. Пытается оказать помощь тому, кто кажется беспомощным, разрушенным под действием атак <i>S</i> . Качества объекта выделяются с трудом.
Тип 10 Потеря.	Субъект переживает смерть, потерю значимого человека или неодушевленного объекта, страдает, что не может восполнить внутреннюю потерю. Объект часто выглядит идеальным, сильным, но мало доступным.
Тип 11 Борьба с хаосом, размышления о суициде	Открыт к сотрудничеству, пытается осмыслить свое состояние, сожалеет о своем деструктивном поведении. В качестве объекта может выступать психолог, проводящий интервью.

Взаимодействие пациента и интервьюера. Обсуждение динамики идентификационных процессов в ходе интервью

В ходе психодинамического интервью, которое состояло из четырех 50 минутных встреч, Л., несмотря на тяжесть своего психического состояния, продемонстрировал склонность к психотерапевтическому сотрудничеству. Он самостоятельно приходил на все встречи в назначенное время, не опаздывая, и откровенно говорил о своих психологических трудностях. Контрпереносные переживания, которые возникали у интервьюера в ходе общения с этим пациентом, носили сложный, противоречивый характер. С одной стороны, пациент вызывал сочувствие и симпатию, желание помочь и поддержать. Несмотря на спутанность, тревогу и неуверенность, которые интервьюеру приходилось разделять с пациентом, было очевидно, что Л. ищет поддержки и участия, и что существует возможность установить с ним конструктивный психотерапевтический контакт. С другой стороны, общение с пациентом вызывало чувство глубокого дискомфорта, временами отчаяния и приближения к эпицентру какого-то опасного для жизни эмоционального «землетрясения». В эти моменты интервьюер ловил себя на желании как можно быстрее прервать общение с пациентом и тем самым обезопасить себя от приближения к катастрофическим переживаниям. Казалось, что, разговаривая с Л., необходимо соблюдать чрезвычайную осторожность, как будто бомба замедленного действия находится где-то рядом и может взорваться в любой момент в случае неосторожного движения. Было ощущение, что неверно произнесенное слово может разрушить способность пациента думать, говорить о себе, лишить его, пусть и слабовыраженной, способности осознавать и контролировать себя. Иначе говоря, пациент производил впечатление человека одновременно очень хрупкого, одинокого, напуганного, и в то же время — страшного, агрессивного и опасного.

Открытость пациента для контакта психотерапевтического характера выразилась не только в том, что молодой человек был готов рассказывать о себе и своих трудностях, но и в том, насколько чувствительным оказался Л. к попыткам психолога комментировать, анализировать и исследовать его внутренний мир. Общий фон настроения пациента на протяжении всех интервью был сниженным, тревожным, однако характер реакций Л. на комментарии психолога менялся по ходу разворачивания интервью, так же как трансформировался контекст обсуждения значимых для Л. жизненных тем. Ведущий стиль общения молодого человека в *первом* интервью можно охарактеризовать как одновременно жалующийся и паранойяльный. Интерес психолога к про-

исходящему с пациентом способствовал проявлению его потребности в том, чтобы найти человека, который смог бы разделить с Л. его страхи, обиды и тревоги.

Ниже мы приводим описание содержания и динамики четырех интервью с пациентом, следующих друг за другом с недельным интервалом, сопровождая эти описания результатами конфигурационного анализа.

Первое интервью

Свое первое интервью пациент начал с того, что поведал о мучительных переживаниях, связанных с ощущением присутствия другого человека в своей голове. Он сообщил, что проникновение «другого» в голову приводит к тому, что он начинает чувствовать внутри себя чужие мысли, совершать чужие поступки и ему становится очень плохо. Периодически пациентом овладевает состояние, когда он ощущает присутствие самого себя в голове у другого человека. Он рассказал, что взаимопроникновение может быть враждебным и насильственным, а может осуществляться более спокойно через рукопожатие и прикосновение. Чтобы избавиться от другого человека внутри себя, необходимо найти его и вернуть ему его содержимое. Он также сообщил, что если у него нет возможности найти адресата, то ему приходится искать замену, обращаться за помощью к неодушевленным предметам. Никто не смог помочь пациенту справиться с его болезненными состояниями, включая врачей и «магов», к которым Л. обращался по настоянию матери. Контакт с потенциальными спасителями быстро трансформировался в угрожающий и разрушительный. Пациент также признался в своей обиде на врачей, которые не проявляли должного внимания к нему, отказывали ему в сочувствии, что усиливало болезненные проявления. Из интервью следовало, что отвержение и внутренняя паника привели к усугублению состояния спутанности и беспомощности, что заставило пациента совершить суицидальную попытку. Хотя молодой человек искал сочувствия и понимания со стороны интервьюера, вмешательство психолога — нового, незнакомого человека, актуализировало пережитый пациентом опыт насилия и отвержения со стороны значимых для Л. людей. К концу первого интервью паранойальная тревога пациента усилилась, возросло ощущение надвигающейся опасности, что привело к усилению агрессивных тенденций. В рассказе пациента возникла тема того, как он конфликтует с окружающими людьми. Пиковой точкой интервью, когда напряжение достигло максимума, стал момент, когда Л. заговорил о том, как он бывает разруши-

телен по отношению к внешнему миру, и насколько, в то же время, психологически травматичным может быть для него контакт с окружающими. Жажда мести и ужас от нанесенного ущерба другому, казалось, в равной мере причиняли пациенту страдание. Он затронул тему одиночества, которое и мучило его и оберегало от вредоносных контактов с другими людьми.

