

## АНАЛИЗ НАРРАТИВОВ ПАЦИЕНТА: ССРТ И ДИСКУРС-АНАЛИЗ

Е.С.КАЛМЫКОВА, И.Г.ЧЕСНОВА\*

Цель данной работы – сопоставить два подхода к исследованию психотерапевтического процесса с точки зрения валидности результатов – метод выявления центральной конфликтной темы, предложенный Люборски, и дискурс-аналитический подход к анализу психотерапевтического диалога, как он представлен в классической работе Лабова и Фэншела (1977).

Метод *Центральной Конфликтной Темы Отношений*<sup>1</sup> по замыслу автора должен был улавливать повторяющийся паттерн взаимодействия (Luborsky, 1991a, с.167). При этом понятие «интернализированный конфликтный паттерн отношений» мыслится как релевантное классическому фрейдовскому понятию «перенос» и, следовательно, может служить операциональной мерой последнего или хотя бы каких-либо его аспектов. Было показано, что многие наблюдения над феноменом переноса (или «трансферентным шаблоном» – *transference template*), сделанные в свое время Фрейдом, согласуются с результатами, полученными методом ССРТ (Luborsky, 1991a). Но, тем не менее, трансферентный шаблон представляет собой более глубоко лежащую структуру, и центральный паттерн отношений не претендует на то, чтобы занимать столь же важное место; он является производным от трансферентного шаблона, как и те нарративы, в которых он выявляется (*там же*, с.176). Данное положение Люборски не подлежит сомнению, однако оно представляет собой обобщение очень высокого порядка; совершенно неясно, каким же образом на основе ССРТ мы можем прийти к надежным выводам относительно трансферентного шаблона или

---

\* *Калмыкова Екатерина Семеновна* – кандидат психологических наук, психотерапевт, старший научный сотрудник Института психологии РАН;

*Чеснова Ирина Геннадьевна* – кандидат психологических наук, психотерапевт, живет и работает в Ульме, Германия.

<sup>1</sup> Подробнее об этом методе на русском языке см.: *Калмыкова Е.С.* Об одном методе анализа индивидуального сознания. Психологический журнал, 1994, № 3.

личностной схемы (M.Horowitz, 1991).

Метод ССРТ относится к числу контент-аналитических методов; базой данных для него служат нарративы (рассказы, истории) о взаимодействии (главным образом, с родителями и другими значимыми фигурами, включая психотерапевта), которые пациенты спонтанно рассказывают в ходе психотерапевтических сеансов. Специально обученный эксперт читает транскрипт (полный протокол) сеанса и локализует в нем так называемые *Эпизоды Взаимодействия*; затем другой эксперт прочитывает только эти эпизоды и идентифицирует в них три компонента – *Желания*, *Реакции Объекта* и *Реакции Субъекта* (Luborsky, 1991). Эпизоды, касающиеся психотерапевта, могут выступать как: а) рассказ пациента о прошлом взаимодействии; б) разыгрывание (enactment) взаимодействия здесь-и-теперь; важно подчеркнуть, что «разыгрывания» квалифицируются как *Эпизоды Взаимодействия*, в которых «пациент инициирует эпизод, задавая терапевту провокационный вопрос, на который тот отвечает нетерапевтически» (Luborsky, 1990, p.17). Оба типа Эпизодов Взаимодействия с психотерапевтом учитываются на следующем этапе анализа материала – при поиске тематических последовательностей всех трех компонентов. Просмотр всех эпизодов позволяет найти наиболее приемлемый уровень обобщения полученных единичных категорий. Затем подсчитывается частота встречаемости всех трех типов компонентов и составляется центральный паттерн взаимоотношений пациента из наиболее часто встречаемых компонентов *Желаний*, *Реакций Объекта*, *Реакций Субъекта*. Таким образом, метод ССРТ представляет собой процесс обобщения явного содержания на некотором оптимальном уровне абстрагирования.

Метод ССРТ опирается на несколько основополагающих допущений. Эти допущения принимаются исследователями на веру, подобно постулатам; они определяют не только процедуру вывода, но и получаемые в конечном итоге результаты, т.е. Центральную Конфликтную Тему Взаимоотношений. Л.Люборски формулирует свои допущения следующим образом.

Прежде всего предполагается, что центральный паттерн отношений в принципе возможно вывести из содержания нарративов и эпизодов, разыгрываемых в ходе сеанса. Второе допущение касается двух классов компонентов, подлежащих экспертной оценке, а именно желаний (соответствующих влечениям в классической терминологии) и последствий (реакций другого, т.е. объекта, и реакций «я», т.е. субъекта), что соответствует так называемым функциям Эго. В-третьих, большая частота встречаемости компонента указывает на большую степень его «центральности» в паттерне взаимодействия и, соответственно, в личностной схеме в целом, а также на его большую интенсивность.

Четвертое допущение предписывает экспертам оставаться в рамках «слабого или умеренного уровней выводов» (level of inference), т.е. в тех случаях, когда компоненты представлены в неявном виде (имплицитно), не делать слишком широких и смелых обобщений. Наконец, в пятом допущении речь идет о том, что центральный паттерн отношений является относительно стабильным во времени (*там же*, с.177-178).

На основе этих допущений, предполагает автор методики ССРТ, возможно выявление трансферентного паттерна или, по крайней мере, каких-то его аспектов; предполагается также, что этот выявленный паттерн будет бессознательным. Однако эмпирические исследования показали, что только в отдельных случаях Центральная Конфликтная Тема Взаимоотношений является в значительной степени неосознаваемой; более распространены случаи лишь отчасти неосознаваемых паттернов (*Crits-Christoph & Luborsky, 1990*). В этой связи в недавних исследованиях были предложены несколько дополнительных принципов, позволяющих опознавать и выводить соответствующие бессознательные аспекты центрального паттерна отношений, как, например: желание, противоположное наиболее часто выраженному, отражает бессознательный конфликт; или представления, противоположные сознательно отрицаемым, также являются компонентом бессознательного конфликта, и т.п. (*Luborsky, 1991, p.179*).

Таким образом, методика Люборски предполагает, что частично неосознаваемый паттерн, выявляемый при помощи стандартной процедуры ССРТ, тесно связан с бессознательными аспектами трансферентной структуры, и его можно рассматривать как релевантное операциональное понятие. Следовательно, тем самым предполагается также, что в явном содержании нарратива можно обнаружить прямое выражение внутренних бессознательных процессов. Другое «имплицитное» допущение можно сформулировать следующим образом: метод Центральной Конфликтной Темы Взаимоотношений применим как к нарративам, так и к реально «разыгрываемым» взаимодействиям, т.е. паттерн, выявляемый в нарративах, близок к реальным интеракциям между терапевтом и пациентом, происходящим во время сеанса.

Таковы эксплицитные и имплицитные допущения метода Центральной Конфликтной Темы Взаимоотношений. К настоящему моменту осуществлен ряд исследований, направленных на дальнейшее развитие метода и в какой-то мере критических по отношению к нему, в которых, однако, исходные допущения не подвергаются сомнению (см., напр., *Albani, 1992, 1994; Albani et al., 1992*). Процедура проведения ССРТ становится все более изоощренной, надежность, как предполагается, возрастает, но принципиальный вопрос: а что же все-таки измеряется посредством этого метода? – по-прежнему остается без ответа. А потому представляется целесообразным рассмотреть более пристально те допущения, на которых построен метод, а также представления о языке и

коммуникации, заложенные в его основание, в надежде, что это позволит пролить свет на данный вопрос.

Прежде всего следует отметить, что допущения, сделанные Люборски, представляют собой своего рода мостик, связывающий два понятия: трансферентный шаблон и наиболее частую конфликтную тему, т.е. глубокую бессознательную структуру и поверхностную видимую миру структуру нарратива. Ни одну деталь или звено этого моста нельзя изъять, не разрушив всю конструкцию, поэтому приходится принимать все допущения без исключения, однако центральная роль принадлежит принципу частотности. Предполагается, что частотный критерий достаточно валиден, чтобы выявлять и описывать внутрилличностную схему; тем не менее, в лингвистике, дискурс-анализе, нарративистике этот критерий подвергается критике с разных позиций. Ниже будет показано, что применительно к темам нарративов, рассказываемых пациентом в ходе сеанса, данный частотный критерий оказывается несостоятельным.

