

ДИНАМИКА ЗАЩИТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В ХОДЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

И. М. КАДЫРОВ, А. А. ОКСИМЕЦ

Статья посвящена психоаналитически-ориентированному исследованию защитной организации личности в ситуации психоаналитического интервью с пациентами, страдающими аффективными расстройствами. Авторы определяют понятие «защитная организация личности» и предлагают типологию психических диспозиций, которые могут быть полезны для исследования динамики защитной организации у пациентов с психозами и аффективными расстройствами. На основе метода конфигурационного анализа и типологии «психических диспозиций» предлагается детальное исследование динамики защитной организации пациентки с биполярным аффективным расстройством в ходе двух диагностико-терапевтических интервью.

Ключевые слова: защитная организация личности, защитные механизмы, аффективные расстройства, психозы, психоаналитическое интервью, конфигурационный анализ.

Введение в проблему. В своем повседневном употреблении слово «защита» всем хорошо знакомо. Оно описывает отношение двух сторон, одна из которых атакует или угрожает нападением, другая укрывает себя от этой угрозы. Медицинское определение защитной функции организма характеризует телесную реакцию против болезни или болезнетворных организмов или факторов. Психологическое понятие защиты в принципе аналогично житейскому и медицинскому, с той разницей, что оно описывает одну из фундаментальных особенностей психического функционирования человека. Описанное впервые в психоанализе понятие психологической защиты объединяет в себе совокупность приемов, операций или механизмов, используемых «Я» для уменьшения или устранения любого изменения, которое

нарушает привычное психическое функционирование человека или сталкивает его с тревогой, повышенным возбуждением, напряжением или опасностью. Последние могут быть обусловлены как внутренними переживаниями или состояниями (например, влечениями, аффектами, фантазиями или воспоминаниями), так и внешними обстоятельствами (например, столкновение с чрезмерно возбуждающей или угрожающей ситуацией). Одно из метафорических описаний защитных функций Эго в психоанализе сравнивает их со специальными силами быстрого реагирования некоего внутреннего оборонного ведомства [Galatarioutou, 2005]. Подразделения этого ведомства находятся в распоряжении Эго, которое, получая сигналы тревоги, поднимает их, чтобы защитить «Я» и заблокировать желания, мысли, представления или аффекты, угрожающие нарушением внутреннего эмоционального баланса или затоплением его неприятным, опасным или неприемлемым с моральной точки зрения психическим материалом. И хотя Эго преимущественно понимается как сознательная область психического аппарата, наиболее глубокие сферы и функции Эго бессознательны. Защитные механизмы относятся как раз к этим бессознательным функциям Эго. Действительно, в этой аналогии со спецподразделением, можно сказать, что защиты действуют «под покровом темноты» или «тайно». По крайней мере, на сознательном уровне человек, как правило, не осознает, какие именно защитные механизмы активны в данный момент. Так, человек, испытывающий агрессивные чувства в адрес кого-то близкого, может бессознательно скрывать эти переживания под маской преувеличенной любви и заботы (механизм вытеснения с последующим реактивным образованием) или приписывать эти негативные чувства какому-нибудь другому человеку (проекция).

Возникшее в психоанализе понятие психологической защиты и описанный в нем реестр классических защитных механизмов, в который наряду с вытеснением входят такие операции как реактивное образование, аннулирование, изоляция, рационализации и некоторые другие [Freud, 1925; Freud, 1936], получили законный статус в академической психологии [Соколова, 2007]. Для клинической и консультативной психологии, а также для психотерапии понятие психологической защиты имеет огромное значение, поскольку каждый психолог-консультант, психотерапевт или клинический психолог в своей ежедневной работе с пациентами, особенно с тяжелыми расстройствами, сталкивается с необходимостью детального диагностического и психотерапевтического исследования их защитной организации.

Защиты высокого уровня. Хотя в своей основе защитные механизмы являются нормальными, присущими той или иной возрастной фазе способами адаптации субъекта к внешней и внутренней реальности, при различных вариантах психопатологии они приобретают массивный и ригидный характер. В результате из нормального средства адаптации к реальности они превращаются в средство искажения или отрицания болезненной или неприемлемой реальности. Это деформирует отношения человека с его окружением и самим собой. Даже описанные Фрейдом и его последователями классические защитные механизмы, которые мы сегодня относим к сравнительно дифференцированным ментальным операциями (защитам высокого уровня), поскольку с точки зрения психологии развития ребенка их возникновение предполагает определенный уровень созревания психики, в своих дезадаптивных вариантах являются одной из причин и признаков невротического функционирования личности. Как известно, Фрейд не только предложил список отдельных защит, но и попытался исследовать, каким образом эти механизмы могут быть связаны друг с другом внутри того или иного типа характера и определять «выбор» типа невроза. Это породило имеющую огромное теоретическое и прикладное значение традицию исследований, фокусирующихся на детальном анализе ведущих защитных механизмов или защитного панциря личности и их роли в психопатологии [Freud, 1936; Blackman, 2004].

Примитивные защитные механизмы. Важным дополнением к классическому учению о психологической защите стало открытие и детальное описание, преимущественно в работах представителей теории объектных отношений [Klein, 1940, 1946; Bion, 1957; Joseph, 1989; Кернберг, 2000], так называемых примитивных (или психотических) защитных механизмов. Эти защитные механизмы (защиты низкого уровня) определяют характер как нормальных очень ранних инфантильных фаз развития ребенка, так и их патологические (часто не невротические, а психотические или препсихотические) аналоги, которые Мелани Кляйн обозначила при помощи понятий параноидно-шизоидной и депрессивной позиций [Klein, 1940, 1946]. К примитивным защитам в первую очередь относятся массивное отрицание, расщепление, чрезмерная проективная и интроективная идентификация, а также идеализация и обесценивание. Эти защиты запускаются не столько тревогами, связанными с напряжением либидинальных влечений, как это происходит с защитами высокого (невротического) уровня, сколько катастрофическими тревогами параноидно-шизоид-

ной позиции — тревогами преследования, уничтожения, психической и телесной фрагментации, а также тревогами депрессивной позиции — страхом потери или разрушения любимого объекта. Наиболее ранние защитные механизмы, вызванные тревогой преследования, включают фантазии об аннигиляции преследователей, о расщеплении себя и объекта, об исторжении плохой части себя или объекта (проекции, в том числе проективную идентификацию), а также отрицание и бегство к хорошему объекту. В депрессивной позиции доминируют маниакальные защиты: отрицание, всемогущество, триумф и высокомерный контроль над объектом.

Защитная организация личности. Проблемы и перспективы ее исследования на модели аффективных и психотических расстройств. Дифференциация между защитами высокого (невротического) и низкого (психотического или препсихотического) уровней имеет для клинической психологии и психотерапии фундаментальное значение. Надежное различие между уровнями преобладающих защит необходимо для структурной диагностики, которая позволяет не только дифференцировать уровень личностной организации и уровень личностного расстройства пациента (невротический, пограничный или психотический), но и обоснованно выбирать наиболее оптимальные форматы психотерапии с этими пациентами [Кернберг, 2000]. Однако, как показывает клинический опыт, в психическом функционировании практически каждого пациента, независимо от уровня его личностной организации (невротической, пограничной или психотической), можно обнаружить как попеременное, так и синхронное присутствие и взаимодействие «психотических» и «невротических» защитных механизмов [Кадыров, 1996]. В этом контексте детальное исследование динамики и профиля защит становится чрезвычайно важной и сложной задачей.