Схемы 1-4 иллюстрируют результаты *КА* каждого интервью в отдельности. Последняя схема интегрирует результаты, полученные по всем четырем интервью. *Стрелки*, соединяющие в схемах эпизоды взаимодействия, отличаются по толщине, что отражает частоту и структурно-динамическую роль перехода в рамках интервью. *Толщина стрелок* маркирует виды внутренних стратегий, а также переходы между ними и различными уровнями функционирования пациента внутри интервью. Стрелки графически объединены в *психодинамические циклы*. Особенно наглядно это видно на схеме 1 — первого интервью, которое делится на три смысловых психодинамических блока. *Крупный* шрифт соответствует эпизодам с высокой частотой, *мелкий* — с более низкой. *Жирный* шрифт, *курсив* и *разреженный курсив* — выделяют смысловые психодинамические блоки, о которых говорилось выше.

В начале *первого интервью* пациент погружен в свои психотические переживания, в которых контакт с внешней реальностью носит brutальный, искаженный характер. Границы его внутреннего мира абсолютно проницаемы. Взаимодействие с объектом переживается как последовательное проникновение объекта внутрь психики субъекта, его пребывание внутри и/или избавление от него. Обмен болезненными психическими переживаниями уравнивается с насилием и разрушением, что ведет то к идентификации с отщепленной агрессивной частью личности (атакующую роль занимает субъект), то к отказу от этой идентификации, что приводит к принятию роли жертвы.

Попытка установить конструктивный контакт с объектом оказывается безуспешной, так как объект несет в себе то невыносимое психическое содержание, от которого субъект пытается избавиться (болезнь, уродство, «преступление»). Неудачная коммуникация ведет к усугублению состояния и влечет за собой более массивное взаимное вторжение и разрушение, приобретающее для самого субъекта качество психической болезни. Пациент, таким образом, мечется между несколькими частичными идентификациями, каждая из которых является мучительной и не ведет к снижению психического напряжения, а, напротив, усиливает его.

По ходу интервью картина этой brutальной психотической динамики трансформируется. Переход на другой уровень психического

травмирует и приводит к «откату» в бредовое состояние в более массивной форме. Нарастает спутанность и самодеструктивность. Однако фрагментация сочетается с повторными попытками найти и установить контакт с облегчающим состояние «контейнирующим» объектом. Повторные неудачи усиливают психическую боль, приводят к истощению ресурсов и отказу от борьбы. Происходит возвращение к первоначальной стратегии. Отвергающий недоступный объект постепенно трансформируется в деформированный объект, разрушенный безудержными атаками субъекта, а субъект из беспомощного превращается в покалеченного.

Третий динамический блок первого интервью свидетельствует о том, что для пациента характерен еще один путь переработки психического опыта, отраженного в ведущем эпизоде отношений данного интервью: «Внедрение». Этот путь можно рассматривать как компромиссный между двумя предыдущими, как попытку справиться с хаосом и спутанностью за счет установления связи с всемогущим родительским объектом, который должен спасти от безумия магическим способом. Попытка удержаться в рамках этой коммуникации также является неустойчивой, так как способность к расщеплению и поддержанию идеализированного образа объекта представлена лишь в зачаточной форме. Самоизоляция возникает как ответная реакция на ужас, вызываемый всемогущим объектом, который из спасителя трансформируется в угрожающего разрушителя. По ходу трансформации объекта меняется репрезентация субъекта. С нарастанием ужаса набирает силу «криминальная» ипостась, когда агрессия начинает носить бесконтрольный, неуправляемый характер. У пациента как бы появляется «криминальный» двойник. Все обвинения, направленные на субъекта со стороны объекта, расцениваются как ложные, но не отрицаются полностью. Пациент ощущает, что другой человек видит в нем преступника, которым на самом деле он не является. Л. находит третий объект, который становится носителем его собственных «криминальных» импульсов. Удивительно, что попытка отщепления также не является устойчивой, а сменяется противоположной тенденцией: пациент не только признает себя деструктивным и способен к осознанию некоторых причин своей ярости, но и раскаивается в том, что нанес вред объекту. Переход из одного состояния в другое в этом динамическом круге носит непоследовательный, хаотичный характер. Тем не менее, функционирование в его рамках отличается гораздо большей структурированностью, чем в первом круге, где степень диффузии была максимально высокой, границы между объектом и субъектом практически отсутствовали, их ха-