Позволим себе напомнить читателю несколько положений относительно нарратива, общепринятых для большинства современных исследований. Нарратив занимает одно из центральных мест в ряде областей гуманитарных наук, изучающих, как человек обретает, кодирует, трансформирует и передает знания о самом себе и о мире (*White*, 1980). Общеизвестно, что нарратив имеет относительно сложно организованную структуру. Наиболее широко известно описание структуры нарратива, данное в работе Лабова и Валецки «Анализ нарратива» (1967), которая по сей день является классической в области нарративистики. Как показано в этой работе, всякий нарратив включает в себя: а) резюме; б) ориентировочный раздел, информирующий слушателя (читателя) о ситуации в общем и целом; в) раздел, повествующий о развитии событий; г) раздел, содержащий оценочные суждения; д) информацию о разрешении ситуации и, как правило, е) коду, возвращающую слушателя в сегодняшний день. Порождение и функционирование нарратива изучаются лингвистикой и психолингвистикой с различных позиций, включая контент-аналитический метод. Контент-анализ в общих чертах определяется как процесс объективного и систематического исследования социальной реальности, в ходе которого на основе внешне проявленного контекста исследователь делает вывод о непроявленном содержании (*Merten*, 1983). Непроявленный контекст включает в себя коммуникатора, реципиента и ситуацию взаимодействия в целом, поэтому, чтобы сделать вывод об этом контексте, исследователь необходимо должен исходить из какой-либо модели коммуникации. Известны две конкурирующие модели, одна из них предложена Ч.Осгудом (1959) – так называемая репрезентационная модель, а вторая – инструментальная, которую предложил Маль (*Mahl*, 1959). Противоречия между двумя моделями имеют мультидисциплинарный

характер и проявляются на разных теоретических уровнях. В области психолингвистики репрезентационная модель выдвигает идею «изоморфизма» между внутренними установками личности и определенными элементами ее высказываний; иными словами, предполагается существование четких параллелей между эмоциональными состояниями и лексическими единицами. Это означает, что установки и внутренние состояния коммуникатора легко и надежно можно вывести из явного содержания. Инструментальная модель коммуникации подчеркивает полифункциональную природу высказываний и, в частности, их прагматический аспект, утверждая, что этот аспект нельзя вывести непосредственно из явного содержания текста. Дальнейшее развитие этого положения представлено в так называемой теории речевых актов (*speech acts*), в которой каждое высказывание рассматривается как некое речевое действие, мотивированное сознательным или неосознанным намерением говорящего вызвать определенную реакцию у слушателя. Таким образом, встает вопрос не только планомерности и интенциональности в коммуникации, но и функционального значения высказываний.

В области психоаналитического подхода расхождение этих двух моделей проявляется, как показали исследования Mount Zion Psychotherapy research group, через противопоставление двух теорий аналитической терапии, одна из которых основывается на ранней гипотезе Фрейда об «автоматическом функционировании», а другая – на гипотезе о бессознательном высшем психическом функционировании (*Weiss & Sampson, 1986*). Репрезентационная модель, применительно к психоаналитическому процессу, предполагает, что желания (или любые другие эмоциональные реакции), выражаемые пациентом в нарративах по отношению к другим людям, присутствуют также и в актуальной терапевтической ситуации по отношению к терапевту, и, рассказывая нарратив, пациент стремится удовлетворить эти бессознательные влечения. Это предположение буквально соответствует гипотезе об автоматическом функционировании, согласно которой психическая жизнь и поведение человека детерминируются автоматическим, нескоординированным взаимодействием инстинктивных влечений, направленных на поиск удовлетворения, и механизмами защиты Эго, выполняющими функцию контроля. Пациент обращается к терапевту в поисках удовлетворения своих бессознательных инстинктивных влечений и пытается реализовать свои пристрастия, невзирая на реально существующую ситуацию. С другой стороны, идея целенаправленного взаимодействия, планирования и преднамеренности в ходе коммуникации проявляется в области психоанализа как гипотеза о бессознательном высшем психическом функционировании. Она предполагает, что человек в состоянии осуществлять бессознательный контроль за множеством

своих действий и способен формировать бессознательные планы, бессознательно оценивать опасность или безопасность и бессознательно принимать решения относительно того, какие психические содержания следует придержать, а какие – реализовывать. Пациент приходит на терапевтический сеанс не как пассивная жертва психических сил, инстинктивных влечений и защит, а как активный участник, способный самостоятельно оценивать обстоятельства и создавать бессознательные планы. Как указал Вайсс, большинство аналитиков в наши дни принимают обе концепции – и автоматического, и высшего регулирования, однако гипотеза об автоматическом функционировании все еще оказывает большее влияние на мышление практикующих терапевтов (*Weiss & Sampson, 1986, p.6*).

Анализ допущений-постулатов метода CCRT подтверждает последнее положение Вайсса и Сэмпсона: действительно, если вновь обратиться к «явным» и имплицитным допущениям, перечисленным выше, становится очевидно, что они основаны на репрезентационной модели коммуникации. Согласно теории автоматического функционирования, чем чаще встречается какое-либо желание в нарративах пациента, тем более важным и «центральным» оно является («явное» допущение 3), а содержание нарративов пациента в целом соответствует реальному «разыгрыванию» (имплицитное допущение 2). Поскольку же репрезентационная модель предполагает, что прагматический аспект любого высказывания можно непосредственно вывести из его содержания, то вполне достаточно будет проанализировать лишь это содержание, чтобы выявить интернализированный паттерн взаимодействия пациента (имплицитное допущение 1). Более того, при этом нет необходимости учитывать тот контекст, в котором рассказывается данный нарратив («явное» допущение 1). Некоторые исследователи идут в этом направлении еще дальше, предлагая преднамеренно не принимать в расчет контекст порождения нарратива, чтобы структура взаимоотношений, лежащая в его основе, стала еще более выпуклой (*Dahlbender & Kaechele, 1994*).

В самом деле, нарративы представляют собой средство организации и соотнесения личного опыта (*Russell, 1989; Bruner, 1986*). В этом смысле они действительно отражают некие внутренние структуры и эмоциональные состояния рассказчика. Но поскольку нарративы рассказываются в ходе диалога, они оказываются встроены в структуру взаимодействия в целом и функционируют как эквивалент какого-либо речевого акта – просьбы, отказа и т.п. (*Labov & Fanshel, 1977*). Иначе говоря, нарративы рассказываются с целью оказать на слушателя некое воздействие и вызвать у него отклик – ментальную реакцию или реакцию на поведенческом уровне (*Quasthoff, 1980*). Кроме того, одной из важнейших функций нарратива является самопредъявление (*self-presentation*) рассказчика в ходе разговора. В результате процесс

организации и соотнесения личного опыта рассказчика подвергается многочисленным искажениям под влиянием актуальных целей взаимодействия, защитных механизмов, механизмов социальной желательности и т.п. Это положение приводит нас к заключению, что невозможно сделать вывод относительно глубинных внутренних структур на основе одного только явного содержания и тематического анализа нарративов при полном игнорировании коммуникативного контекста их возникновения.

Интерпретация разговора как взаимодействия (*Goffman, 1971*) является неотъемлемой частью дискурс-аналитического подхода, цель которого – воссоздать систематические связи между поверхностными речевыми элементами и глубинными коммуникативными структурами (*Ehlich & Rehbein, 1979; Hartog, 1994*). Дискурс – это очень широкое понятие, включающее в себя все формы устного взаимодействия и тексты всякого рода. Оно не ограничено рамками текста или диалога, это, скорее, некое сложное коммуникативное событие, которое можно трактовать как серию концентрических контекстов (*Labov & Fanshel, 1977*), включающую также нелингвистические факторы, например, коммуникативный контекст, культурный и социальный контекст, контекст общих сведений о мире и т.д., т.е. все то, что необходимо для понимания текста (*van Dijk, 1985*).

«Термин «дискурс-анализ» используется как родовое понятие для всех тех исследований, которые обращаются к языку в его социальном и когнитивном контексте» (*Potter & Wetherell, 1987, p.6*). В целом дискурс-анализ представляет собой обширную и неоднозначно определяемую сферу исследований, к настоящему моменту существует несколько дефиниций предмета исследования<sup>2</sup>; все они, однако, сходятся в том, что дискурс-анализ изучает «язык в действии» («*language in use*»). Соответственно, имеется ряд положений, общих для большинства исследователей: 1) язык всегда функционирует в рамках некоего контекста; 2) язык чувствителен к контексту; 3) язык всегда коммуникативен; 4) язык предназначен для общения (*Schiffrin, 1987*). Эти положения определяют способ анализа текстов и, в частности, нарративов с учетом роли контекста; применительно к анализу нарративов пациента важнейшим контекстом будет именно контекст взаимодействия с терапевтом.

