

Психотерапия, фокусированная на переносе, ПРИ ПОГРАНИЧНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Фрэнк Йоманс, MD, PHD
Джон Кларкин, PhD
Отто Кернберг, MD

Иллюстрировано видео

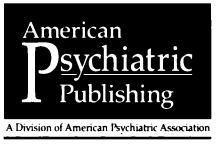
Психотерапия, фокусированная на переносе, при пограничном расстройстве личности

Клиническое руководство

TRANSFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

A Clinical Guide

Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D.
John F. Clarkin, Ph.D.
Otto F. Kernberg, M.D.



Washington, DC
London, England

ПСИХОТЕРАПИЯ, ФОКУСИРОВАННАЯ НА ПЕРЕНОСЕ, ПРИ ПОГРАНИЧНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

Клиническое руководство

Фрэнк Йоманс, MD, PHD
Джон Кларкин, PhD
Отто Кернберг, MD

МОСКВА,
Издательский проект группы
партнеров Psy Event, 2018

УДК 615.851(075)
ББК 53.57я7
К47

ФРЭНК ЙОМАНС, ДЖОН КЛАРКИН, ОТТО КЕРНБЕРГ

К47 Психотерапия, фокусированная на переносе, при пограничном расстройстве личности. Клиническое руководство / Ф. Йоманс, Д. Кларкин, О. Кернберг. / Переводчик Снигур Владимир Сергеевич. / Научный редактор Ковалец Анна Сергеевна — М., 2018. — 498 с.

ISBN978-5-6040981-0-3

Авторы приложили все усилия, чтобы убедиться, что информация в этой книге на момент её публикации точна и соответствует общим психиатрическим и медицинским стандартам. Однако, по мере продолжения развития медицинских исследований и практики терапевтические стандарты могут меняться. Более того, специфические ситуации могут требовать специфических терапевтических мероприятий, которые не включены в эту книгу. Про этой причине, а также поскольку иногда случаются человеческие и технические ошибки, мы рекомендуем читателям следовать советам врачей, напрямую задействованных в их лечении или в лечении члена их семьи.

По вопросам сотрудничества или приобретения 100 или более копий одной книги, пожалуйста, пишите на info@psy-event.org для получения информации о стоимости.

ISBN978-5-6040981-0-3

УДК 615.851(075)
ББК 53.57я7

ISBN 978-5-6040981-0-3 Copyright © 2015 American Psychiatric Association

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

От лица издательского проекта группы партнеров Psy Event, хочу поприветствовать Вас на страницах замечательной книги и поздравить нас всех с её публикацией.

Руководство по лечению пограничной патологии средствами терапии сфокусированной на переносе может быть интересно психологам и психотерапевтам, работающим с пациентами с расстройствами личности пограничного спектра.

Уверен, что профессионалы, работающие в этой сложной области и их пациенты, извлекут пользу, изучая метод терапии сфокусированной на переносе.

Данное руководство, по сути, является базовым учебным пособием для подготовки психотерапевтов, в части их теоретической подготовки, дополняющей дидактический тренинг.

Я хочу выразить признательность за помощь в издании русскоязычной версии руководства, прежде всего, его авторам и тренинг-аналитикам докторам Отто Кернбергу и Франку Йомансу за их доверие, терпение и труд в организации программы подготовки ТФП терапевтов в Москве.
Программа подготовки инициирована Группой партнеров Psy Event при организационной поддержке Института Практической Психологии и Психоанализа и информационной поддержке основных профессиональных сообществ психологов и психотерапевтов.
Сегодня можно говорить о том, что тренинг по подготовке ТФП терапевтов состоялся, набрал обороты и будет продолжен в сотрудничестве с тренинг комитетом Международного Общества Терапии Сфокусированной на переносе, президентом которого является Доктор Отто Кернберг.

Я так же хочу поблагодарить всех участников программы по подготовке ТФП терапевтов и слушателей открытых семинаров с участием Отто Кернберга и Франка Йоманса в Москве.
Благодаря Вашему участию нам удалось привлечь необходимые для издания средства.
В заключении, хочу поблагодарить коллектив, работавший над подготовкой русскоязычного издания. Замечательного переводчика Владимира Снигура, научного редактора Анну Ковалец и команду специалистов, осуществивших работу по верстке, сверке и корректуре.

С уважением,
выпускающий редактор Константин Гутман.