Трудности связаны, прежде всего, с тем, что бессознательная природа защитных механизмов делает их малодоступными для исследования, преимущественно ориентированного на осознаваемый уровень. Кроме того, эти механизмы очень подвижны и динамичны. Традиционные же психодиагностические исследования с использованием опросников или шкал, как правило, фиксируют лишь наиболее поверхностный слой той или иной защиты в ее статическом срезе. Наконец, при рассмотрении психологической защиты последняя часто понимается слишком узко — как одна из психических операций в реестре защитных механизмов. При этом ускользает тот факт, что защита редко является отдельным и легко выделяемым психическим феноменом.

В реальности она представляет собой более масштабные образования, встроенные в целостное психическое функционирование, и связана с мотивацией, с фантазийной жизнью человека и его объектными отношениями.

На наш взгляд, полноценное исследование психологической защиты пациентов с различными расстройствами личности должно ориентироваться не на изучение отдельных механизмов, а на детальное исследование целостной защитной организации личности, а также ее внутренней и интерперсональной динамики и микродинамики. Анализ должен быть нацелен на сложную организацию личности пациента, который бессознательно выбирает свои уникальные способы обращения с тревогами и поддержания психического равновесия и стабильности. Нередко сам факт обращения за психологической помощью связан с нарушением хрупкого психического равновесия пациента, со срывом в функционировании его уникальной защитной организации или неудовлетворенностью результатами ее функционирования [Joseph, 1989]. Предложенные Мелани Кляйн [1940, 1946] описания двух позиций — параноидно-шизоидной и депрессивной, на наш взгляд, обладают высоким эвристическим потенциалом в исследованиях динамики целостной защитной организации.

Сам термин «позиция» подразумевает психическую диспозицию, включающую в себя систему взаимосвязанных фантазий, отношений с объектами, эмоциональных состояний, тревог и ведущих защит. Параноидно-шизоидная позиция предполагает более примитивную организацию, базирующуюся на расщеплении, проекции, фрагментации объектных отношений. Депрессивная позиция — более зрелый уровень функционирования и интеграции идентичности и объектных отношений. Каждая из двух позиций представляет из себя устойчивую структуру и динамику субъект-объектных отношений и не только содержит в себе те или иные защитные механизмы, но и сама по себе может активизироваться в качестве защиты от другой позиции. Например, регрессивный переход психического функционирования пациента в параноидно-шизоидную позицию может быть защитным убежищем от болезненных переживаний и тревог депрессивной позиции. И наоборот — переход в депрессивную позицию может отражать защитное бегство от тревог параноидно-шизоидной позиции.

При тяжелых расстройствах флуктуации этих позиций определяют динамику психического функционирования пациента и их можно наблюдать в рамках даже одного сеанса. Таким образом, аффективные расстройства депрессивного и маниакально-депрессивного спектра, а

также психозы, особенно шизофренического и паранойяльного типа, могут представлять естественную модель для детального эмпирического исследования динамики и структуры психологических процессов, описанных в терминах параноидно-шизоидной и депрессивной позиций.

Однако следует отметить, что при всей эвристичности и клинической ценности понятий параноидно-шизоидной и депрессивной позиций, их применение в контексте систематических эмпирических исследований нуждается в более четкой и ясной операционализации. Кроме того, нам представляются оправданными с клинической и исследовательской точки зрения попытки некоторых авторов [Ogden, 1989; Steiner, 1993] расширить реестр «психических диспозиций» и включить в него как более примитивные, так называемые «до-объектные» психические состояния, так и более зрелые и интегрированные типы отношений с объектом. Исходя из сказанного о важности исследования защитной организации личности в ее динамике и целостности нам представляется целесообразным построение более развернутой типологии «психических диспозиций», которая учитывала бы уровень интеграции репрезентации себя и объекта, характер и аффективный климат отношений между субъектом и объектом, а также характер тревог и защитного функционирования личности. Сама процедура исследования должна быть чувствительной к дифференциации этих диспозиций и пошаговому отслеживанию динамики и направления переходов между этими диспозициями. Среди инструментов, позволяющих исследовать динамику психотерапевтического взаимодействия и смены психических диспозиций в ходе отдельного сеанса, наиболее подходящим нам представляется модифицированный метод Конфигурационного Анализа [Hogowitz, 1987; Кадыров, И, Чередниченко, 2003; Кадыров, Толпина, 2008]. Этот метод позволяет анализировать тексты интервью, разбивая их на последовательные, тематически и эмоционально связанные эпизоды отношений (ЭО), которые отражают особенности отношений субъекта (S) и объекта (O) и которые на основании определенных критериев могут быть отнесены психологом к одной из операционализированных диспозиций. Исходя из анализа литературы [Klein, 1940; O'Shaughnessy, 1988; Joseph, 1989; Ogden, 1989; Steiner, 1993], клинического опыта, а также основываясь на наших предшествующих исследованиях [Кадыров, 1996; Кадыров, И, Чередниченко, 2003; И, 2004; Кадыров, Толпина, 2008; Толпина, 2009], мы предлагаем использовать пятиуровневую типологию «психических диспозиций» (Табл. 1).

Таблица 1

Список психических диспозиций и уровней интеграции

I. Спутанность	Непереносимая спутанность	S испытывает эмоциональное или физическое смешение с O. В одном персонаже, предмете или явлении смешиваются несовместимые элементы, «плохие» и «хорошие», любовные и агрессивные чувства. S путает части и целое, внешнее и внутреннее. Состояние S близко к агонии
	Переносимая спутанность	O представлен смутно и плохо дифференцируется от S. S испытывает состояние хаоса, чувствует, что в нем или в O перемешены противоречивые качества. S испытывает замешательство и тревогу, однако способен переносить это
	Гармоническое смешение	S и O обладают лишь обобщенными характеристиками, такими, как живой, комфортный, приятный. Отношения между S и O сводятся к счастливому слиянию, взаимопроникновению, растворению
II. Биполярное расщепление	Эвакуация	«Плохие» или «хорошие» переживания, аспекты одного явления или персонажа отделяются друг от друга и «выбрасываются» наружу на уровне фантазии или конкретных действий
	Инкорпорация	S инкорпорирует «хороший» либо «плохой» O
	Образование двойника	S приписывает O качества, действия или состояния, которые принадлежат S. O описывается как близнец, двойник
	Дистанцирование	S испытывает тревогу и дистанцируется от O. Либо S пребывает в изолированном, закрытом пространстве, а опасный O находится снаружи
	Преследование	S чувствует угрозу нападения со стороны враждебного O, защищает себя, атакует в ответ. Роли могут меняться
	Тирания	S чувствует себя беспомощной жертвой тиранического O, вынужден подчиняться. S и O могут меняться местами

III. Псевдоинтеграция	Деструктивный нарциссизм	S и O (O1) находятся в эксклюзивных отношениях, которые кажутся идеальными: O1 воспринимается как защитник, благодетель, идеальная версия самого S. O1 и S с пренебрежением и злостью относятся к отношениям S с другим O (O2), даже если эти отношения и O2 могут быть потенциально продуктивными. O2 описывается как завистливый, жадный и разрушительный. При этом идеальный союз S и O1 служит маской их собственной зависти и деструктивности
	Либицинальный нарциссизм	S находится в «любовном» союзе с идеализированным O(O1) — идеальной версии S. Этот союз защищает S от негативных переживаний или разочарований с O (O2)
	Грандиозность	S выглядит сильным, здоровым, активным; чувствует себя избавленным от тревоги или грусти. O выглядит обесцененным, слабым, тревожным
	Магическая репарация	O поврежден. S лечит, чинит, помогает O. Методы восстановления O носят всемогущий характер
	Навязчивый контроль	S чувствует необходимость контролировать O, чтобы предотвратить его потерю или повреждение
	Массивное отрицание	S хотя и способен воспринимать свои чувства, мысли или внешние события, полностью или частично отрицает их или их значение
IV. Целостные отношения	Потеря объекта	S нуждается в O, но O недоступен. S испытывает мучительную потерю, одиночество, обиду, обвиняет себя и/или O, теряет интерес к жизни
	Непереносимое чувство вины	S чувствует вину за нанесение O вреда. S встревожен, испытывает сильный страх за состояние O или страх собственной смерти, вследствие наказания за причиненный вред
	Ревность	S находится в отношениях с парой объектов. Он чувствует, что O1 лишает его связи с O2, ревнует, ненавидит O2