Нарратив в дискурс-аналитическом подходе интерпретируется как целенаправленный речевой акт; это означает, что наряду с явным содержанием в нарративе заключена и коммуникативная функция. Исследования показали, что функциональное объяснение нарративов необходимо соотносить с коммуникативными намерениями рассказчика,

<sup>2</sup> Например, ряд определений приводится в таких общепризнанных руководствах по дискурс-анализу, как работы *Brown & Yule, 1983; Stubbs, 1983; Van Dijk, 1985*.

которые невозможно непосредственно вывести из содержания рассказа (Quasthoff, 1980).

Тем не менее метод ССРТ основывается на том, что намерения (= желания) пациента, выведенные более или менее непосредственно (на «слабом» или «умеренном» уровне) из явного содержания его нарративов, должны совпадать с намерениями, лежащими в основе его реальных взаимодействий с терапевтом. Насколько нам известно, это утверждение еще не подвергалось эмпирической проверке, т.е. не проводилось сравнения между рассказанными паттернами и реальными взаимодействиями с терапевтом в ходе терапевтических сеансов. Нами проведено такое сравнение на материале нескольких сеансов, предшествующих перерывам в терапии или следующих сразу за этими перерывами (так называемые «break-sessions»)<sup>3</sup>, для пациента, описанного в «Handbook of psychoanalysis» (Eds. H.Thomae & H.Kaechele, 1988) как Артур И.<sup>4</sup> В своем анализе реальных взаимодействий мы исходили из варианта дискурс-анализа, разработанную Лабовым и Фэншелом (Labov & Fanshel, 1977); следует отметить, что нас интересовал язык лишь постольку, поскольку речевая продукция отражает паттерны взаимодействия коммуникатора. Эта задача предопределяет акценты и пробелы в нашем анализе, отличном от лингвистической процедуры дискурс-анализа.

Пациент Артур И., около 50 лет, страдал тяжелой формой невроза навязчивости в течение почти 30 лет, когда он решил в четвертый раз обратиться за психотерапевтической помощью, и эта четвертая попытка оказалась удачной. На протяжении всей своей жизни пациент отчаянно старался преодолеть навязчивые идеи и страхи по поводу того, что он может окончить свою жизнь в тюрьме или в тюремной психиатрической больнице после того, как он совершит убийство или сексуальное преступление. Однако, несмотря на свою сильную тревогу о возможном совершении убийств и защитные ритуалы, принявшие форму навязчивых мыслей и действий, он был очень успешен в своей профессиональной деятельности и мог скрывать свои переживания от окружающих, так что даже его ближайшие родственники не знали о том, что он страдает от

<sup>3</sup> Выбор нами для анализа именно этих сеансов – до и после перерывов в анализе – продиктован следующими соображениями: «Перерывы на выходные и на отпуск в [аналитической] работе стимулировали фантазии переноса; по мере того, как [аналитическая] работа продолжалась, их характер изменялся в соответствии с внутренним паттерном сил и объектных отношений с пациентом» (Rickman, 1950, p.201). Таким образом, можно ожидать, что сеансы до и после перерывов окажутся особенно информативными в плане проявлений трансферентных реакций пациента в его взаимодействии с аналитиком. Первый опыт эмпирического изучения переноса на материале сеансов до и после перерыва методом ССРТ представлен в работе P.Jimenez (1990).

<sup>4</sup> В «Московском психотерапевтическом журнале» № 4, 1994 напечатан фрагмент двухтомного руководства по психоанализу под ред. Х.Томэ и Х.Кехеле, откуда можно почерпнуть более подробные сведения об этом пациенте и различных аспектах его взаимодействия с аналитиком.



приступов тревоги и навязчивых идей. Его брак был стабильным, двое детей являлись предметом его неустанных забот.

Прежние попытки психотерапевтического лечения, включая длительную психоаналитическую терапию и классический психоанализ продолжительностью около 500 часов, обеспечили определенную стабильность состояния пациента, вследствие чего он мог работать и занимать высокое служебное положение, не обращаясь к терапевту, но навязчивые мысли лишь изредка покидали его. Один только вид чего-то красного, свистящий шум или звучание определенных гласных могли повергнуть его в глубокую тревогу и одновременно породить навязчивое желание избегать всего этого. Смертельная болезнь младшего брата привела к ухудшению его состояния и к решению обратиться вновь к психоаналитику; этот последний психоанализ продолжался более восьми лет и включал 562 сеанса.

В данной работе мы предлагаем фрагмент анализа этого случая, а именно три перерыва в терапии на протяжении первого года; соответственно, это сеансы 17 и 18, 28 и 29, а также 62. В первый год терапия осуществлялась три раза в неделю. В этих пяти сеансах методом ССРТ выявлен 41 эпизод взаимодействия, среди них 24 эпизода с терапевтом, 7 эпизодов «с самим собой» (т.е. роль объекта исполняет Я пациента) и 10 эпизодов с другими людьми (в том числе 5 эпизодов с больным братом).

Как мы видим, пациент демонстрирует высокий процент эпизодов с терапевтом: 58% по сравнению с 16% аналогичных эпизодов, выявленных в краткосрочной терапии (см. *Dahlbender et al.*, 1992). Это означает, что желания пациента по отношению к терапевту были предметом разговора на сеансах до и после перерывов.

Компоненты и их частота встречаемости (по убывающей), выявленные в 41 эпизоде, представлены в таблице 1.

**Таблица 1**

<i>Компонент</i>	<i>Частота</i>
<b>Желания:</b>	
Иметь близкие отношения, которые помогали бы сохранять стабильность, или желание иметь объект, обеспечивающий безопасность	21
Быть уверенным в себе и независимым	10
Быть совершенным, быть хорошим, поступать правильно, помогать другим	7
Противостоять другим, утверждать себя	2
Доминировать, контролировать других	2
Дистанцироваться, не быть обиженным	2
Проявлять свои чувства по отношению к другим	1

Быть уважаемым	1
<b>Реакции объекта:</b>	
<i>А) негативные</i>	17
Отвергает или покидает	
Относится враждебно, пытается доминировать	2
Манипулирует	1
Обижается	1
<i>Б) позитивные</i>	5
Зависит от меня, нуждается в моей помощи	
Любит меня, принимает как партнера	4
Поддерживает	2
<b>Реакции субъекта:</b>	
<i>А) негативные</i>	16
Чувствую неопределенность и беспомощность	
Чувствую тревогу, полон иррациональных страхов	15
Разочарован	10
Сержусь	4
<i>Б) позитивные</i>	5
Уверен в себе	
Готов помочь	5
Противостою другим, управляю конфликтом	1
Доминирую, выигрываю поединок	1

Как видно из таблицы 1, в нарративах пациента количество Желаний преобладает над количеством Реакций Объекта. Наиболее частое Желание – «иметь близкие отношения, которые помогли бы сохранять стабильность, или иметь объект, обеспечивающий безопасность» – встречается 21 раз. Следующее по частоте Желание противоположно: «быть уверенным в себе, независимым» (встречается 10 раз). И третье по частоте – «быть совершенным, быть хорошим, поступать правильно, помогать другим» – встречается 7 раз. Все прочие Желания встречаются один или два раза.

Самая частая Реакция Объекта – негативная: «отвергают меня, покидают меня» (17 раз). Три наиболее частых Реакции Субъекта также отрицательны: «чувствую неопределенность и беспомощность» (16), «чувствую тревогу, полон иррациональных страхов» (15), «разочарован» (10).

Соответственно, Центральная Конфликтная Тема Взаимоотношений Артура, составленная как последовательность из наиболее высокочастотных компонентов, выглядит следующим образом: Желание: иметь объект, обеспечивающий безопасность; Реакция Объекта: отвергает и покидает меня; Реакция Субъекта: чувствую разочарование, беспомощность, тревогу, возникает симптом страха.