СОДЕРЖАНИЕ

ОБ АВТОРАХ ---------- vii

ПРЕДИСЛОВИЕ ---------- ix

ВИДЕОГИД ---------- xiv

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ ---------- xvii

1 ПРИРОДА НОРМАЛЬНОЙ И АНОРМАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ ---------- 1

2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПСИХОТЕРАПИИ, ФОКУСИРОВАННОЙ НА ПЕРЕНОСЕ ---------- 31

3 СТРАТЕГИИ ПСИХОТЕРАПИИ, ФОКУСИРОВАННОЙ НА ПЕРЕНОСЕ ---------- 67

4 ФАЗА ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ: клиническая оценка состояния и выбор лечения ---------- 93

5 УСТАНОВЛЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАМКИ контракт, медикаментозное и вспомогательное лечение ---------- 112

6 ТЕХНИКИ ЛЕЧЕНИЯ: регулярно используемые интервенции и механизмы изменения ---------- 169

7 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ-------243

8 РАННЯЯ ФАЗА ЛЕЧЕНИЯ:
тестирование рамки, контейнирование
импульсов, выявление диад ----------311

9 СРЕДНЯЯ ФАЗА ЛЕЧЕНИЯ.
Движение к интеграции с эпизодами регрессии ---------345

10 ПРОДВИНУТАЯ ФАЗА
И ЗАВЕРШЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ----------388

11 ТРАЕКТОРИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ТЕРАПИИ,
ФОКУСИРОВАННОЙ НА ПЕРЕНОСЕ----------425

ЛИТЕРАТУРА ---------- 444

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ---------- 458

ОБ АВТОРАХ

Джон Кларкин, Ph.D. — содиректор Института личностных расстройств в Медицинском колледже Вейл Корнелл, клинический профессор курса психологии и психиатрии в Медицинском колледже Вейл Корнелл, штат Нью-Йорк, Нью-Йорк.

Отто Кернберг, MD — директор Института личностных расстройств в Медицинском колледже Вейл Корнелл, профессор-эмеритус в Медицинском колледже Вейл Корнелл; обучающий и супервизирующий аналитик Центра психоаналитического обучения и исследований Колумбийского университета, штат Нью-Йорк, Нью-Йорк.

Фрэнк Йоманс, MD, Ph.D. — клинический адъюнкт-профессор психиатрии в Медицинском колледже Вейл Корнелл, директор по учебной деятельности Института личностных расстройств Медицинского колледжа Вейл Корнелл, внештатный адъюнкт-профессор психиатрии в Центре психоаналитического обучения и исследований Колумбийского университета, штат Нью-Йорк, Нью-Йорк.

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ИНТЕРЕСАХ

Авторы указали, что не имеют финансовой заинтересованности или иных обязательств, которые представляют или могут представлять точки зрения, конкурирующие с их позицией, изложенной в этой книге.

ПРЕДИСЛОВИЕ

РАЗРАБОТКА ЛЕЧЕБНОГО МЕТОДА — это длительный и высокотехничный процесс, который включает последовательные шаги, начиная с исследования патологии пациента и заканчивая выработкой принципов лечения и рекомендаций для эмпирических исследований эффективности лечения при различных условиях. Под нашим руководством (директор Отто Кернберг, содиректор Джон Кларкин, директор по учебной деятельности Фрэнк Йоманс) Институт личностных расстройств (Personality disorders institute, PDI) Пресвитерианской больницы Нью-Йорка и Медицинского центра Вейл Корнелл с 1980 года занимается исследованием и лечением тяжелых личностных расстройств. В начале нашего пути мы объединились под началом таких экспертов-клиницистов, как доктора Энн Аппельбаум, Стивен Бауэр, Артур Карр, Паулина Кернберг, Харольд Кенигсберг, Джон Олдхэм и Майкл Зельцер. С течением лет мы расширили нашу группу, включив в нее других экспертов-клиницистов (Моника Карски, Джилл Делейни и Кей Хэран) и экспертов-исследователей психопатологии и психотерапии (Николь Каин, Ив Калигор, Диана Даймонд, Кэрин Энсинк, Марк Лензенвегер, Кеннет Леви, Кевин Миихан, Лина Нормандин, Мэллэй Оккьогроссо и Барри Стерн). Мы с удовольствием сотрудничаем с нейробиологами Б. Дж. Кейси, Майклом Познером и Дэвидом Зильбершвайгом.