V. Интегрированное функционирование	Переносимое чувство вины	S осознает свой вклад в наличное состояние O, сожалеет о том, что не помог и не спас O, ищет прощения
	Репарация	S заботится о слабом, страдающем O, старается восстановить O, компенсировать нанесенный вред
	Печаль	S осознает безвозвратную потерю O, переживает одиночество и скорбь по утраченному O
	Интеграция	S признает автономность себя и O, чувствует себя сильным и самостоятельным, занимает рефлексивную позицию

Примечание. Условные обозначения: S — субъект; O — объект; O1 — первый объект; O2 — второй объект.

Кратко описанные в таблице «психические диспозиции» соотносятся с одним из пяти уровней интеграции: 1) спутанность; 2) биполярное расщепление; 3) псевдоинтеграция; 4) целостный уровень; 5) интегрированное функционирование [Кадыров, Толпина, 2008; Толпина, 2009]. Каждый уровень представлен несколькими диспозициями: первый — тремя диспозициями (непереносимая спутанность, переносимая спутанность, гармоническое смешение), второй — шестью (эвакуация-экстернализация, инкорпорация, образование двойника, дистанцирование, отношения преследования, тирания), третий — шестью (деструктивный нарциссизм, либидинальный нарциссизм, грандиозность, магическая репарация, навязчивый контроль, массивное отрицание), четвертый — тремя (потеря объекта, непереносимое чувство вины, ревность), пятый — четырьмя (переносимое чувство вины, печаль, репарация, дифференциация-интеграция). При этом каждая диспозиция может отражать как определенную зрелость функционирования личности, так и «защиту» (кроме диспозиций пятого уровня) или даже служить «убежищем» от тревог [Steiner, 2003], с которыми человек сталкивается в той или иной позиции. Как мы надеемся показать ниже на материале двух психодинамических интервью с пациенткой, страдающей аффективным расстройством (биполярное аффективное расстройство, депрессивное состояние с идеями вины), такой подход и концептуальный инструментарий позволяет проводить пошаговое исследование динамического профиля защитной организации личности. Он позволяет анализировать, какие именно защит-

ные состояния характерны для данного конкретного пациента или для группы пациентов с тем или иным расстройством. Он также позволяет приблизиться к пониманию, какие проблемные состояния запускают различные варианты психологической защиты, с какими последствиями для личностного функционирования, какие уникальные способы интеграции эмоционального опыта свойственны данному человеку, а также каковы его индивидуальные приемы и механизмы сужения, сокращения или фальсификации собственных переживаний и отношений с другими. На наш взгляд, данная типология, разработанная для исследования защитной организации пациентов с психотическими и аффективными расстройствами в ситуации их взаимодействия с психологом, может легко модифицироваться и применяться в диагностической и психотерапевтической работе с другими вариантами личностных расстройств. Благодаря общей категориальной сетке, включающей 22 диспозиции, она также позволяет сравнивать профили защитной организации разных пациентов на индивидуальном и групповом уровне.

Методологические особенности исследования. Защитная организация личности представляет собой многоуровневую и очень динамичную структуру, включающую в себя характерную организацию объектных отношений, ведущие тревоги и аффективные состояния, а также сеть взаимосвязанных защитных механизмов. Последние запускаются этими тревогами, аффективными состояниями и объектными отношениями и регулируют их. Поэтому сложная и чрезвычайно подвижная структура, а также функционирование защитной организации личности требует 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 Кадыров И.М.) мы пытаемся сочетать возможности традиционного клинико-психоаналитического подхода к пониманию психозов и тяжелых личностных расстройств с возможностями современных формализованных методов исследования. В данной статье мы хотим предложить исследование динамики защитной организации у пациентки с аффективным расстройством.

Психодинамическое диагностико-терапевтическое интервью открывает широкие возможности для эмпирического изучения структурных и динамических особенностей защитной организации. Специфика диагностики в рамках интервью заключается в том, что осо-

бая форма взаимодействия интервьюера с пациентом, близкая к психотерапевтическому взаимодействию, позволяет актуализировать внутриспсихическую динамику пациента в переносно-контрпереносном измерении. В эмпирическом исследовании обычно проводится серия из 3 ± 1 диагностико-терапевтических интервью, которые записываются на видео- или звукозаписывающие носители и затем транскрибируются. С исследовательской точки зрения самым сложным является вопрос поиска метода анализа материалов интервью, который бы мог позволить наиболее полно и наглядно продемонстрировать динамику защитной организации в ходе диагностического и терапевтического контакта. В настоящей статье представлена попытка использовать в качестве такого инструмента Метод Конфигурационного Анализа, который был предложен Горовицем [Horowitz, 1987] для отслеживания изменений в психическом функционировании пациента в ходе психодинамической психотерапии. С более детальным описанием самого метода можно познакомиться в наших предыдущих публикациях [Кадыров, И, Чередниченко, 2003; Кадыров, Толпина, 2008]. В настоящем исследовании тексты интервью с пациенткой разбивались на последовательные, тематически и эмоционально связанные эпизоды отношений (ЭО), отражающие особенности отношений субъекта (S) и объекта (O). Затем в процессе анализа каждый из эпизодов относился к наиболее подходящей из перечисленных в таблице 1 диспозиций.

Клинический случай

Г-жа А., госпитализированная в клинику с диагнозом «биполярное аффективное расстройство, депрессивное состояние с идеями вины», пришла к нам на диагностико-терапевтическое интервью в возрасте около 50 лет. Она была замужем и имела детей. До госпитализации г-жа А. периодически работала воспитательницей в детском саду и надомной няней.

Мы узнали, что несколько лет назад у г-жи А. было обнаружено гинекологическое заболевание. Ее настроение резко снизилось, возник страх смерти и тревога. Несмотря на удачно проведенную операцию, пациентка продолжала испытывать тревожное ожидание смерти. Она подозревала, что у нее было онкологическое заболевание, и считала, что врачи обманывали ее, скрывая диагноз. Кроме того, она испытывала сильное чувство вины по отношению к мужу и детям и боялась, что может потерять семью. Некоторое время спустя она была впервые госпитализирована в психиатрическую больницу, где находилась на

лечении 2 месяца. После выписки настроение г-жи А. оставалось сниженным, однако тревога, страх и переживания вины исчезли. Пациентка считала, что полностью освободилась от депрессивного состояния, когда уехала на родину ухаживать за больным братом. Там она пребывала в приподнятом настроении, была общительна и заводила новые романтические знакомства. Вскоре после этого возникли идеи о собственной грандиозности: она приписывала себе магические способности, считала, что может читать мысли других людей и «ощущать их энергетику». Одновременно с этим г-же А. стало казаться, что за ней следят.