Этот паттерн очень стабилен и обнаруживается во всех сеансах до и после перерывов на протяжении первого года терапии. Однако является ли он действительно центральным паттерном отношений? Если мы сравним его Желания по отношению к терапевту и по отношению к другим людям, то видно, что они почти не пересекаются (табл. 2).

**Таблица 2**

**Сравнение Желаний по отношению к аналитику и к другим объектам**

<i>Желание</i>	<i>Объект</i>	<i>Аналитик</i>	<i>Другие объекты</i>
Иметь объект, обеспечивающий безопасность		10	2
Быть уверенным в себе и независимым		1	2
Быть совершенным, быть хорошим, поступать правильно, помогать другим		0	7
Противостоять другим, утверждать себя		1	1
Доминировать, контролировать других		2	0
Дистанцироваться, не быть обиженным		1	1
Выражать свои чувства по отношению к другим		0	1
Быть уважаемым		1	0

Аналитик занимает особое место в окружении пациента и является тем единственным человеком, от которого пациент ожидает обеспечения безопасности и поддержки. В отношениях с другими сам Артур является тем человеком, который обеспечивает помощь и поддержку.

Десять эпизодов взаимодействия осуществляются с другими объектами – братом, женой, начальником; таким образом, Артур рассказывает и о своих отношениях с другими значимыми людьми. Поэтому мы вправе полагать, что эти десять эпизодов отражают репрезентативные паттерны взаимодействия со значимыми другими, типичные для пациента. Согласно методологии ССРТ, десяти эпизодов достаточно для выявления центрального паттерна взаимоотношений. Соответственно по частотному принципу этот паттерн можно сформулировать следующим образом: Желание: быть совершенным, быть хорошим, помогать другим; Реакция Объекта: зависимы, нуждаются в помощи; Реакция Субъекта: а) позитивная; оказывает поддержку; б) негативная: тревога из-за ощущения неадекватности или недостаточности оказанной помощи.

С точки зрения Центральной Конфликтной Темы Взаимоотношений было бы трудно объяснить тот факт, что паттерн взаимодействия со значимыми другими вне терапии столь разительно отличается от паттерна отношений с терапевтом. С позиций психодинамического подхода мы могли бы предложить две гипотезы. А) Желание «помогать другим»

можно понимать как инверсию центрального желания «иметь объект, обеспечивающий безопасность». Это означало бы, что Желание «помогать другим» является реактивным образованием и выполняет защитную функцию, а именно позволяет преодолеть разочарование от того, что другие отвергают пациента.

Б) Желание «помогать другим» является результатом позитивной идентификации с терапевтом (или родительской фигурой) и его силой. Эти две гипотезы противоречат друг другу, но в рамках контент-анализа нарративов пациента мы не имеем возможности выяснить, какая из них верна.

Что касается формулирования не полностью осознаваемых конфликтов пациента, то в случае Артура отсутствует строгий и отчетливый критерий, который позволил бы однозначно определить, являются ли два самых частых Желания полюсами этого конфликта. С одной стороны, можно предположить, согласно положениям Люборски о возможности выявить не вполне осознаваемые конфликты, что два Желания – «иметь объект, обеспечивающий безопасность» и «быть уверенным в себе и независимым» – являются полюсами внутреннего конфликта автономия-зависимость. С другой стороны, вполне резонно полагать, что Желание «быть уверенным в себе и независимым» представляет собой противовес невротическим аспектам Желания «иметь обеспечивающий безопасность объект». Другими словами, эти два противоположных Желания могут быть не полюсами внутреннего конфликта, а, скорее, попыткой совладания. Но опять-таки мы не можем прийти к окончательному решению этого вопроса без тщательного анализа психотерапевтического дискурса, без анализа того, как эти Желания выражаются пациентом и каково их коммуникативное значение в диалоге с аналитиком.

Как пример решения подобных задач мы предлагаем результаты нашего дискурс-аналитического исследования одного из указанных выше сеансов, а именно – 17-го сеанса, имевшего место перед первым перерывом в терапии. Перерыв был связан с отпуском терапевта, его продолжительность составляла две недели.

Главной темой этого сеанса является борьба пациента за получение от психоаналитика рецепта. На самом первом, консультативном сеансе, происшедшем до того, как началась собственно психоаналитическая работа, аналитик в виде исключения и вопреки правилам работы выписал пациенту рецепт на бензодеазепиновый препарат, поскольку пациент пребывал в крайней тревоге и нуждался в эмоциональной поддержке. Это лекарство должно было помочь ему пережить рождественские праздники. Выписывая пациенту этот рецепт, терапевт тем самым дал ему почувствовать, что пациент может ему доверять и, следовательно, намеренно стимулировал развитие позитивного переноса. Однако во избежание формирования лекарственной зависимости пациент никогда не принимал более двух таблеток в неделю. Данная информация необходима

для правильного понимания происходящего во время сеанса.

В терминах ССРТ в этом сеансе обнаружено девять эпизодов взаимодействия, из них четыре с терапевтом, два с братом, один с начальником и два «с самим собой». В семи эпизодах проходит доминирующая тема или, по крайней мере, ее отдельные компоненты: пациент выражает желание иметь объект, обеспечивающий безопасность; терапевт покидает его и отвергает его просьбы; пациент чувствует себя беспомощным, тревожным, возникает симптом иррационального страха.

«Поверхностную» последовательность вербальной коммуникации в ходе 17-го сеанса можно разделить на десять тематических единиц в соответствии с изменениями в предмете или предметной отнесенности диалога.

1. Артур спрашивает о возможности психофармакологического лечения своей болезни, и аналитик предоставляет ему определенную информацию об этом.

2. Пациент рассказывает о том, как прошли для него последние несколько дней и выражает страх, что лекарства не хватит на все время отсутствия терапевта, а аналитик интерпретирует это как попытку оказать на него давление с целью получения рецепта.

3. После короткой паузы Артур рассказывает о том, что красная краска на рекламном щите, которую он увидел по дороге к терапевту, вызвала у него симптом тревоги; этот нарратив он приводит как пример эмоциональных трудностей, переживаемых им в последние несколько дней и как пример такой ситуации, в которой он чувствует соблазн принять лекарство. Аналитик связывает эту ситуацию с травматической ситуацией из детства пациента, когда тот ощущал себя беспомощным.

4. Артур принимает эту интерпретацию своего поведения как состояния беспомощности и тут же рассказывает новую историю о том, как его издергали, потому что его больной брат попросил Артура отвезти его в больницу.

5. Пациент ожидает, что ситуация в больнице также вызовет у него желание принять лекарство, и выражает неуверенность и амбивалентность относительно того, стоит ли его принимать.

6. Аналитик интерпретирует эту ситуацию как демонстрацию того факта, что Артур является уже не беспомощным ребенком, а сильным мужчиной. Пациент соглашается, что он действительно хочет быть сильным, но сам себе кажется несчастным, будучи вынужден в свои пятьдесят лет обсуждать проблемы, идущие из раннего детства.

7. Пациент возвращается к проблеме стабильности своего состояния и выражает разочарование оттого, что он полностью утратил ту стабильность, которую ощущал еще час назад, и сомневается в поступательном ходе психоанализа, поскольку сейчас он совершенно расстроен и встревожен.

8. Аналитик снова интерпретирует это эмоциональное состояние как

попытку воздействовать на него, чтобы получить рецепт на лексотанил, и призывает пациента к прямой конфронтации.

9. В ходе этой конфронтации аналитик сначала отвергает просьбу пациента, но затем, после того, как пациент открыто выражает свое разочарование и критику в адрес аналитика, последний все же выписывает рецепт.

10. Аналитик комментирует победу пациента, указывая, что прямое столкновение приносит больше пользы, чем опосредованная борьба. В качестве подтверждения этого заявления Артур рассказывает историю о том, как он справился с конфликтной ситуацией в отношениях с начальником.

Эти тематические единицы описывают самый поверхностный уровень коммуникации и дают лишь самое общее представление о тех рамках, в которых проходит взаимодействие. Следующий и наиболее сложный шаг в дискурс-анализе – это обнаружение действий, осуществляемых посредством высказываний. Сложность этого шага обусловлена отсутствием однозначного соответствия между высказываниями и реализуемыми посредством них действиями.