Наше первое руководство по лечению пациентов с пограничной личностной организацией появилось в 1999 году (Clarkin et al., 1999). Однако клинический подход, который мы описываем — терапия, сфокусированная на переносе (transference-focused psychotherapy, TFP далее — ТФП), —

не статичен. По мере того как мы накапливали опыт лечения пациентов с широким спектром пограничной патологии и наше понимание этой патологии обогащалось теоретическими разработками и данными нейрокогнитивных исследований психического развития, сам лечебный подход продолжал развиваться и оттачиваться. Наша цель по-прежнему заключается в организации лечения собственно личностного расстройства, а не только симптомов, происходящих из патологической личностной структуры. Наша долгосрочная амбициозная цель — изменить базовую организацию и структуру личности человека, проходящего лечение. Кроме того, достижения техники позволяют нам совмещать письменный текст с видеодемонстрациями разнообразных аспектов лечения (доступны онлайн на *www.appi.org/Yeomans*), чтобы углубить образовательную ценность этой книги. Мы благодарим Фатиха Озбаи и Александера Лау за помощь в разработке видео, а также Виктора Ялома и Psychotherapy.net за разрешение воспроизвести фрагменты структурного интервью доктора Кернберга (Видео 1). Мы благодарны Мишель Атене Морген и Хендрику Грашуису за искусную актерскую игру в наших демонстрационных видео. Мы также благодарим Лиама О'Брина за разрешение использовать его рисунок девушки на обложке нашей книги. Мистер О'Брин, написавший портрет доктора Кернберга, теперь стал иллюстратором его важнейшей книги.

Развитие и достижения в лечении пограничных личностных расстройств за последние 25 лет можно назвать почти феноменальными. Нам в PDI выпала удача установить контакт с двумя другими группами ученых и исследователей, которые изучают эту сферу. На заре нашей работы нам также удалось пообщаться с доктором Маршей Линехан, и благодаря ее консультации на первых этапах разработки нашего лечебного метода получить финансирование через грант Национального института психического здоровья. Нам также выпало удовольствие принимать ее в нашем кампусе во время, которое она выкроила из своего отпуска, и у нас была возможность сравнить наш подход с развитием ее представлений в контексте поведенческой терапии.

Также большой удачей и удовольствием для нас стало сотрудничество с докторами Питером Фонаги и Энтони Бэйтманом, создателями и разработчиками подхода для лечения пограничных пациентов, основанного на ментализации. Как президент Международной психоаналитической ассоциации (International psychoanalytic association, IPA) доктор Кернберг принял самое непосредственное участие в разработке эмпирического подхода в психоаналитическом лечении пациентов. Он сыграл крайне важную роль в продвижении Программы научной подготовки (Research training program, RTP), которую IPA предлагает молодым ученым и исследовате-

лям в Университетском колледже Лондона. Доктора Фонаги и Кларкин работали вместе более 18 лет, с самого начала программы RTP, и разделяют авторство идей, наработок, презентаций PowerPoint и многие часы приятного сотрудничества по вопросам патологии и лечения пограничных пациентов.

При оптимальных условиях клинические и исследовательские успехи являются результатом плодотворного сотрудничества. Разрабатывая и исследуя метод ТФП на территории Соединенных Штатов, мы также поддерживали контакты с коллегами из клинических и научных групп Германии, Австрии, Канады, Нидерландов, Италии, Испании, Швейцарии, Чили, Соединенного Королевства, Мексики, Бразилии, Дании, Турции, Польши, Швеции, Аргентины и Австралии (приблизительно в таком порядке). Благодаря видению и особым усилиям доктора Питера Букхайма мы смогли воодушевить и поддержать рандомизированные клинические исследования ТФП в Мюнхене (Германия)и в Вене (Австрия) (Doering et al., 2010), результаты которых укрепили наше убеждение, что ТФП может быть эффективна в других западных культурах.

Помимо нашей работы над ТФП для взрослых пациентов с пограничной личностной организацией мы также написали рекомендации по применению ТФП для лечения пациентов с более высоким уровнем личностной организации. Эта работа была проведена вместе с нашей коллегой доктором Евой Калигор (Caligor et al., 2007). Вместе с докторами Линой Норландин и Карин Энсинк мы также разработали ТФП для работы с подростками с пограничной личностной организацией.

В Нью-Йорке ТФП была внедрена в качестве элективного и постдипломного учебного курса в Центре психоаналитического обучения и исследований Колумбийского университета. Возможности обучения были расширены благодаря онлайн-семинарам и супервизорским группам. Модуль ТФП предлагают все большему числу учебных программ психиатрической резидентуры, включая Медицинский колледж Вейл Корнелл, Медицинский центр Лангон Нью-Йоркского Университета и Больницу Маунт-Синай. Помимо этого, ТФП преподают в программах высшего образования по клинической психологии, включая докторские программы Городского университета Нью-Йорка, Университета штата Пенсильвания и Университета Лаваля.