рактические были почти тождественны. Объект и субъект являлись зеркальной версией друг друга, а коммуникация уравнивалась с обменом недифференцированным психическим содержанием, где ведущая роль отводилась бесцельному и бесконтрольному уничтожению. По контрасту, в третьем динамическом круге намечается более дифференцированное ролевое взаимодействие субъекта и объекта. У них обнаруживаются как негативные, так и позитивно окрашенные качества, обмен которыми происходит не зеркально, а наблюдается выборочный процесс идентификации с теми или иными психическими функциями и свойствами. Например, можно выделить разные типы ролевого взаимодействия: беспомощный ребенок – идеализированный родитель; преступник – правоохранительные органы; жертва – насильник; шокированный наблюдатель – аморальные соседи; хороший, но одинокий человек – плохая компания. Паранойяльная констелляция в данном контексте представляет собой форму примитивной психической интеграции, которая удерживает пациента между абсолютно хаотичным недифференцированным состоянием ужаса (первый динамический круг) и травмирующим контактом с отвергающим холодным объектом, недоступным для установления удовлетворяющих субъекта отношений (второй динамический круг).

Второе интервью

В начале второго интервью Л. пожаловался на то, что стал чувствовать себя хуже. И действительно, вторая встреча отличалась большей спутанностью, хаотичностью. Интервьюеру было сложнее поддерживать контакт с пациентом, чувствовалось, что уровень его агрессии значительно возрос. Тем не менее, в зачаточной форме обнаружила себя и противоположная тенденция, а именно потребность в установлении контакта с внешней реальностью, признание нужды во внешней помощи, желание преодолеть хаотичное состояние.

В отрывке, приведенном ниже, можно проследить, как, в контексте обсуждения изменений самочувствия Л., в ходе взаимодействия с психологом фрустрация и отчаяние порождают два разнонаправленных потока переживаний. Пациент чувствует, что отвергающий его объект трансформируется на глазах, слипается с другими значимыми забывающимися, отвергающими или атакующими его объектами. Однако искажение это, обусловленное ответными атаками пациента, не приводит к полному развалу психического функционирования и уходу от реальности, а сталкивается с желанием Л. разобраться в происходящем хаосе и осмыслить свое состояние. Хотя пациент не способен признать, что

актуальное общение некоторым образом влияет на его состояние, он, тем не менее, соглашается с общим ходом мыслей интервьюера, продолжая их в понятном, близком ему направлении.

Пациент: *Я к врачам вообще уже два месяца туда попасть не могу. К врачам. Хотя должен ходить туда хотя бы раз в месяц.*

Интервьюер: А что вам мешает туда попасть?

П: Второй раз за два месяца в отпуске и второй раз болеет за 2 месяца, и я никак не могу попасть. Даже то, что они настаивают, что я должен принимать лекарства, от которых мне плохо, и сама ситуация противоречива, то есть *я два месяца туда попасть вообще не могу*. Если я говорю, что мне промывают мозги по телевизору, а мне врач говорит, что ей вообще все равно, «меня это не интересует», и все, и сидит, смеется.

И: Это вы вспоминаете?

П: Это вот последний ВТЭК, когда проходил, мне вот так вот высказали, вообще, в грубой форме и с каждым годом, как я прохожу ВТЭК, все более *безбашенные там врачи, они что-то вытворяют такое, что даже на них смотришь, как будто сидишь во дворе на скамейке, с них что-то выходит, какое-то энергетическое состояние, какие-то слова пролетают, с лица что-то слетает, лицо у них меняется, то они краснеют, то бледнеют и...*

И: Какое лицо делается?

П: Расплывчатое. То есть тронет, отлетит что-нибудь такое, ну, меняется лицо, то есть. И, в общем, у меня даже моменты такие бывают, как будто *я к этому уже привык. Я уже даже не обращаю внимания, и даже не спрашиваю, что это такое, когда надо, а когда спрашиваешь, «так тихо», и все.*

И: Они так говорят вам?

П: Да. Ну, не говорят что-то, могут уйти, потом прийти.

И: Я вот думаю, что после нашей встречи вам как-то хуже стало.

П: Ну, у меня эти моменты были.

И: После нашего разговора?

П: Я не думаю, что после нашего разговора, мне именно от этого стало хуже. Я, может, пиво пил. Может, от этого. Просто безалкогольного не было. Пришлось алкогольное купить. Хотя с пивом — то у меня все в порядке. У меня ничего такого от него не бывает.

И: Мне кажется, что, вот, с одной стороны, для вас очень важно, чтобы кто-то выслушал вас и как-то прислушался к тому, что вас беспокоит.