Поскольку мы намереваемся интерпретировать терапевтическую беседу как взаимодействие, мы должны проанализировать высказывания с точки зрения намерений говорящего, т.е. как именно говорящий предполагал воздействовать на слушателя, какую реакцию хотел вызвать и т.п. Вслед за Лабовым и Фэншелом (1977) мы определяем взаимодействие как действие, которое влияет на отношения между субъектом и другими людьми в непосредственном общении (изменяет их или поддерживает). Эти отношения развиваются по определенным направлениям, которые можно обозначить как власть (взаимозависимость) и аффилиация (*Benjamin*, 1974). В центре нашего внимания находятся те аспекты взаимодействия, которые имеют отношение к статусу участников коммуникации, их правам и обязанностям, и изменения социальной организации общения, т.е. тех позиций, которые пациент принимает на себя и приписывает терапевту.

Существует относительно достоверная система межличностных ожиданий, позволяющих нам понимать интенциональность речевых актов (*Quasthoff*, 1980). Каждая часть диалога представляет собой либо какое-то утверждение, либо объяснение, содержит вопрос, или просьбу, или критическое замечание, и т.д. Посредством каждого из этих актов так или иначе детерминируются взаимоотношения участников общения; другими словами, каждое высказывание можно рассматривать по меньшей мере в двух аспектах: содержательном и коммуникативном, причем оба они независимы друг от друга (*Watzlawick*, 1974).

Чтобы выявить детерминацию отношений посредством высказываний, необходимо реконструировать имплицитную коммуникацию, которая осуществляется в форме скрытых

психологических и социальных пропозиций (*Labov & Fanshel, 1977*). Эти пропозиции постоянно воспроизводятся в ходе беседы и иногда выражены непосредственно в содержании, но чаще они лишь подразумеваются более или менее косвенно. Важной частью пропозиций являются правила взаимодействия, регулирующие статус участников и их права и обязанности по отношению друг к другу.

Таким образом, исходным пунктом нашего анализа взаимодействия должно быть прояснение правил, регулирующих отношения между Артуром и его аналитиком. В данном случае правила можно сформулировать в виде следующих пропозиций: 1) аналитик в какой-то мере несет ответственность за стабильность состояния пациента; 2) тяжесть заболевания пациента дает ему право требовать особого отношения со стороны аналитика. Эти правила ни разу не были сформулированы в явном виде, однако их оказалось возможным вывести на основе неоднократно повторяющихся в ходе анализа следующих ситуаций взаимодействия: а) пациент получает лекарство всякий раз, когда он в этом нуждается; б) пациент получает дополнительный сеанс, если его состояние ухудшается; в) пациенту дозволяется звонить терапевту во время отпуска и т.п. Допуская все это, аналитик намеренно нарушает правило абстинентности. Поскольку пациент уже проходил однажды долговременную терапию и психоанализ, причем его рабочий альянс с прежним аналитиком был отмечен недоверием, нынешний аналитик стремился избежать дополнительной фрустрации для пациента, опровергнуть его патологические убеждения и тем самым избежать ошибок, имевших место в первом анализе. Согласно своей рабочей модели аналитик стремился к формированию у пациента позитивного переноса и к обеспечению наиболее благоприятных условий для разрешения конфликтов; эти условия должны были помочь пациенту переключиться с пассивного страдания на активные действия (*Thomae & Kaechele, 1988; Thomae, 1990*). Вместе с этими целями аналитик принял на себя дополнительные обязательства по отношению к пациенту и дал последнему право предъявлять особые требования к аналитику и критиковать его, если нынешний аналитик будет действовать так же, как прежний.

Еще несколько пропозиций, связанных с вышеназванными, описывают статусные позиции обоих участников коммуникации: а) Артур слаб и беспомощен; б) аналитик обладает силой; в) сила и жестокость – одно и то же; г) аналитик не должен быть жестоким. Эти пропозиции отражают также систему патологических убеждений пациента и сформулированы нами на основе анализа сеансов до и после перерывов и сообщений самого аналитика (см. *Thomae & Kaechele, 1988*).

С точки зрения интеракций весь сеанс может быть поделен на семь сегментов различной длины. Сегментация основывается на явных изменениях позиции пациента по отношению к терапевту. Ниже

приведены высказывания пациента, сигнализирующие о смене позиции. Мы дадим краткую эмпирическую иллюстрацию дискурс-анализа в действии, используя эти высказывания-маркеры. Наша иллюстрация является по необходимости схематичной, поскольку полный и последовательный дискурс-анализ основывается на детальной и сложной интерпретации исследуемого материала. Однако мы сможем показать, как дискурс-аналитический подход можно применять для понимания содержания происходящего диалога.

Последовательность сегментов-интеракций на 17-м сеансе:

(1) *А что, если я с моей болезнью обращаюсь к пси- к врачу, который больше лечит медикаментами?*

(2) *Я, собственно говоря, и сам уже думал, что это невозможно.*

(3) *Я боюсь, что мне не хватит таблеток, пока вы будете в отъезде...*

*Это меня страшно беспокоит...*

*Последние дни меня все время пугала красная краска...*

*Это меня совершенно выбило из равновесия...*

(4) *Теперь я вижу, что вы ничуть не отличаетесь от доктора Р. Тот мне вообще никакого лекарства не давал, но чтобы так? Сначала – все прекрасно, пожалуйста, а потом вдруг – нет и вообще, мол, «позаботься сам о том, чтобы обойтись без таблеток».*

(5) *Я себя чувствую сейчас так, как если бы я опять выиграл поединок.*

(6) *Конечно, куда больше смысла имеет решать реальные проблемы... Сегодня, например, у нас на фирме было важное совещание, и один из моих шефов напал на меня с критикой, а я при этом очень активно защищался.*

(7) *Кто знает, смог бы я это шесть недель назад. Я думаю, нет.*

Покажем на примерах, как определяются смены позиций.

(1) *«А что, если я с моей болезнью обращаюсь к пси- к врачу, который больше лечит медикаментами?»* Пациент начинает сеанс с того, что бросает вызов аналитику, подвергая сомнению его компетентность, но затем тут же опровергает сам себя (сегменты 1 и 2 входят в первую тематическую единицу). Согласно определению Лабова и Фэншела (1977, с.64), «вызовом является всякая ссылка (путем прямого утверждения или косвенною намека) на такую ситуацию, которая, в случае истинности, понижала бы статус другого». Посредством такого запроса на получение информации о возможности психофармакологического лечения его болезни Артур, по сути, задает вопрос, в состоянии ли аналитик обеспечить ему лечение на самом высоком на сегодня уровне медицины. Тем самым пациент хочет установить, каковы пределы силы аналитика (отсюда пропозиция «аналитик обладает силой») и выяснить вероятность существования других специалистов, которые обладают «большей силой» в отношении его болезни.



После того, как терапевт дает ему ответ, Артур замечает: (2) «Я, собственно говоря, и сам уже думал, что это невозможно». Отрицая серьезность своих сомнений, Артур опровергает, отменяет свой вызов.

Сегмент 3 занимает три четверти часа и охватывает тематические единицы со 2-й по 7-ю. Центральная конфликтная тема взаимоотношений проявляется в нарративах, рассказанных в этом сегменте. Пациент сообщает о том, как проходила его жизнь в последние несколько дней и рассказывает, в общей сложности, семь различных эпизодов, в которых рисует себя как крайне беспомощного, неуверенного и полного иррациональных страхов. Эти семь эпизодов взаимодействия имеют одно и то же интеракционное значение и указывают на возрастание напряжения у пациента по отношению к терапевту. Рассмотрим этот сегмент более подробно.

Он начинается со следующего эпизода взаимодействия с терапевтом:

*В течение последних двух дней я чувствовал себя довольно-таки стабильно, э-э (вздыхает), но тем не менее – это очень странно, я – хотя я в последний раз принял эту таблетку в воскресенье? – да, правильно, в воскресенье, но меня все время мучает страх, что мне этих таблеток – у меня их, кажется, еще штук 13 осталось, я точно не помню, – не хватит, пока бы будете в отъезде. И – ...Это меня страшно беспокоит.*

Первый эпизод в явном виде содержит лишь Реакцию Объекта и Реакцию Субъекта: аналитик уезжает в отпуск и покидает его (Негативная Реакция Объекта), пациента это нервирует и он боится, что ему не хватит лекарства (Негативная Реакция Субъекта). Это утверждение подразумевает, что когда терапевт покинет его, его стабильность окажется под угрозой, может случиться, что его симптомы усилятся, и ему понадобится больше лекарства, чем обычно. Тем самым пациент указывает, что перерыв в терапии из-за отпуска терапевта вызывает у него неудовольствие. Иными словами, он не хочет, чтобы терапевт покидал его (Желание 1).