Эта последняя версия нашего подхода, таким образом, является продуктом совместной работы, проделанной в PDI в Нью-Йорке нашими коллегами в Соединенных Штатах и зарубежными коллегами, которые посвятили себя усовершенствованию лечения пациентов с тяжелыми личностными расстройствами. Это сотрудничество не только приносит

удовольствие, но и расширяет применимость принципов ТФП в разных культурных контекстах. За это мы благодарны всем им.

Эта книга предназначена для всех профессионалов в сфере охраны психического здоровья, которые работают с людьми с умеренными и тяжелыми формами личностных расстройств. Наши исследования касались пациентов с диагнозом пограничного расстройства личности (ПРЛ, Американская психиатрическая ассоциация, 1994) согласно DSM-IV. Однако в этой книге мы фокусируемся на более широкой группе пациентов с пограничной организацией личности (ПОЛ). В книге термины *пограничный* и *пограничная патология* относятся к категории ПОЛ, которая включает в себя более узкую категорию ПРЛ. Мы обсуждаем основы пограничной патологии (главы 1 и 2), описываем первоначальную оценку состояния, а также стратегию, тактику и технику ТФП (главы 3–7). В главах 8–10 мы останавливаемся на ранней, средней и поздней фазах долгосрочного лечения с целью изменения симптомов и самой личности. В главе 11 мы рассматриваем различные способы понимания траектории изменения у пограничных пациентов в ТФП.

На ранних этапах нашей работы доктор Джеральд Клерман высказал рекомендацию о том, что терапевтическое руководство должно сочетать принципы формулирования интервенций с клиническими случаями, которые иллюстрируют эти принципы применительно к разным ситуациям. Мы восприняли этот совет и на протяжении всей книги стараемся сочетать тщательный разбор индивидуальных случаев с обсуждением принципов терапии. С учетом разнообразия проявлений тяжелого личностного расстройства каждый пациент и его лечение являются уникальными, поэтому мы комбинируем принципы терапии в том виде, в котором они применимы в индивидуальной ситуации. В отношении любого лечебного руководства существует опасность, что его станут использовать подобно тому, как линией соединяют пронумерованные точки, чтобы получить рисунок. Буквальное применение этого руководства приведет к безжизненному результату. Вместо этого мы стараемся описать подготовку холста, вслед за которой следует раскрытие внутреннего мира пациента в живом и часто довольно интенсивном, протяженном во времени взаимодействии с терапевтом. Здесь мы хотели бы вспомнить пациентов, которых нам довелось лечить, и поблагодарить их за то, чему они нас научили. К сожалению, до сих пор верно то, что пограничное личностное расстройство и люди, страдающие от него, непрестанно подвергаются недопониманию, стигматизации и испытывают недостаток адекватных терапевтических ресурсов. Мы бы хотели поблагодарить Беа и Майкла Тусиани, Пола Тусиани-Энг, док-

тора Уинифреда Крайста и Ресурсный центр пограничных личностных расстройств за их неустанную работу над этими проблемами.

По нашему замыслу, эта книга должна предоставить читателю сведения о стратегиях, тактике и техниках ТФП и о том, как они применяются с течением времени в лечении пациентов с пограничным расстройством личности и пограничной организацией личности. С этой целью она включает как принципы лечения, так и разъяснения этих принципов применительно к отдельным пациентам и их уникальным ситуациям. Любому практикующему специалисту придется воспроизводить этот процесс — приспосабливать принципы ТФП к особенностям каждого пациента. Этот метод отдает должное как долгосрочному динамическому лечению, которое не может эффективно осуществляться по заранее предопределенным шагам, так и индивидуальности пациента.

Мы выражаем особую благодарность двум руководителям психиатрической службы в Медицинском колледже Вейл Корнел, под чьим наставничеством и покровительством нам выпала честь работать. Доктор Роберт Михелс и доктор Джек Баркас ценили наши усилия, воодушевляли нас к упорству и терпели наши ошибки.