Однако после внезапного конфликта с братом состояние изменилось: появились сильная тревога и страх смерти. Г-жа А. была подавлена, не могла спать, чувствовала себя очень виноватой перед братом. Она была вынуждена вернуться домой и обратиться за помощью в психиатрическую больницу. Когда лечащий врач проинформировал г-жу А. о работе нашей группы и о возможности психотерапевтического интервью с психологом, в процессе которого она могла бы попробовать разобраться со своими переживаниями, пациентка выразила желание участвовать в этой работе.

Всего с ней было проведено с недельным интервалом два сеанса интервью по 50 минут, которые с ее разрешения записывались на диктофон.

Первое интервью

В начале первого интервью, на вопрос интервьюера о причинах нынешней госпитализации и обстоятельствах, спровоцировавших ее настоящее состояние, пациентка рассказала, что в связи с беременностью перенесла тяжелое, «мало кому известное» гинекологическое заболевание. Она испугалась, что умрет. Она также сообщила, что депрессия, вызванная этими обстоятельствами, затянулась на целых 4 года. Затем г-жа А. сказала, что состояние подавленности «прошло само собой», когда она уехала в деревню, из которой она была родом, и куда она поехала, чтобы ухаживать за больным и недавно ослепшим братом. Г-жа А. объяснила, что ей пришлось стать для него «поводырем» и «палочкой-выручалочкой». Правда, одновременно с этим, находясь в деревне, она могла наслаждаться купанием в реке, а по вечерам проводила время в компании друзей, которая в основном состояла из мужчин, позволяющих ей «властвовать над ними».

Затем пациентка перешла к рассказу о следующем депрессивном эпизоде, который «начался с того же самого брата». Она охарактеризо-

вала брата как «нервного» человека, «жившего всю жизнь только для себя». Пациентка сообщила, что раздражала брата собственным присутствием, и что он хотел ее «оттуда изжить». Но г-жа А. любила родительский дом и уезжать не собиралась. Однажды вечером она оскорбительно прокомментировала критическую реакцию брата на известие о смерти знакомого. Она произнесла: «Ты ни о ком хорошо не говоришь. Только вот плохо и плохо. Как кучка г..., которая лежит и воняет». В ответ на это разъяренный брат бросился на нее, «забыв», что у него в руке был монтажный нож, которым он что-то пытался починить. Г-жа А. сказала, хотя ей удалось убежать, после этого инцидента «это состояние депрессии вернулось». Затем она описала состояние страха, подавленности и тревоги. Она не могла спать по ночам, старалась вести себя «как мышка» и чувствовала себя очень виноватой перед братом. Пациентка добавила, что вскоре она приняла решение покинуть дом брата и обратиться к психиатру. Завершая описание этих событий, она сказала, что теперь чувствует себя хорошо, и что у нее нет страха и тревоги, и нормализовался сон.

Когда интервьюер попыталась сделать свой первый комментарий по поводу последних слов пациентки, та прервала ее встречным вопросом: «Что-то не складывается?» В этот момент сеанса у интервьюера возникло стойкое ощущение, которое не покидало ее до конца интервью, что г-жа А. все время следила за ней и контролировала ее. Особенно во время пауз, когда тревога пациентки заметно нарастала.

За этим г-жа А. попыталась взять инициативу в интервью в свои руки. Ответив на вопрос интервьюера об отношениях с братом, г-жа А. со смехом говорит: «теперь Ваша очередь». Далее мы приводим фрагмент транскрипта интервью:

Интервьюер (И): Моя очередь, что? Говорить?

Пациентка (П): Да.

И: Что-то есть важное, что Вы считаете, я должна Вас спросить, что-то, что поможет мне понять и узнать Вас лучше?

П: Узнать лучше? А я Вам сама расскажу про себя. Я добрый человек, очень добрый. Открытый. Откровенный очень. Что очень плохо для меня... Хитрый человек я. И я не могу с собой ничего сделать. Это оно так и есть. Вот. Но хитрость не во зло людям. Абсолютно.

И: А в чем проявляется эта хитрость?

П: Хитрость? Ну, может быть это и не хитрость. Быстро соображаю что-то там... ну, на данном месте. Не в любой, а в какой-то ситуации. Ну как... Соображаю, что как. Не знаю. Но называют это хитростью.

Затем г-жа А. перешла к теме любви к детям. Она сообщила, что до нынешней госпитализации работала няней и получала большое удовольствие от ухода за детьми. Она добавила, что поняла, как мало внимания уделяла своим собственным детям и что теперь раскаивается в этом. Рассказывая это, она казалась задумчивой.

Однако она положила конец своему задумчивому состоянию, заметив, что не любит думать о чем-то, что вызывает напряжение: «Если надо думать над чем-то, я стараюсь это отложить. Напрягаться не люблю... Вы спрашивайте. Ничего не знаю». В ответ на это интервьюер сказала, что понимает, как трудно должно было быть г-же А. с ее собственными детьми, перед которыми она чувствует вину. Этот комментарий интервьюера позволил пациентке описать, как трудно ей было справляться с детьми одной, поскольку муж из-за учебы и работы не мог ей помогать. После непродолжительной паузы г-жа А. продолжила свой рассказ. Она отметила, что смены настроения наблюдались в течение всей жизни. Так, после смерти матери она целых 10 лет не могла ничему радоваться и чувствовала себя подавленной. Описывая свою мать, г-жа А. сообщила, что очень похожа на нее, что, как и мать, в молодости она была деспотом и не понимала тогда, какой эффект это может произвести на ее детей.

Она отметила также, что ее характер изменился, когда она начала работать с детьми. Ухаживая за детьми, она получала «очень большое удовольствие,... пело сердце». С сожалением пациентка сказала, что в связи с болезнью ей пришлось оставить работу, так как у нее «были мысли свои в голове». Мысли о скорой смерти, о собственной вине «не отпускали» ее и превращали ее жизнь в мучение. Они мешали г-же А. должным образом заботиться о ребенке. Она сказала, «ведь когда с ребенком, то надо себя отдавать полностью ребенку. А мне мешали мысли. И ребенок был на втором плане».

Она снова резко прервала свои болезненные наблюдения, сказав, что «теперь все изменилось», и что она перестала бояться и думать об этом. Сразу после этого замечания она пожаловалась на сухость во рту и попросила воды. Затем она со смехом сообщила, что считает рассказанное ею каламбуром. Это потому, что она волнуется. Выпив воды, она тут же снова сказала, что «уже не волнуется». Интервьюер при этом чувствовала, что пациентка пытается говорить с ней беззаботно и свысока, в то время как вся тревога передавалась интервьюеру. Интервьюер прокомментировала эту ситуацию и сказала: «Теперь все волнение ушло в меня».

На что г-жа А. быстро ответила: «нет, не все волнение». Последовала пауза. После чего пациентка сказала: «Я должна что-то говорить? Я уже забыла... Вы меня спросили о чем-то?». Затем она попросила интервьюера задавать ей вопросы.

На это интервьюер отметила, что г-же А. было трудно справляться с состоянием тревоги и депрессивными переживаниями и в жизни и на сеансе. В ответ г-жа А. стала описывать периодическое чувство апатии — «как будто стопор какой-то внутри». Она добавила, что этот стопор мешает ей заботиться о своей семье, за что ей бывает стыдно и страшно. Она продолжила: «И так весь день — лежишь и боишься, лежишь и боишься... Знаете, это так неприятно, что дома одной находиться вообще невозможно. Я вот, бывало, ухожу и хожу по улице пока не увижу в окнах свет в своей квартире. Тогда я уже иду. Страх, чувство страха и тревоги».