Если теперь обратиться к коммуникативным аспектам этого эпизода, то можно заметить следующее. В этом эпизоде пациент демонстрирует свою потребность (его стабильность под угрозой) и это, согласно правилам данной терапии (пропозиции 1 и 2), накладывает на аналитика некоторые обязательства – помочь пациенту, сделать что-то для укрепления стабильности, а именно – выписать ему дополнительный рецепт; таким образом, высказывание пациента содержит косвенную просьбу о помощи (Желание 2)<sup>5</sup>.

Но в данном речевом акте содержится еще несколько скрытых интенций. Пресловутый рецепт представляет собой не столько реальную

<sup>5</sup> Чтобы обнаружить потребность в получении помощи, мы применили правило функционирования дискурса, а именно «правило косвенной просьбы» (Labov & Fanshel, 1977).

помощь, сколько является свидетельством «доброты» аналитика. В действительности пациент не нуждается в этом рецепте, во время этого двухнедельного перерыва он принял лишь полторы таблетки. Все это – лишь проверка взаимоотношений с терапевтом: что он на самом деле значит для терапевта, насколько заботливо относится к нему терапевт, т.е., другими словами, это проверка пропозиции «терапевт не должен быть жестоким» (Желание 3).

Более того, пациент хочет, чтобы терапевт действовал вопреки аналитическому правилу. Оно, несомненно, известно Артуру, поскольку он не является новичком в психоанализе, проработав около 500 часов с другим аналитиком. Он не осмеливается высказать свою просьбу прямо, поскольку ожидает, что она будет отвергнута. Интерпретация аналитика показывает, что он сразу же понял этот нарратив как косвенную просьбу о дополнительном рецепте. Но поскольку терапевт не сказал ни да, ни нет о том, даст ли он рецепт, пациент пытается достичь своей цели непрямым путем. Ради победы в этой борьбе в последующих нарративах данного сегмента пациент аггавирует свой симптом и, следовательно, усиливает давление на терапевта. Отсюда мы можем вывести еще два Желания, а именно: «оказать влияние на терапевта» или «контролировать отношения с терапевтом» (Желание 4), с одной стороны, и «избежать прямой конфронтации» (Желание 5) – с другой.

В своих интерпретациях терапевт подвергает сомнению главную пропозицию пациента – «Артур – слабый и беспомощный» – и тем самым отклоняет его просьбу. Пациент принимает эти интерпретации, по крайней мере, частично, но затем рассказывает еще один сюжет как пример своей беспомощности и таким путем вновь возвращается к своей просьбе. Аргументация посредством нарративов позволяет пациенту избежать прямой конфронтации с аналитиком и в то же время блокирует все интерпретации последнего.

Этот пример показывает, что явное содержание высказываний может быть весьма далеким от коммуникативного аспекта. Видно также, что одно и то же высказывание может осуществлять несколько речевых актов одновременно. Явная тема беспомощности и желание получить помощь проходят через весь сеанс и становятся все более и более очевидными от нарратива к нарративу. Но вместе с этим усиливается и давление на терапевта, и проступает другой, скрытый паттерн взаимодействия: Желание: «контролировать отношения, утверждать себя»; негативная Реакция Объекта: «сопротивляется»; позитивная Реакция Субъекта: «усиливает давление на терапевта».

Обратимся теперь к четвертому сегменту. Он, по-видимому, является кульминацией сеанса. В ходе неявной борьбы терапевт призывает пациента к открытой конфронтации. На первый взгляд, это взаимодействие является «разыгрыванием» центрального конфликтного паттерна пациента: пациент просит терапевта дать ему дополнительный

рецепт, а терапевт вначале отказывает. На самом деле эта просьба пациента имеет более сложную структуру: пациент расставляет терапевту ловушку, поскольку, если терапевт даст ему рецепт, это будет означать, что он считает Артура слишком слабым и неспособным пережить перерыв без дополнительной поддержки. Таким образом, пропозиция «Артур – слабый и беспомощный» получит признание и подтверждение. Если же терапевт откажется дать рецепт, это будет означать, что сильный, но жестокий терапевт не поддается влиянию Артура, который, опять-таки, оказывается беспомощным. Что бы терапевт ни сделал, все его интерпретации в ходе этого часа, направленные на то, чтобы показать Артура не беспомощным, будут сведены на нет. Но аналитик находит компромисс. Сначала он отказывается дать рецепт, объясняя это тем, что он не видит причины, по которой пациент нуждается в этом рецепте. Но пациент реагирует на это взрывом обвинений: (4) *«Теперь я вижу, что вы ничуть не отличаетесь от доктора Р. Тот мне вообще никакого лекарства не давал, но чтобы так? Сначала – все прекрасно, пожалуйста, а потом вдруг – нет и вообще, мол, «позаботься сам о том, чтобы обойтись без таблеток»»*. Он сравнивает теперешнего аналитика с предыдущим и заявляет, что первый еще более непредсказуем. После этого аналитик изменяет свое решение и говорит, что нет смысла и далее отказывать в выписывании рецепта, если разочарование, возникающее у пациента, столь велико, и он выпишет рецепт, хотя и уверен, что пациент в нем не нуждается.

Почему упрек пациента заставил аналитика изменить решение? Артур начинает с того, что аналитик кажется ему похожим на предыдущего, который не старался оказывать поддержку. Это утверждение влечет за собой дальнейшую критику, поскольку предыдущий аналитик никогда не давал Артуру надежды на то, что он будет поддерживать его стабильность иначе, нежели аналитической работой. Поэтому Артур усиливает свой вызов аналитику, заявляя, что тот не в состоянии выполнить свои обязанности («Терапевт берет на себя некоторую ответственность за стабильность пациента», – первая пропозиция), а потому заслуживает еще менее доверия, чем предыдущий аналитик.

Артур идет еще дальше и показывает, что терапевт нарушает еще одно обязательство – «аналитик не должен быть жестоким»: *«Сначала – все прекрасно, пожалуйста, а потом вдруг – нет и вообще, мол, «позаботься сам о том, чтобы обойтись без таблеток»»*. Артур при этом цитирует аналитика, не дословно, но тот смысл, который он усмотрел в высказываниях последнего. Таким образом, пациент выражает достаточно сильную критику в адрес терапевта: что тот не выполняет свои обязательства, не выполняет должным образом свою работу и даже злоупотребляет своей силой. Эта ситуация становится угрожающей для позитивного переноса и ставит терапевта на одну доску с жестокими и

властными фигурами из детства пациента. К тому же она подтверждает патологическое убеждение пациента о том, что «сила и жестокость – одно и то же». В результате мы видим, что у аналитика были все причины выписать дополнительный рецепт<sup>6</sup>.

После своей победы Артур осознает скрытую линию своих действий и признает, что этот час прошел, как борьба, в которой он победил: (5) *«Я себя чувствую сейчас так, как если бы я опять выиграл поединок»*. Артур добился победы в битве с сильным аналитиком. Хотелось бы подчеркнуть, что пациент признает, что это – не первая его победа: он победил *опять*. Этот эпизод вскрывает новую пропозицию: «Артур – сильный», несовместимую с уже известной «Артур – слабый и беспомощный». Если вспомнить, что «сила и жестокость – одно и то же», то станет понятно, почему Артур избегает позиции «сильного».

(6) *«Конечно, куда больше смысла имеет решать реальные проблемы... Сегодня, например, у нас на фирме было важное совещание, и один из моих шефов напал на меня с критикой, а я при этом очень активно защищался.»* После своего успеха пациент приводит нарратив с совершенно иной темой; он рассказывает о конфронтации с начальником и рисует себя не как беспомощного ребенка, а как компетентного мужчину, который может постоять за себя. Он вводит этот рассказ, подтверждая комментарий аналитика примером того, как он справляется с реальными конфликтами. Он заявляет: *«Конечно, куда больше смысла имеет решать реальные проблемы... Сегодня, например, у нас на фирме было важное совещание...»* и т.д. Пауза показывает, что Артур ищет подходящий пример, чтобы проиллюстрировать и обосновать свой тезис. Совещание на фирме приводится как недавний, но отнюдь не выходящий из ряда вон случай. Поэтому можно полагать, что он рассказывает о своем обычном способе решения конфликтов.