П: Ну, есть моменты... потому что у меня друг. Иногда вот с ним разговариваешь — «а, да, я знаю эти моменты», а пройдет неделя, и с ним об этом же заговоришь, — «я не помню, не знаю, даже, о чем ты». *Ощущение такое, что он и не он одновременно, то есть, то он помнит,*

то не помнит, то он вообще не знает, что это такое. Либо такое ощущение, как будто он ко мне домой в первый раз пришел, не знает, где лежат какие вещи. То есть обычно он знает. То есть, как бы он освоен у меня в квартире, а то может еще спросить, «а где у тебя что, чего». То есть вот такие моменты пролетают.

И: Вы тогда расстраиваетесь?

П: Ну, я как бы *начинаю спрашивать, кто ты такой, что ты здесь делаешь? Пытаюсь вытащить его, либо из себя, либо того, кто у него, забрать себе*, как бы так, чтобы обменяться и, в принципе, как-то получается, ну, это происходит, в последнее время может по быстрому пройти, а раньше могло долго..

И: Такая вот спутанность?

П: Да, спутанность. Ну, путаешься, конечно.

И: То есть, я вот думаю, что, с одной стороны, вы знаете, что я психолог.

П: Догадываюсь.

И: Я вас так внимательно про все расспрашиваю, и вам, вроде бы, хочется про все рассказать, но, может быть, когда вы вот это говорите, то как-то не уверены, что я все это пойму.

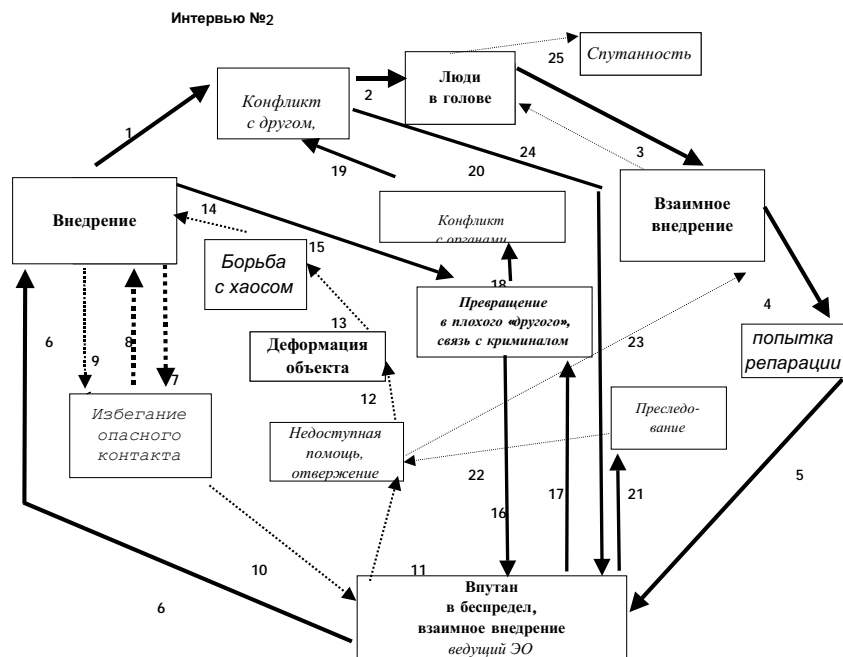
П: Ну, да есть такое, потому что *для меня это было тоже с трудом все это понять. Иногда просто в голове была каша, потому что, чтобы все это по полочкам разложить, это надо было не один день сидеть и думать из-за кого это, из-за чего.*

Таким образом, второе интервью представляет собой сложное переплетение динамических линий, возникших в первом интервью. Однако здесь они перемешаны в клубок с более сложной пространственной и смысловой конфигурацией.

Хотя ведущими эпизодами, по частоте появления в интервью, остаются психотические эпизоды первого типа (первый динамический круг), паранойяльная линия набирает силу, количество эпизодов этого типа возрастает: появляется ЭО «Преследование», который, с одной стороны, связан с ЭО «Впутан в беспредел», а, с другой, — с ЭО «Недоступная помощь». Данная связь вновь указывает на ту промежуточную роль, которую паранойяльная идентификация играет во внутреннем мире пациента.

Несмотря на то, что уровень спутанности во втором интервью максимально высок, по сравнению с другими интервью, в его ходе возникают два эпизода отношений — «Попытка репарации» и «Борьба с хаосом», которые существенно отличаются от ранее встречаемых эпизодов и предвосхищают неожиданную динамику, возникающую позже, в третьем интервью. Хотя содержательно эти эпизоды связаны с бредо-

Схема 2



вой продукцией, в них обнаруживаются тенденции прогрессивного содержания. В эпизоде «Попытка репарации» субъект, оплакивая мертвые или ускользающие от него объекты, не впадает в ярость, а пытается восстановить разрушенную им связь с этими объектами. Он частично признает свою роль в этом разрыве, говоря о том, что пытается «приглядывать за собой», что является, по сути, подобием процесса идентификации с функцией наблюдения за собственной эмоциональной жизнью.