Когда интервьюер спросила ее, каким образом, с ее точки зрения, могли быть связаны ее уход за братом и исчезновение описанных переживаний, г-жа А. объяснила, что главное для нее — это забота о брате, и что эта забота вытеснила «пустые мысли о прошлой жизни». Она сказала, что с детства у нее была «большая нагрузка». Ей приходилось совмещать с учебой в школе работу по дому и помощь родителям в ведении домашнего хозяйства. Когда же она переехала в город, она «начала тормозить», а опасное заболевание усугубило это состояние.

Интервьюер поинтересовалась, что именно пациентка думала об этой опасной болезни. Г-жа А. ответила:

П: Я забеременела. В 46 лет. И вот, меня и постигла...

И: Вы связываете это с беременностью.

П: Что?

И: И Вы это связываете с беременностью?

П: А, это я не связываю. Это медицинская терминология полностью. Это заболевание плаценты, детского места. Это происходит то, что... Я извиняюсь. Происходит образование узелка такого там внутри, который рассасывать начинает плод. Плод погибает. И сами по себе начинают вырабатываться гормоны, гормоны беременности. Такая страсть происходит.

Сочувствующий комментарий интервьюера («Это, наверное, очень страшно»), казалось, был принят пациенткой («да, я испугалась очень»). Однако тут же тема изменилась и г-жа А. сообщила, что она догадалась, что происходит: интервьюер только учится на психотерапевта, и она видит ее растерянность. Затем г-жа А. попросила не обижаться на

нее за эти слова, сказала, что понимает, что интервьюеру тяжело, ведь нужно подобрать слова, в то время как у нее готов рассказ, она говорит то, что уже знает.

Когда интервьюер поинтересовалась, действительно ли она понимает, что с ней происходит, как и почему одно состояние сменяет другое, г-жа А. ответила, что теперь понимает, что депрессия — ее пожизненное заболевание и купировать его могут только таблетки. Однако она думает, что окажись она «в мире добрых людей», «никаких депрессий не будет».

Вслед за этим г-жа А. опять вернулась к рассказу об отношениях с братом и попыталась описать их полнее. Теперь она смогла объяснить природу их конфликта: он берет свое начало из соперничества по поводу того, кто будет хозяином в «родительском доме». По ее мнению, оба — и брат, и она любят командовать и не любят подчиняться командам другого, оба любят «побывать на высоте». Однако с болезнью брат стал трусливым, потерял мужественность, и это разочаровало г-жу А.

Последовала пауза, которую А. прервала словами о том, что видит, как интервьюер мучается с ней. В шутовском тоне пациентка пожаловалась, что сосредоточенность психолога заставляет ее сосредотачиваться, в то время как было бы намного интереснее поговорить о ее «развешелой жизни во время маниакалы».

Время сеанса подошло к концу, о чем интервьюер сообщила пациентке. Извинившись за обидные слова, А. попрощалась и ушла.

Обсуждение динамики защитной организации в первом интервью

В начале интервью пациентка описывает смену аффективных фаз: состояние депрессии сменяется на состояние эмоционального подъема и обратно. Мы можем реконструировать лежащую в основе смены этих состояний смену конфигураций отношений между субъектом (S) и объектом (O). В первом эпизоде отношений субъект болен и испуган. В следующем эпизоде отношений появляется слабый и больной, слепой, раздраженный, испытывающий подозрение объект — брат. Субъект активен, бодр, лишен депрессивных переживаний. Между субъектом и объектом ведется борьба за право быть «хозяином дома». Схематизированную последовательность колебаний г-жи А. между депрессивным и маниакальным состоянием можно представить следующим образом. Посредством проективной идентификации субъект «вкладывает» свое депрессивное состояние в объект, а через интроективную идентификацию он секретно «присваивает» желаемые качест-

ва последнего — силу духа, бодрость и здоровье. В следующем эпизоде разъяренный и оскорбленный объект (слепой брат, кидающийся на нее с ножом) атакует и преследует ее, пытаясь также вернуть себе похищенное и присвоенное пациенткой. Эта атака «возвращает» ей ее депрессивное состояние. Дистанцирование от объекта позволяет несколько снизить тревогу.

В отношениях с интервьюером наблюдается схожая динамика. Очевидно, что в ходе интервью пациентка все время старается контролировать и обескураживать интервьюера, проецируя в нее свое состояние тревоги и подавленности. Спроецировав в нее свое волнение, беспокойство и депрессию, пациентка пытается занять доминирующую и контролирующую позицию.

Однако интервью снова и снова приводит г-жу А. к ее непереносимому, и большей частью спроецированному в объект, чувству вины и собственной ответственности. Одним из способов избавления от этих мучительных чувств, наряду с описанными выше (дистанцирование и состояние грандиозности), является отрицание «тяжелых» мыслей и отказ думать («Если надо думать над чем-то, я стараюсь это отложить. Напрягаться не люблю»).

Помимо непереносимого чувства вины болезненные чувства вызывают также переживания потери объекта (в этом интервью — рассказ о смерти матери). Чтобы справиться с болезненным переживанием потери, пациентка пробует произвести репарацию, восстановить поврежденный или потерянный объект. В интервью это представлено эпизодами, связанными с уходом и заботой о детях. Однако, состояние заботы об объекте, в котором г-жа А. находится некоторое время (репарация), опять нарушается вторгающимися в сознание тревожными мыслями («в тот момент меня не отпускала вот эта вот мысль, что я умру скоро. Умрем вот мы все, а скоро именно, связанное с болезнью моей»).

Г-жа А. снова пытается избавиться от этих мыслей, проецируя и помещая их в объект — на сеансе в интервьюера, а в ее рассказе в брата. Наглядным примером такой проекции на интервьюера может служить рассказ пациентки о заболевании: «Вообще, это онкология считается. Но при удалении органа нашего, женского, это заболевание излечивается совсем». У интервьюера в этот момент возникает впечатление, что А. пытается пугать ее, предрекая ей такую же болезнь в будущем.

На рисунке 1 схематически представлена динамика смены диспозиций в первом интервью.



Рис. 1. Динамика психических диспозиций в интервью 1

Мы видим своеобразный «бег по кругу»: чтобы защититься от непереносимого чувства вины, г-жа А. проецирует в объект собственные чувства. Обратный интродективный процесс наделяет субъекта (пациентку) желаемыми и сильно идеализированными качествами объекта. Объект теперь представляется лишенным этих важных качеств (слепой, трусливый, немужественный брат и растерянный, неопытный, тревожный психолог). Это является основой непереносимого чувства вины. Массивное отрицание и дистанцирование лишь на время освобождает ее от тревоги, не избавляя от нее полностью. Пациентка вынуждена вновь и вновь встречаться с избегаемыми переживаниями и мыслями. Отметим, что психолог — новый, незнако-

мый для г-жи А. человек, мгновенно включается ею в описанную динамику. Она контролирует интервьюера, пытаясь забрать у нее всю инициативу и функции по ведению интервью. В глазах пациентки к концу сеанса интервьюер превращается в обиженный, ослабленный и обесцененный объект («Я поняла, Вы учитесь на психотерапевта»). Однако это интервью пациентка покидает переполненная чувством вины, извиняясь за сказанные ею слова, вызванные «борьбой за лидерство».

Второе интервью

Второе интервью г-жа А. начала в приподнятом настроении, рассказав, как хорошо она провела время дома в эти выходные: «успела переделать все домашние дела». Затем она перешла к описанию взаимоотношений с супругом и охарактеризовала его как доброго, мягкого и слабого человека, которым она всю жизнь руководит. Она назвала мужа «подружкой», добавив, что никогда не видела в нем мужчину, и что она подавляла его. Рассказывая об этом, пациентка расплакалась. Она сказала, что чувствует свою виноватость и перед мужем, которому изменяла, и перед детьми, которым не уделяла должного внимания. Причиной этому, по ее мнению, является ее черта характера — лидерство. Свои отношения с мужем г-жа А. тут же сравнила с взаимодействием с интервьюером на прошлом сеансе и назвала это «борьбой за лидерство». Затем она долго и подробно стала описывать свои переживания чувства вины, сожаления и раскаяния. Рассказывая об этом, она стала плакать. Она несколько раз повторила, что муж казался ей неподходящим, что она была сильнее его. Но он вынужден терпеть ее, потому что любит. Для нее же он всего лишь «подружка».