Однако в коде этого нарратива он внезапно изменяет свою позицию: (7) *«Кто знает, смог бы я это шесть недель назад. Я думаю, нет»*. (Анализ начался шесть недель назад.) Тем самым он устанавливает неявную причинную связь между двумя пропозициями: «Артур уже не беспомощный», потому что «аналитик – сильный» и, следовательно, приписывает свой успех аналитику. Таким образом он восстанавливает иерархические отношения с терапевтом, которые оказались под угрозой из-за его победы. Совершенно очевидно, что он чувствует себя неуютно в этой сильной позиции и спешит сменить ее. Теоретически можно предположить, что пугающие следствия обладания силой («сила и жестокость – одно и то же») еще более непереносимы для Артура, чем унижительное состояние беспомощности<sup>7</sup>. Потребность в подчинении,

<sup>6</sup> Рамки данной статьи не позволяют детально обсудить проблемы аналитической техники и возможность аналитика разрешить такого рода проблему, не нарушая правило абстинентности. Мы хотим лишь указать, что данная стратегия аналитика оказалась вполне успешной, поскольку в ходе именно этого анализа пациент впервые в жизни смог освободиться от своих симптомов.

<sup>7</sup> Дальнейший анализ других сеансов до и после перерывов подтвердил эту гипотезу. Статья, посвященная

проявляющаяся в этом действии, носит, по-видимому, защитный характер.

Ход взаимодействия на протяжении данного сеанса можно было бы схематически изобразить следующим образом (см. фиг. 1).

Слова в кружках означают различные позиции, которые пациент принимает и приписывает терапевту по ходу взаимодействия. Вначале пациент демонстрирует беспомощность, чтобы доказать правомерность своей просьбы о дополнительной поддержке. На более глубоком уровне он действует как манипулятор, который оказывает давление на терапевта и таким путем выигрывает. Во время этого взаимодействия он принимает явно зависимое по отношению к терапевту положение, но фактически эта интеракция подразумевает сильную позицию (*Horowitz, 1991*). Но как только пациент осознает свою силу, он начинает чувствовать тревогу, и происходит защитный сдвиг позиции: он принимает роль прилежного ученика, что означает опять-таки подчиненное положение в иерархии.

На рис. 1 можно увидеть два паттерна взаимодействия. Во-первых, двухуровневое взаимодействие, которое занимает три четверти сеанса, а, во-вторых, строгую последовательность интеракций, в которой пациент вначале нарушает иерархию (позиция «триумфатора»), а затем немедленно восстанавливает ее (позиция «прилежного ученика»). Эти паттерны взаимодействия обнаруживаются во всех сеансах до и после перерывов на протяжении первого года терапии. В ходе дальнейшего анализа тема беспомощности полностью исчезает из этих сеансов. Но второй паттерн взаимодействия появляется вновь и вновь во всех сеансах до и после перерывов до самого конца терапии.

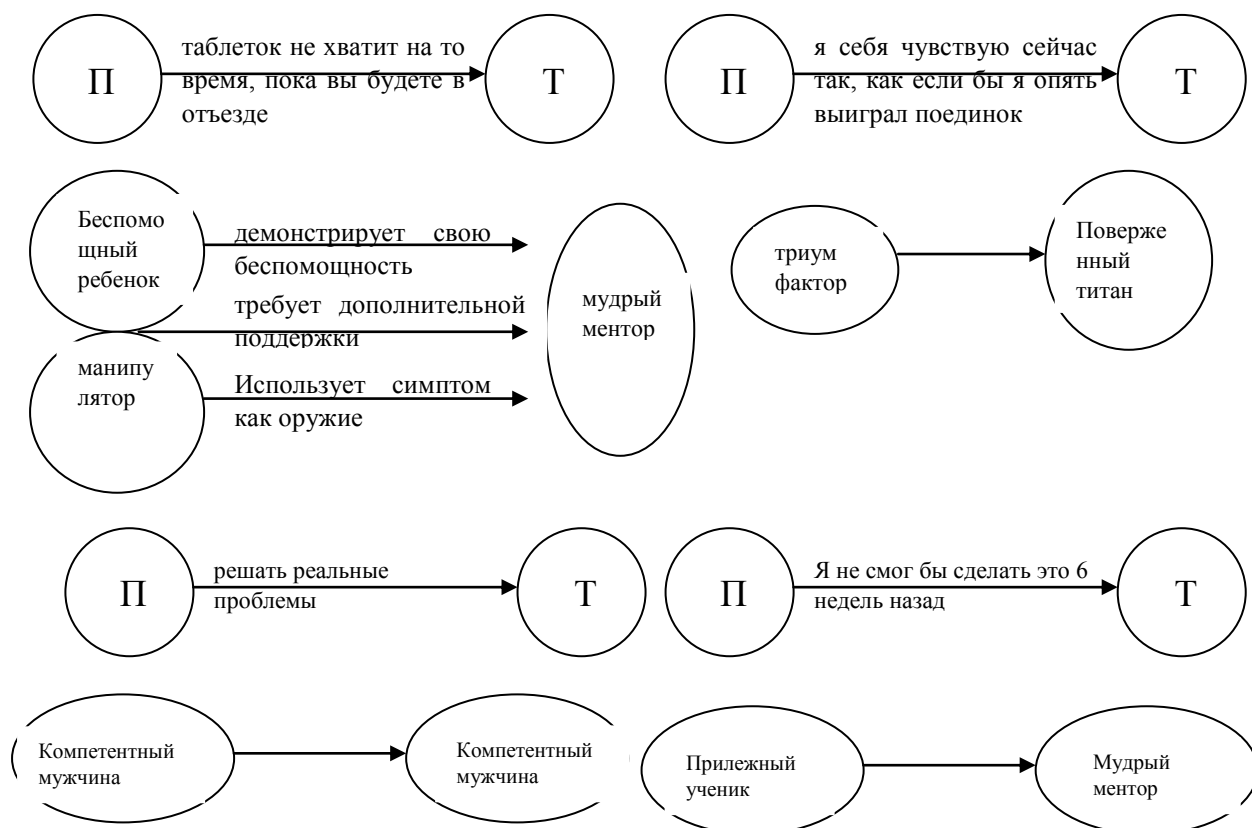


Рис. 1

Итак, как мы убедились, наиболее высокочастотная тема беспомощности, которая служит основой для формулирования Центральной Конфликтной Темы Взаимоотношений, представляет собой лишь поверхностный уровень коммуникации. Но, тем не менее, желание иметь обеспечивающий безопасность объект, порожденное глубинной структурой, которую Люборски вслед за М.Хоровицем называет «личностная схема» (Luborsky, 1991a, p.176), действительно весьма существенно для данного пациента. Следующий вопрос касается конфликта, лежащего за этим центральным желанием. В действительности Артур вовсе не беспомощен, вопреки своим рассказам, он в состоянии постоять за себя. Тогда к чему же он в реальности стремится и какого рода безопасность может обеспечить ему терапевт?

Центральное желание иметь объект, обеспечивающий безопасность, ведет к формированию парадоксальных отношений, где беспомощность является силой и средством контроля над ситуацией. На 17-м сеансе пациент проверяет две пропозиции, касающиеся терапевта: «терапевт – сильный» и «терапевт не должен быть жестоким». Эти пропозиции некоторым образом отражают те два условия, при которых терапевт мог

бы выполнять роль объекта, обеспечивающего безопасность. Потребность пациента занимать подчиненную позицию, когда сильный терапевт контролирует и ограничивает его, находит свое выражение, в частности, в установлении причинной связи в коде последнего нарратива. Она же и проливает свет на то, каковы должны быть два вышеупомянутых условия: Артур может расти и развиваться, находясь в тени сильного терапевта, который должен определять границы его роста; Артуру нельзя становиться таким же сильным, как терапевт. Таким образом, желание иметь объект, обеспечивающий безопасность, имеет два аспекта: с одной стороны, получение поддержки, с другой стороны – поддержание безопасных границ. Поэтому центральное желание, провоцируемое перерывом, на более высоком уровне абстракции оказывается связано скорее с конфликтом между всемогуществом и бессилием.