Рефлексивная и наблюдающая функция в этом интервью является прерогативой психолога. В эпизоде «Борьба с хаосом» он выступает в роли объекта, с которым пациенту трудно установить однозначную эмоциональную связь. Несмотря на эту трудность, субъект в данном эпизоде репрезентирует себя, как человека, стремящегося навести порядок в своем мышлении: «Просто в голове была каша, поэтому, чтобы все это по полочкам разложить, это надо было не один день сидеть и думать из-за кого это, из-за чего».

Третье интервью

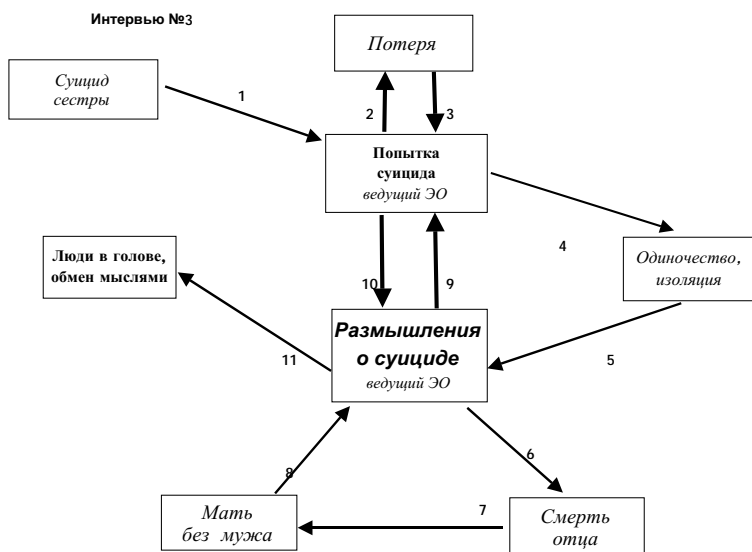
Третье интервью показало не менее интересную динамику: депрессивная проблематика вышла на первый план, в то время как актуальная острота психотических проявлений несколько снизилась. Л. рассказал о том, что переживает упадок сил, и поделился с интервьюером своим опасением, что ему будет трудно выдержать интервью. Ведущей темой обсуждения стала тема потери, как значимых людей, так и упущенных жизненных возможностей. Только на этой встрече пациент смог заговорить о своих близких как о реальных людях. Он рассказал о суициде своей сестры, о смерти отца, о матери, которая воспитывала детей одна, без помощи мужа, о том, как мать переживала попытку суицида самого Л. Пациент не только описывал ситуацию, в которой он пытался убить себя, но также размышлял, почему это произошло с ним, описывал некоторую борьбу внутри себя, свою тревогу по поводу будущего, связывая попытку суицида с охватившими его в тот момент чувствами страха и непонимания. Л. казался грустным и очень несчастным, но более доступным для контакта, при этом уровень его агрессии на порядок снизился.

В третьем интервью эпизоды отношений бредового содержания уступают свою ведущую роль эпизодам депрессивного типа. Объекты, представленные здесь, либо мертвы (отец, сестра), либо переживают, так же как и субъект, потерю значимого человека (мать, потерявшая мужа и дочь).

Эпизоды «Попытка суицида» и «Размышления о суициде» создают ядро этого интервью. Их взаимодействие, а также их связь с другими депрессивными эпизодами, свидетельствует о том, что пациенту, несмотря на его тяжелое психическое расстройство, в рамках психодинамического интервью доступен переход на более высокий уровень психической интеграции. Переход этот, однако, является неустойчивым, так как в конце интервью мы вновь сталкиваемся с ЭО «Люди в голове, обмен мыслями».

Важно, что если ЭО «Попытка суицида» дает нам картину взаимодействия, где объект и субъект не только слиты друг с другом, но и объединены единым импульсом уничтожить субъекта, то в ЭО «Размышление о суициде» субъект взаимодействует с самим собой как с внешним объектом. «Слипание» с объектом происходит за счет массивной патологической проективной идентификации брутальных импульсов в объект, в то время как психическая дифференциация и попытка интегрировать свою деструктивность — за счет, во-первых, признания потери значимого объекта (пациенту удается описать этот опыт), и, во-вторых,

Схема 3



идентификации с потерянным объектом, например, с умершим отцом, сестрой или матерью, которая осталась без мужа. Потеря значимого человека и собственная потенциальная смерть становятся событиями одного порядка. Пациент сожалеет о том, что «бросался» своей жизнью так же, как он переживает то, что остался в детстве без отца. Мертвый отец, покончившая с собой сестра и одинокая мать начинают репрезентировать происходящее внутри самого пациента — потерю себя, попытки суицида в состоянии спутанности и переживание одиночества и бессилия. Эпизоды отношений паранойяльного типа отсутствуют в третьем интервью. Мы можем наблюдать здесь непосредственный переход от бредового переживания спутанности себя и объекта к переживаниям менее психотического, более дифференцированного характера. Переход этот оказывается возможным, в числе прочего благодаря тому, что пациенту в ходе интервью удастся использовать более символический способ репрезентации своего психического опыта.