Она рассказала о том, что после замужества была вынуждена жить с родителями мужа. Они «всегда были дома», поэтому она, привыкшая к «хозяйствованию», не могла быть «хозяйкой в доме». В этом пациентка видит причину собственным изменам.

Интервьюер попросила подробнее рассказать об этом. И г-жа А. ответила, что с детского возраста ей приходилось одной вести хозяйство, поскольку родители были заняты на работе, а братья и сестры уехали учиться. Ей нравилась такая роль — роль единоличной «хозяйки дома». С тех пор она «не терпит, когда ею руководят». Она сказала, что с потерей уверенности в себе ее стремление к лидерству стало слабее, что позволило ей быть менее контролирующей в семейной жизни, и она расценивает это как изменение к лучшему.

Интерпретация интервьюером защитной функции ее «лидерства» привела к небольшому сдвигу в интервью, и пациентка сообщила, что она так же «труслива» как и ее брат, что «где-то внутри» до сих пор «живет» страх смерти. Затем она расплакалась и сообщила, что хотела бы закончить и уйти с интервью:

П: Может мне уйти? Чего я буду плакать сидеть?

И: Уйти?

П: Ну, вот так вот. За живое цепляет.

И: Мне кажется, Вы плачете по поводу очень важных вещей в Вашей жизни.

Г-жа А. продолжила интервью и сказала, что сожалеет о том, что «нельзя жизнь начать сначала», ведь она вела себя неправильно по отношению к своим детям и мужу, и если бы можно было бы начать сначала, она бы больше времени и внимания уделяла семье.

Пациентка сразу же подхватила комментарий интервьюера о том, что она не чувствовала себя дома, когда жила с семьей мужа, она чувствовала себя как в общежитии. Кажется, она чувствовала себя лишенной чего-то, в чем сильно нуждалась и поэтому она «начала тормозить» и «стала похожа на бабушку».

Затем, рассказывая о муже, пациентка описала их отношения как отношения своенравной и без «нравственных понятий» жены со слабым, неподходящим ей мужем. Последовавшая за этим признанием пауза показалась пациентке очень некомфортной, и она сказала, что почувствовала себя подопытным кроликом, что ей не о чем говорить. Потом она добавила, что сейчас у нее ощущение, что она немного разобралась в себе, хотя достигнутое понимание оказалось ей неприятным: «...Что пережила, так не живут... женщины. Нет, я не была, вот именно прямо куртизанкой. Нет, абсолютно нет. Но несколько мужчин у меня в жизни были, кроме мужа моего. Вот это я считаю вот неправильным...».

К концу интервью она какое-то время снова казалась задумчивой, рассказываясь по поводу своей роли и вины в отношениях с мужем и с детьми. Интервьюер обратила внимание пациентки на это чувство раскаяния и связала его также с возможным чувством вины г-жи А. перед ней за «борьбу за лидерство с ней» на предыдущем интервью. В ответ на это пациентка сообщила, что при депрессиях чувство вины сильно преувеличено, и что «из мухи оно превращается в слона». Она также сказала, что «маниакал» для нее лучше, чем депрессия или нормальное состояние. В маниакальном состоянии она чувствует себя свободной и независимой от мнения окружающих.

*Обсуждение динамики защитной организации
во втором интервью*

Интересно, что на втором интервью пациентка колеблется между частичным осознанием и пониманием своей роли и ответственности и за свое внутреннее состояние, и за отношения с ее близкими — мужем, братом, детьми, и за ситуацию в отношениях с интервьюером — с одной стороны, и грандиозностью с отрицанием своего собственного инсайта — с другой. В целом ей удастся более откровенно, чем на первом интервью, рассказывать о своих болезненных переживаниях, и быть в периодическом контакте с чувством вины, которое в течение значительной части интервью кажется более переносимым. Она также в большей степени способна ценить работу интервьюера. Это состояние, однако, неустойчиво и опасное возвращения непереносимого чувства вины огромно, и она пытается блокировать эти угрозы, занимая грандиозную позицию, с высоты которой она может снова рассматривать открывшиеся на сеансе осознание и переживание в масштабе «мухи», как обесцененные и ничего не значащие. В конце второго интервью, прямо перед расставанием с интервьюером, когда г-жа А. должна справиться и с переживанием потери (депрессивное чувство), и с мучительным чувством вины, вызванного как комментариями интервьюера, так и ее собственными небольшими открытиями, эта динамика становится особенно заметной. Столкнувшись с этими состояниями, она мгновенно «перескакивает» в состояние грандиозности, отвергнув слова интервьюера о ее чувстве вины за предыдущую встречу и обесценив все результаты их совместной работы на этом сеансе — «не нужно из мухи делать слона». Ее переживание собственной вины и ответственности становятся непереносимыми, а интерпретация интервьюера воспринимается как обвинение. Интересно, что в конце интервью г-жа А. сама объясняет защитную роль своей грандиозности: последняя призвана освободить ее от тревоги, вины и тоски по объектам, в которых она нуждалась. Как мы видим, состояние грандиозности, тем не менее, не способно защитить ее полностью и ведет к постоянным колебаниями между осознанием и отрицанием, и между тем, что она называет «депрессией» и «маниакалом».

На этом интервью состояние г-жи А. в основном колеблется между переживанием вины, потери объекта и состоянием грандиозности (рис. 2).

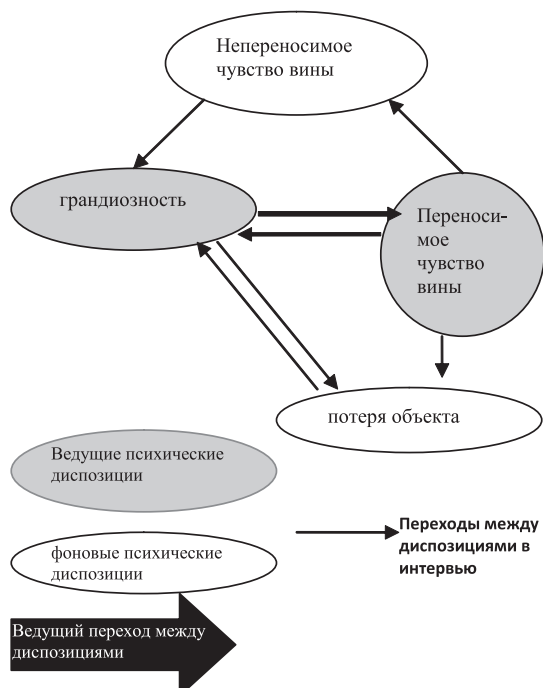


Рис. 2. Динамика психических диспозиций в интервью 2

Результаты и итоговое обсуждение исследования динамики защитной организации в двух интервью

На рис. 3 представлено схематическое изображение общей динамики диспозиций в двух интервью. На схеме отражены ведущие и фоновые диспозиции и, соответственно, ведущие и фоновые переходы между ними. В данном исследовании критерием оценки той или иной диспозиции и перехода в качестве ведущих или фоновых является частота их появления в интервью (табл. 2, табл. 3). С учетом того, что в случае равномерного распределения переходов между диспозициями каждый переход получил бы значение 2,4, мы условно обозначили переходы, совершаемые с большей частотой, чем 2,4, т.е. 3 раза или чаще как ведущее в данном интервью, а ниже этого показателя, т.е. 2 раза или реже — как фоновые. Разумеется, выбранный количественный показатель не является в статистическом смысле строгим дифференцирующим критерием, однако на уровне тенденции он указывает на относительный «вес» и частоту появления каждой диспозиции и перехода между ними в каждом интервью, и в суммарной картине по двум интервью.