Итак, мы видим, что наиболее частая и, следовательно, главная явная тема нарративов, обнаруживаемая методом CCRT, существенно отличается от реального паттерна взаимодействия, воспроизводимого во время сеанса. В то же время тема всемогущества (обнаруженная в пятом сегменте) появляется лишь однажды, но для понимания внутренней динамики пациента имеет не меньшее значение, чем и самая частая. Это противоречит двум основным допущениям метода CCRT, а именно: а) что большая частота компонента указывает на большую «центральность» в паттерне взаимоотношений и, соответственно, в личностной схеме, а также на большую его интенсивность, и б) что паттерны, проявляющиеся в нарративах, сходны с реальными интеракциями, происходящими между пациентом и терапевтом во время сеансов. Эти допущения имеют количественную природу, они задают способ, посредством которого из явного содержания текста можно вывести контекстуальные значения на основе количественного подхода. Мы попытались сочетать два метода – количественный (CCRT) и качественный (дискурс-анализ); опыт такого рода, несомненно, имеет смысл, поскольку, как указывает К.Р.Ховэ (1988), эти два подхода пересекаются: количественный анализ ведет к качественным рассуждениям, а качественный анализ часто нуждается в количественных методах.

Наиболее частые темы психотерапевтического диалога являются исходным пунктом клинических выводов, но далеко не единственным, потому что помимо этого клиницисты используют как свой личный опыт, так и контртрансферентные чувства; поэтому в реальной терапевтической практике основа для вывода всегда включает более широкий контекст. В силу этого мы полагаем, что исследовательская стратегия, если она направлена на валидизацию и верификацию клинических теорий и интерпретаций, должна не ограничивать область оснований для вывода, а искать пути их объективации.

Наиболее простой и очевидный способ объективации при помощи частотного критерия не в силах уловить «трансферентный шаблон»;

одним из возможных путей к выявлению реальной связи между явными темами и глубинными структурами представляется анализ реальных взаимодействий, происходящих во время психотерапевтических сеансов и отраженных в протоколах. Можно надеяться, наше исследование отдельного случая показало, что чтения и интерпретации информации, содержащейся в тексте, недостаточно, необходимо также анализировать, каким образом эта информация подается и что стоит за высказываниями и умолчаниями партнеров.

### ЛИТЕРАТУРА

- Albani C. (1992) *Vom ZBKT zum ZBM. Eine methodenkritische Einzelfallstudie zur Erfassung von repetitiven Mustern und Uebertragung mit der ZBKT-Methode. Med. Dissertation, Universitaet Leipzig.*
- Albani C. (1994) *Eine methodenkritische Einzelfallstudie mit der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT). In. A.Redder, I.Wiese (Eds). Medizinische Kommunikation. Westdeutscher verlag, Opladen, 289-306.*
- Albani C., Pokorny D., Dahlbender R.W. & Kaechele H. (1992) *Vom Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des «Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas». Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 44, 89-98.*
- Benjamin L.S. (1974) *Structured Analysis of Social Behavior. Psychological Review, 81, 5, 392-425.*
- Brown G., Yule G. (1983) *Discourse Analysis. Cambridge: Cambridge University Press.*
- Bruner J. (1986) *Actual Minds, Possible Worlds. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.*
- Crits-Christoph P., Luborsky L. (1990) *The Perspective of Patients versus Clinicians in the Assesment of the Central Relationship Themes. In: Luborsky L. & P.Crits-Christoph. Understanding Transference. New-York: Basic Books, p.197-208.*
- Dahlbender R.W., Kaechele H. (1994) *Qualitative-quantifizierende Analyse internalisierter Beziehungsmuster. In: Faller H. & Frommer J. (Eds). Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden, p.228-245.*
- Dahlbender R.W., Albani C., Pokorny D & Kaechele H. (1994) *Central Relationship Patterns. A Structural Version of the CCRT. Psychotherapy Research.*
- Van Dijk T.A., ed. (1985) *Handbook of Discourse Analysis. Vols 1-4. London: Academic Press.*
- Ehlich K. & Rehbein J. (1979) *Sprachliche Handlungsmuster. In: Soeffner H.-G. (Ed.) Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften Stuttgart: Metzler, 243-273.*



- Goffman E. (1971) *Relations in Public*. New York: Basic Books.
- Hartog J. (1994) *Die Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT): eine Linguistische Kritik*. In: A.Redder, I.Wiese (Eds). *Medizinische Kommunikation*. Westdeutscher Verlag, Opladen, 306-326.
- Hempel C.G. (1965) *The Logic of Functional Analysis*. In: Hempel C.G. *Aspects of Scientific Explanation and other Essays in the Philosophy of Science*. New York, London: Free Press, 297-330.
- Howe K.R. (1988) *Against the Quantitative-qualitative Incompatibility Thesis or Dogmas Die Hard*. *Educational Researcher*, 17, 8, 10-16.
- Jimenez J.P. (1989) *Evolution of the Reaction to Breaks in the Psychoanalytical Process as an Indicator of Change (an empirical study)*. *A Paper at the 36. International Psychoanalytical Congress in Rom*.
- Horowitz M. (ed). (1991) *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns*. Chicago & London: University of Chicago press.
- Labov W., Fanshel D. (1977) *Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conversation*. N.Y: Acad. Press.
- Labov W. & Waletzky J. (1967) *Narrative Analysis: Oral Versions of Personal Experience*. In: Helm J. (ed.) *Essays on the Verbal and Visual Arts*. Seattle etc.: University of Washington Press, 12-44.
- Luborsky L., Kaechele H. (1988) *Der Zentrale Beziehungskonflikt. Ein Arbeitsbuch*. Ulm: PSZ Verlag.
- Luborsky L. & P.Crits-Christoph (1990) *Understanding Transference*. New-York: Basic Books.
- Luborsky L., Crits-Christoph P., Friedman S.H., Mark D., Schaffler P. (1991a) *Freud's Transference Template Compared with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT): Illustrations by the Two Specimen Cases*. In: Horowitz M. (ed). *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns*. Chicago & London: University of Chicago Press.
- Luborsky L. u. Mitarb. Albani C., Eckert R. (1991b) *Manual zur ZBKT-Methode (deutsche Uebersetzung mit Ergaenzungen der Ulmer ZBKT-Arbeitsgruppe)*. Ulm: Untversitaet Ulm, Abteilung Psychotherapie.
- Mahl G.F. (1959) *Exploring Emotional States by Content Analysis*. In: Pool I. de S. (ed.). *Trends in Content Analysis*. Urbana: University of Illinois Press, 89-130.
- Merten K. (1983) *Inhaltsanalyse. Einfuehrung in Theorie, Methode und Praxis*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Osgood Ch.E. (1959) *The Representational Model and Relevant Research Methods*. In: Pool I. de S. (ed.). *Trends in Content Analysis*. Urbana: University of Illinois Press, 33-88.
- Peterfreund E. (1983) *The Process of Psychoanalytic Therapy. Models and strategies*. Analytic Press, Hillsdale, New-York.
- Potter J. & Wetherell M. (1987) *Discourse and Social Psychology*. London etc.: Sage Publications.
- Quasthoff U.M. (1980) *Erzaehlen in Gespraechen*. Tuebingen: Narr.

- Russell R.L. & P. van den Broek. (1989) *A Cognitive-Developmental Account of Storytelling in Child Psychotherapy*. In: S.R.Shirk (ed.). *Cognitive Development and Child Psychotherapy*. New York and London: Plenum Press.
- Rickman J. (1950) *On the Criteria for the Termination of an Analysis*. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 200-201.
- Schiffrin D. (1987) *Discourse Markers*. Cambridge University Press. Cambridge, New York, Melburn.
- Stubbs M. (1983) *Discourse Analysis*. Oxford: Blackwell.
- Thomae H. (1990) *Was hat sich in meinem Verstaendnis des psychoanalytischen Processes seit den 60er Jahren gewandelt? Praxis der Psychotherapie vnd Psychosomatik*, 1-10.
- Thomae H., Kaechele H. (1988) *Psychoanalytic Practice. Vol. 2 Clinical Studies*. Berlin etc.: Springer Verlag.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1969) *Menschliche Kommunikation*. 1969. Bern: Huber.
- Weiss J. & Sampson H. (1986) *The Psychoanalytic Process*. N.Y.: The Guilford Press.
- White H. (1980) *The Value of Narrativity in the Representation of Reality*. *Critical Inquiry*, 7, 5-28.