Четвертое интервью

В последнем, четвертом интервью динамика взаимодействия пациента и интервьюера получила новое преломление. Приобрела особую

значимость проблема отвержения, которая соединилась с темой преследования и унижения, окрасившись новыми фантазиями пациента. Например, Л. рассказал о том, как он борется с компьютерными вирусами. Пытаясь «приручить» вирусы, коллекционируя их, он одновременно делается более сильным, но в то же время возрастает его опасность для окружающих, он ждет, что даже те люди, которые симпатичны ему, будут преследовать и наказывать его за то, что он владеет чем-то опасным для окружающего мира.

В целом, пациент выглядел на этом интервью не таким пассивным, как на предыдущей встрече, и в его монологе звучало, что он не готов смириться с отвержением и унижением, покорно склонив голову. Диапазон эмоциональных состояний Л. во время последней встречи как будто расширился, он не только жаловался на жизнь и одиночество, но и открыто шел на конфронтацию, отказываясь говорить на какие-то темы. Одновременно с этим пациент был очень разговорчивым, иногда улыбался и даже смеялся. Когда время интервью закончилось, интервьюеру буквально пришлось прервать пациента на полуслове. Было очевидно, что процесс расставания переживается Л. нелегко, вызывая ассоциации, связанные с отвержением.

В этом интервью пациент оказывается погруженным в борьбу с объектами, которые то преследуют пациента, то отвергают его. Отвержение, окрашенное унижением и презрением, оказывается здесь кульминационным – ведущим ЭО. Эпизоды отношений «Одиночество, изоляция» связывают третье и четвертое интервью, переход от этого ЭО к кульминационному – «Отвержение» происходит непоследовательно, субъект как будто мечется между разными субъект-объектными диспозициями. Метание показывает, что попытка установить контакт с всемогущим магическим объектом и идентификация себя с беспомощным, открытым воздействию ребенком, оказывается не только не успешной, но приводит к нарастанию чувства незащищенности перед лицом чужой агрессии. Справиться с этим состоянием удастся, перейдя к диспозиции «помогающий, избирательный друг (субъект) – беспомощный, опустившийся друг (объект)». Такой переход избавляет субъекта от острого чувства собственного ничтожества, оно помещается в объект. Однако достижением этого интервью является то, что в рамках данного эпизода отношений пациент пытается установить контакт со своей «больной» частью, а не отщепляет и не атакует ее напрямую, как в первом интервью, где все плохое, включая болезнь, нужно было внедрить в ненавистный объект, разрушая его подобным образом.

Схема 4



Далее внутриспсихический конфликт набирает силу. Репарация «больной» части оказывается невозможной, так как субъект превращается в борца-собираателя компьютерных вирусов. ЭО «Коллекционер вирусов» представляет собой большой интерес, так как вирус является объектом, которого субъект боится и от которого защищается, но защищается таким образом, что оказывается коллекционером вирусов, став опасным для окружающих, что предвосхищает последующее отвержение и осуждение со стороны «хороших» – враждебных вирусам объектов. В эпизоде «Отвержение» мы вновь имеем дело с объектом, который наделен отличными от субъекта качествами. Более того, у него появляются атрибуты, вызывающие зависть субъекта. Отвергающий объект – это отец, глава хорошей семьи, к которой субъект хотел бы принадлежать, но в которой ему нет места. Иначе говоря, сам он принадлежит к плохой, опустившейся семье – «двору», где происходит «беспредел». Поэтому возникает попеременный переход от эпизода «Отвер-

жение с унижением» к эпизодам «Внедрение» и «Спутанность», возвращение в острый психоз и попытки вырваться из него, защитить себя от унижения, безумия, дезинтеграции. И вновь ЭО «Преследование» демонстрирует собой компромисс, уход от борьбы, инициируемой отвержением. Объект становится носителем порока, а субъект – жертвой преследующего объекта.

Парадоксальная динамика, обнаружившая себя по ходу четырех интервью, возможно, связана с тем, что паранойяльная констелляция пациента не является стабильной. Расщепление и проекция, приводящие к эвакуации «опасного содержания» в объект и возникновению паранойяльной тревоги, сменяются то полной фрагментацией, то неожиданной интеграцией, когда возникает более дифференцированное восприятие объекта и более сложное переживание связанного с ним аффекта.

Последний эпизод четвертого интервью можно в свете сказанного рассматривать двояко. В данном эпизоде объекты являются странными, непонятными, неопределенными. Они то преследуют субъекта, то прячутся от него. Субъект находится в состоянии спутанности, раздвоенности. Он не может себя идентифицировать ни с преступником, ни с его жертвой. Перед субъектом стоит сложный выбор. Либо принять облик «бандита» и преступника и смириться с ролью отверженного, ужасного и преследуемого, но наделенного силой. Либо избавиться от ужасного содержимого, поместив его в странные и опасные объекты, которые способны проникать в его психику и разрушать ее изнутри, калечить душевно и физически. Невыносимость любой из этих ситуаций приводит к постоянным переходам из одного состояния в другое. Однако спутанность и неопределенность, в зависимости от ситуации актуального эмоционального взаимодействия, иногда облекается в форму, где у субъекта появляется возможность вычленив в себе и в объекте позитивно окрашенные эмоциональные качества.