Таблица 2

**Количество эпизодов отношений психических диспозиций
в 1-м и 2-м интервью**

Название диспозиции	Количество эпизодов отношений	
	Интервью 1	Интервью 2
Дистанцирование/Инкапсуляция	1	
Массивное отрицание	1	
Грандиозность	8	8
Потеря объекта	1	1
Непереносимое чувство вины	6	1
Переносимое чувство вины		5
Репарация	1	
Всего	18	15

Таблица 3

**Количество и частотность переходов между диспозициями
в 1-м и 2-м интервью**

Переход	Количество переходов	
	Интервью 1	Интервью 2
Непереносимое чувство вины — Грандиозность	3	1
Непереносимое чувство вины — Массивное отрицание	1	
Грандиозность — Непереносимое чувство вины	4	
Дистанцирование — Грандиозность	1	
Репарация — Непереносимое чувство вины	1	
Грандиозность — Дистанцирование	1	
Массивное отрицание — Потеря объекта	1	
Переносимое чувство вины — Грандиозность		3
Переносимое чувство вины — Потеря объекта		1
Переносимое чувство вины — Непереносимое чувство вины		1
Потеря объекта — Грандиозность		1
Грандиозность — Переносимое чувство вины		5
Всего	17	14

Ведущей психической диспозицией в двух интервью является «грандиозность». В этом состоянии субъект лишает объект силы, выгоняет его из дома и занимает его место (например, место брата или интервьюера). Теперь субъект — полновластный «лидер», «хозяин» или «деспот». Субъект активен и чувствует себя на высоте. Объект, лишенный своих качеств и функций, по-

врежден и разрушен (слепой брат, униженный муж, обесцененный интервьюер). Скрытый агрессивный компонент этой конфигурации является причиной одновременно возникновения чувства вины и ожидания преследования со стороны объекта. Окрашенное ожиданием наказания чувство вины непереносимо, и тщательно избегается. В случае подтверждения этого ожидания (как, например, обнаружение смертельно опасного заболевания) связанная с ним тревога вторгается в сознание. Так возникает субъективно наиболее тяжелое состояние — непереносимое чувство вины.

Физическое (уход от брата или желание уйти с интервью) и психическое дистанцирование от вызывающего чувство вины объекта, с одной стороны, и от самой психической диспозиции — с другой, становится способом «снизить градус» неприятного аффекта. Однако само по себе оно не приводит к установлению психического баланса. Происходит переход к «грандиозности» как к более надежной защитной стратегии.

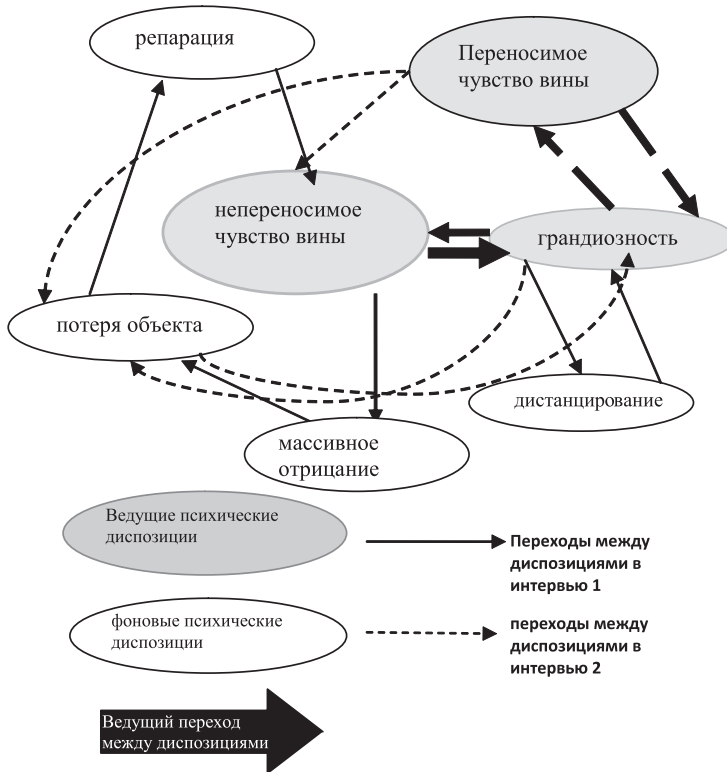


Рис. 3. Динамика психических диспозиций в двух интервью

Диспозиция «массивное отрицание» также помогает справиться с непереносимыми переживаниями, отрицая мысли и связанные с ними чувства, посредством которых ожидание смертоносного события-наказания вторгается в сознание.

Переход от диспозиции «массивное отрицание» к диспозиции «потеря объекта» возникает один раз в первом интервью и сменяется попыткой пациентки восстановить потерянный, разрушенный объект — «репарация». Однако пациентка обращается к репарации лишь однажды, будучи не в состоянии долго поддерживать ее.

В отличие от первого, во втором интервью наряду с «грандиозностью» ведущей становится диспозиция «переносимое чувство вины». Тогда как «непереносимое чувство вины» появляется лишь однажды, сменяя «переносимое чувство вины». Появление во втором интервью диспозиции пятого уровня интеграции («переносимое чувство») и то, что она занимает ведущее место, свидетельствует о принципиальной способности г-жи А. функционировать на более зрелом уровне и реалистически «прорабатывать» свои депрессивные переживания.

Ведущими переходами в двух интервью являются переходы от состояний, в которых чувство вины нарушает или угрожает нарушить психический баланс, к диспозиции «грандиозность», так же как и обратные переходы от диспозиции «грандиозность» к диспозициям «непереносимое чувство вины» и «переносимое чувство вины». Очевидно, что «грандиозность» является защитой от депрессивных переживаний, включающих в себя тревогу повреждения и потери объекта, а также переживание собственной беспомощности и неспособности восстановить объект. В конце второго интервью пациентка сама неожиданно подтверждает это.

Заключение

В психотерапевтической и консультативной практике, а также в исследованиях психотерапевтической работы, особенно с пациентами, страдающими психическими и аффективными расстройствами, с неизбежностью возникает необходимость понять, каковы уникальные способы и возможности данного человека интегрировать собственные переживания, опыт или инсайты. Кроме того, возникает необходимость понимания конкретных механизмов и общей защитной организации, ответственных за сужение, сокращение или фальсификацию восприятия пациентом своей внутренней и внешней реальности, которые возникают в ответ на различные тревоги и состояния, с неизбежностью сопровождающие консультативный и терапевтический процесс. Каждый психолог-консультант, каждый психотерапевт постоянно становится

свидетелем того, как достигнутое пациентом на сеансе понимание и открытие тех или иных аспектов своей психической реальности приводит к интеграции болезненного опыта и к дальнейшему прогрессу или к возникновению интенсивной тревоги с последующим защитным демонтажем достигнутого понимания. Последний ведет к стагнации психотерапевтического процесса и развития пациента или к его бегству в иллюзорный маниакально-грандиозный мир. На материале двух диагностико-терапевтических интервью с г-жой А. мы попытались детально исследовать динамику ее защитной организации, проявившуюся в ее отношениях с интервьюером. Предложенный исследовательский подход и концептуальный инструментарий открывает возможности пошагового анализа динамической защитной организации в процессе терапевтического или консультативного взаимодействия.

ЛИТЕРАТУРА

- И Гиль Сон. Динамика объектных отношений в процессе психоаналитической диагностики пациентов с шизоаффективным и аффективным психозами: Дисс. ... канд. психол. наук. М.: МГУ, 2004. 212 с.
- Кадыров И.М. О невротических и психотических аспектах личности и их взаимодействие в психоаналитической психотерапии // Московский Психотерапевтический Журнал. 1996. № 2. С. 26—54.
- Кадыров И.М., И Гиль Сон, Чередниченко Е.В. К психоаналитическому исследованию психозов: попытка интеграции клинического и формализованного подходов к анализу диагностико-терапевтического интервью // Московский Психотерапевтический Журнал. 2003. № 4. С. 54—103.
- Кадыров И.М., Толпина И.А. «Какой-то человек в моей голове...». Динамика проективной и интроективной идентификации в ходе диагностико-терапевтического интервью с психотическим пациентом // Московский Психотерапевтический Журнал. 2008. № 2. С.100—131.
- Кадыров И.М., Толпина И.А. Динамика идентичности пациента с параноидной шизофренией в ходе психоаналитического интервью // Вопросы психологии. 2008. № 4. С.55—70.
- Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. М.: Класс, 2000.
- Соколова Е.Т. Феномен психологической защиты // Вопросы психологии. 2007. № 4. С. 66—80.
- Толпина И.А. Динамика идентичности при психотических расстройствах: Дисс. ... к. психол. наук. М.: МГУ, 2009.
- Blackman J. 2004. *101 Defenses. How the Mind Shields Itself*. New York: Brunner-Routledge.
- Bion W. 1957. *Differentiation of the psychotic and the non-psychotic parts of the personality*: International Journal of Psycho-Analysis. Vol. 38: 266—275.

- Freud A. 1936. *The ego and the mechanisms of defence*. L.: Hogarth Press.
- Freud S. 1925. *Negation*. Standard Edition. Vol. 19, p. 235—242.
- Galatarioutou C. 2005. «The defences». In: *Introducing psychoanalysis. Essential Themes and Topics*. Ed. S. Budd and R. Rusbriger. London: Routledge. p. 15—38.
- Horowitz M. J. 1987. *States of Mind*. NY, 1987.
- Joseph B. 1989. *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. L.: Routledge.
- Klein M. 1940. *Mourning and its relation to manic-depressive states*: International Journal of Psycho-Analysis. Vol. 21: 125—153.
- Klein M. 1946. *Notes on some schizoid mechanisms*: International Journal of Psycho-Analysis. Vol. 27: 99—110.
- O'Shaugnessy E. 1988. «A clinical study of a defense organization». In: *Melanie Klein Today*. 1988. Vol. 1: 293—310.
- Ogden T. 1989. *The Primitive Edge of Experience* NY.: Jason Aronson.
- Riviere J. 1936. *A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction*.: International Journal of Psycho-Analysis. Vol. 17: 304—320.
- Steiner J. 1993. *Psychic Retreats. Pathological organization in psychotic, neurotic and borderline patients*. L.: Routledge.

THE DEFENSIVE ORGANIZATION OF THE PERSONALITY IN AFFECTIVE DISORDERS AND INVESTIGATION OF ITS DYNAMIC DURING A PSYCHOANALYTIC INTERVIEW

I.M. KADYROV, A.A. OKSIMETZ

The article describes a psychoanalytically-informed study of the defense organization of the personality of patients with affective disorders during a psychoanalytic interview. The authors propose their definition of the defensive organization and a typology of mental dispositions which helps to conduct a clinical and empirical investigation of the dynamic of the defensive organization of patients with psychotic and affective disorders. Using the method of configuration analysis and the proposed typology of mental dispositions the authors offer a detailed analysis of the dynamic of the defensive organization of a patient with bipolar affective disorder in the course of two psychodynamic interviews.

Keywords: defensive organization of the personality, defense mechanisms, affective disorders, psychoses, psychoanalytic interview, configuration analysis.

I Gil' Son. Dinamika ob#ektnyh otnoshenij v processe psihoanaliticheskoj diagnostiki pacientov s shizoaffektivnym i affektivnym psihozami: Diss. ... kand. psihol. nauk. M.: MGU, 2004. 212 s.

- Kadyrov I.M. O nevroticheskikh i psihoticheskikh aspektah lichnosti i ih vzaimodejstvie v psihoanaliticheskoj psihoterapii // Moskovskij Psihoterapevticheskij Zhurnal. 1996. № 2. S. 26—54.
- Kadyrov I.M., I Gil' Son, Cherednichenko E.V. K psihoanaliticheskomu issledovaniju psihozov: popytka integracii klinicheskogo i formalizovannogo podhodov k analizu diagnostiko-terapevticheskogo interv'ju // Moskovskij Psihoterapevticheskij Zhurnal. 2003. № 4. S. 54—103.
- Kadyrov I.M., Tolpina I.A. «Kakoj-to chelovek v moej golove...». Dinamika proektivnoj i introektivnoj identifikacii v hode diagnostiko-terapevticheskogo interv'ju s psihoticheskimi pacientom // Moskovskij Psihoterapevticheskij Zhurnal. 2008. № 2. S. 100—131.
- Kadyrov I.M., Tolpina I.A. Dinamika identichnosti pacienta s paranoidnoj shizofreniej v hode psihoanaliticheskogo interv'ju // Voprosy psihologii. 2008. № 4. C. 55—70.
- Kernberg O. Tjazhelye lichnostnye rasstrojstva. Strategii psihoterapii. M.: Klass, 2000.
- Sokolova E.T. Fenomen psihologicheskoi zavisty // Voprosy psihologii. 2007. № 4. S. 66—80.
- Tolpina I.A. Dinamika identichnosti pri psihoticheskikh rasstrojstvah: Diss. ... k. psihol. nauk. M.: MGU, 2009.
- Blackman J. 2004. *101 Defenses. How the Mind Shields Itself*. New York: Brunner-Routledge.
- Bion W. 1957. *Differentiation of the psychotic and the non-psychotic parts of the personality*: International Journal of Psycho-Analysis. Vol. 38: 266—275.
- Freud A. 1936. *The ego and the mechanisms of defence*. L.: Hogarth Press.
- Freud S. 1925. *Negation*. Standard Edition. Vol. 19, p. 235—242.
- Galatarioutou C. 2005. «The defences». In: *Introducing psychoanalysis. Essential Themes and Topics*. Ed. S. Budd and R. Rusbriger. London: Routledge. p. 15—38.
- Horowitz M. J. 1987. *States of Mind*. NY, 1987.
- Joseph B. 1989. *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. L.: Routledge.
- Klein M. 1940. *Mourning and its relation to manic-depressive states*: International Journal of Psycho-Analysis. Vol. 21: 125—153.
- Klein M. 1946. *Notes on some schizoid mechanisms*: International Journal of Psycho-Analysis. Vol. 27: 99—110.
- O'Shaughnessy E. 1988. «*A clinical study of a defense organization*». In: Melanie Klein Today. 1988. Vol. 1: 293—310.
- Ogden T. 1989. *The Primitive Edge of Experience* NY.: Jason Aronson.
- Riviere J. 1936. *A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction*: International Journal of Psycho-Analysis. Vol. 17: 304—320.
- Steiner J. 1993. *Psychic Retreats. Pathological organization in psychotic, neurotic and borderline patients*. L.: Routledge.