К сожалению, состояние, когда объект и субъект представляют собой пару, объединенную аффектом привязанности, является хрупким, эфемерным, так как привязанность быстро приобретает горький вкус потери и отвержения, а объект привязанности деформируется и превращается во враждебный, возвращая субъекта к борьбе со страшными монстрами-вирусами. Происходит колебание между тремя полюсами или измерениями, которые в итоговой шестой схеме представлены тремя типами ведущих ЭО: «Внедрение, впутан в “беспредел”», «Борьба, преследование» и «Отвержение».

Психодинамическая характеристика идентичности

Детальное исследование динамики объектных отношений, осуществленное с помощью метода конфигурационного анализа, позволяет нам сделать некоторые выводы относительно динамики идентичности пациента в ходе психодинамического интервью.

В схеме 5 представлена обобщенная картина взаимодействия эпизодов отношений, составленная на основе анализа всех четырех интервью. Эпизоды отношений объединены здесь в типы, в соответствии с общим смысловым полем, в котором происходит взаимодействие субъекта и объекта. Цель данной схемы – продемонстрировать, какие типы ЭО по итогам четырех интервью являются ведущими, а какие – второстепенными и фоновыми. Последовательность эпизодов, представленная в заключительной схеме, также отражает, какие идентификации являются более значимыми и устойчивыми, а какие представлены лишь в зачаточной, неустойчивой форме, что позволяет зафиксировать не только динамические, но и структурные особенности идентичности пациента.

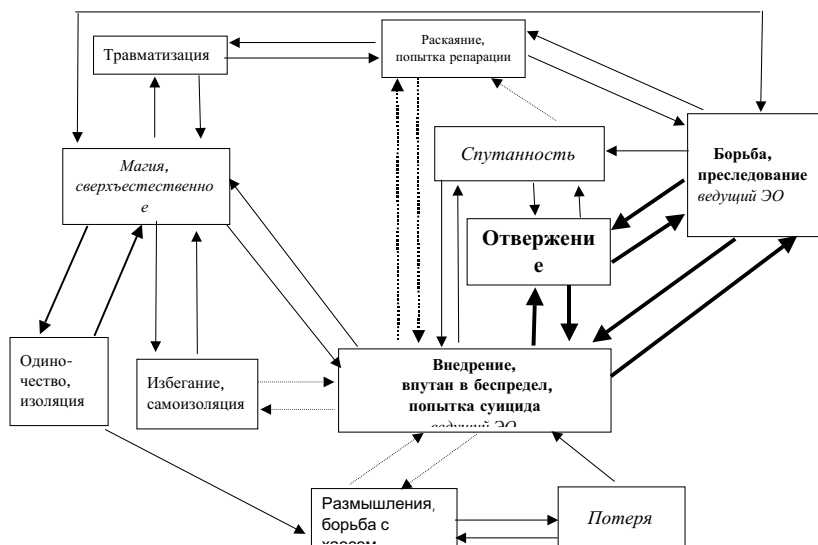
Основной, наиболее яркой особенностью идентичности пациента является то, что его переживание себя колеблется, как бы перетекает с одного уровня интеграции на другой. Полюс, где пациент полностью теряет способность к интеграции и дифференциации, представлен ЭО «Спутанность». Относящаяся к этому ЭО спутанная репрезентация себя не является ведущей, но играет важную роль во внутренней динамике. Она маркирует срыв в работе как депрессивных, так и психотических защитных механизмов и отказ от идентификаций более высоких уровней структурной организации.

Следующий по степени интеграции и дифференциации уровень можно квалифицировать как *психотический*. В нем выделяются более и менее структурированные подуровни идентичности. Менее структурированный подуровень представлен ведущим типом ЭО «Внедрение, впутан в “беспредел”», сюда же мы можем отнести ЭО «Травматизация». На этом подуровне ведущими механизмами, формирующими образ себя, являются примитивная проекция и интросекция, а также идентификация с частичными, опасными, фрагментированными, проникающими объектами.

Пациенту доступен переход от данной плохо дифференцированной психотической структуры к типу интеграции, где к вышеуказанным механизмам подключаются такие защитные механизмы, как отрицание, расщепление, идеализация и обесценивание. Мы можем наблюдать эту рабо-

Схема 5

Итоговая обобщенная схема взаимодействия ЭО 1-4 интервью



ту в ЭО «Борьба, преследование», «Магия, сверхъестественное», «Избегание, самоизоляция». Образ себя здесь является искаженным, редуцированным, расщепленным вплоть до создания двойника, наделенного неприемлемыми для субъекта атрибутами. На этом подуровне представление о себе включено в психотическую, паранойяльную структуру взаимодействия с объектом. Однако за счет работы более разнообразных защитных стратегий, репрезентации субъекта перестают неразрывно сливаться с репрезентациями объектов, обнаруживается дифференциация, построенная на проективной идентификации и зачаточной форме расщепления.

Наиболее хрупкий, но все же доступный пациенту уровень интеграции себя можно обозначить как *депрессивный*, поскольку происходит дифференциация иного порядка, приводящая к вычленению значимого объекта и переживанию его потери. Этот уровень также представлен в двух модусах, каждый из которых смог проявиться только благодаря установлению контакта пациента с интервьюером. Репрезентация себя как отвергнутого и униженного актуализируется в ЭО «Отвержение» и «Одиночество и изоляция». Этот образ себя оказывается компонен-

тарным представлению о равнодушном, безразличном объекте, который не видит в субъекте ничего хорошего, стоящего внимания и интереса. ЭО «Потеря», «Раскаяние, попытка репарации», «Размышления, борьба с хаосом» заключают в себе зачаток того, что может стать альтернативой психотического измерения внутри пациента. Объект, хоть и потерянный, становится чем-то ценным для пациента. Одновременно с этим возникает образ себя, желающего сохранить свою жизнь и преодолеть внутренний хаос.

Переходы от одного уровня идентичности к другому были продемонстрированы в процессе КА каждого интервью. Важным результатом осуществленного анализа является подтверждение психоаналитической гипотезы о том, что *во внутреннем мире даже психотического пациента существует как психотические, так и непсихотические части, которые находятся в борьбе друг с другом*. Эта борьба, зависящая от специфики того или иного психического расстройства, влияет на создание структуры и динамики идентичности пациента.

Анализ спутанных, многоуровневых коммуникаций психотического пациента в интервью позволил реконструировать структуру и динамику различным образом организованных проективных и интроективных процессов идентификации. Механизмы проективной и интроективной идентификации могут быть мотивированы многопланово: либо защитным стремлением избавиться от нежелательных аспектов собственного Я или непереносимого эмоционального опыта (например, от осознания сепаратности объекта или от зависти к нему), либо желанием контролировать психику и тело другого человека, либо характерным для некоторых психотических пациентов стремлением к «паразитизму», сопровождаемому фантазией о жизни внутри объекта (*Bion, 1957, 1962/2003, 1970/1993; Rosenfeld, 1987; Sodre, 2004; Spillius, 2007*).

Как мы видели на примере пациента Л., эти процессы сопровождаются грубым искажением или полным отрицанием психической реальности. Однако в основе этих идентификационных процессов может лежать и нормальная потребность в коммуникации другому человеку, в нашем случае интервьюеру, глубокого до-вербального, невербализуемого опыта. Такой опыт коммуницируется пациентом интервьюеру и окружению не только в целях разрушения или опустошения «другого», но и в надежде выжить внутри него, быть принятым и понятым. Дифференциация, определение места, функции и удельного веса как патологических, так и относительно здоровых механизмов формирования и функционирования идентичности составляет специальную исследовательскую, диагностическую и терапевтическую задачу.

Мы полагаем, что систематическое исследование динамики, структуры и мотивационных факторов не только этих сложных идентификационных процессов, но и целостного психологического функционирования тяжело нарушенных пациентов в ходе интервью с применением специальных формализованных методов, таких как конфигурационный анализ, является весьма обещающим. В перспективе подобные исследования отдельных случаев и целых групп могли бы помочь не только пролить свет на психологические механизмы развития психотических расстройств, но и выработать обоснованную систему психологической помощи этим пациентам.

Литература

- Антонова Н.В.* Проблема личностной идентичности в интерпретации современного психоанализа, интеракционизма и когнитивной психологии, Вопросы психологии № 1, 1996, Москва, Школа-Пресс.
- Кадыров И.М., И Г.С., Чердниченко Е.В.* К психоаналитическому исследованию психозов: попытка интеграции клинического и формализованного подходов к анализу диагностико-терапевтического интервью. Московский психотерапевтический журнал, № 4, 2003, с.54-103.
- Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. Москва, “Класс”, 2000.
- Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис. М. «Прогресс», 1996.
- Argelander H.* The Initial Interview in Psychotherapy. New York: Human Sciences Press, 1976.
- 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.
- Bion W.R.* Attention and Interpretation. London. Karnac, 1970/1993.
- Erikson Erik* (1950). Childhood and Society. New York: W.W.Norton & Company.
- Freud S.* Mourning and Melancholia. Standard Edition vol. 14.
- Gill M., Newman R., Redlich F.* The initial interview in psychiatric practice, International University Press, New York, 1954.
- 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.
- Jacobson E.* The self and the object world. New York: International University Press, 1964.
- Kernberg O.F.* Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies. Yale University Press, New Haven, 1984.
- Klein M.* Notes on some schizoid mechanisms. International Journal of Psychoanalysis, Vol. XXVII, 1946.