Фрэнк Йоманс
Джон Кларкин
Отто Кернберг

ВИДЕОГИД

ВАЖНЫМ ДОПОЛНЕНИЕМ к этой последней версии описания нашего лечебного метода служат включенные в него видеодемонстрации лечения. Индивидуальная природа психотерапии, специфичная для каждой конкретной диады терапевт — пациент, приводит к необходимости обсуждения, как применять сопровождающие эту книгу примеры видео. Они демонстрируют уникальное взаимодействие, которое, как и в случае реального терапевтического сеанса, никогда более в точности не повторится. Тем не менее мы собрали примеры, которые относительно ясно иллюстрируют принципы и технику терапии в действии. Каждый сеанс сопровождается комментарием, который связывает диалог и взаимодействие на сеансе с материалом о стратегиях, тактике и техниках, представленных в главах книги. Поскольку терапевтические сеансы — это пересечение идей и опыта, разделяемого всеми участниками, в этих видео мы стараемся продемонстрировать необходимость для терапевта «думать на ходу» о том, что происходит между ним и пациентом, а также о том, как их взаимодействие соотносится с проблемами пациента и с личным внутренним опытом терапевта.

Видео 1–1, «Описание себя и описание другого», следует смотреть после прочтения главы 4 «Фаза оценки состояния». Это видео предоставляет краткий экскурс в ту часть структурного интервью, где терапевт просит пациента описать себя и описать другого человека. Этот сегмент демонстрирует, насколько сложными могут быть эти, на первый взгляд, простые вопросы, и показывает, какие типы ответов можно получить от человека с выраженной диффузией идентичности. Другие видеосегменты демонстрируют использование тактик и техник ТФП. Видео 1–2 и 1–3 («Техническая нейтральность и Тактичная конфронтация»), как и видео 1–1, взяты из демонстрационной видеозаписи, доступной во всей полноте в «Психоаналитической психотерапии», их можно найти по адресу *http://www.psychotherapy.net/video/psychoanalytic-psychotherapy-otto-kernberg*. Эти сегменты демонстрируют тот момент в терапии, когда терапевт получил, благодаря

процессу прояснения, достаточно информации, чтобы двигаться дальше, к тактичным конфронтациям и ранним интерпретациям. С ними следует ознакомиться после прочтения главы 6 «Техники лечения».

Видео 2–1 и 2–2, «Сеанс перед отпуском» с Бетти и доктором Эм, также следует смотреть после прочтения главы 6. Комментарий в конце этой главы объясняет, как первая часть сессии иллюстрирует взаимосвязь между построением активной диады, следованием рамке терапии и предложением интерпретации. Фрагмент этого сеанса также показывает, как контейнирование и интерпретация аффекта может помочь пациенту двигаться от отыгрывания аффекта к размышлению о нем.

Видео 3–1, 3–2 и 3–3 «Аффективная буря» следует смотреть после прочтения главы 7 «Тактика лечения и клинические трудности». Несмотря на то что, как и в случае с другими видеозаписями, здесь переплетаются разные элементы терапии, этот сеанс иллюстрирует, как терапевт, доктор Хамильтон, справляется с риском обрыва пациентом терапии и с аффективной бурей. Доктор Хамильтон помогает пациентке Кэролин проработать ощущение себя и Другого, которое лежит в основе ее проблем, и помогает осознать другие отщепленные части ее внутреннего мира, коммуникация с которыми происходит по другим каналам.

Следует отметить, что видеозаписи основаны на реальных случаях, но эти случаи были: 1) существенно изменены и 2) отрывками скомбинированы в составные сессии, с тем чтобы обеспечить конфиденциальность пациентов. Все пациенты, которых можно увидеть на видео,— это актеры, и любое сходство с реальными людьми абсолютно случайно. Читателю следует иметь в виду, что, хотя актеры в видео «Сеанс перед отпуском» и «Аффективная буря» одни и те же (Мишель Атена Морген и Фрэнк Йоманс), эти сеансы представляют два разных терапевтических случая.

- **Видеоиллюстрация:** ссылки на видео в тексте указывают на видеоэпизоды по названию и длительности.

Видеозаписи можно посмотреть онлайн, перейдя по адресу *psy-event.org/videobook*, с использованием встроенного плейера. Видео оптимизированы для самых свежих версий операционных систем, включая мобильные системы начиная с iOS 5.1 и Android 4.1.

ДЕМОНСТРАЦИОННЫЕ СЕАНСЫ

Читателю следует помнить, что видео 1–2 и 1–3 («Техническая нейтральность» и «Тактичная конфронтация»), видео 2–1 и 2–2 («Сеанс перед отпуском»)

и видео 3–1, 3–2 и 3–3 («Аффективная буря») представляют сеансы, которые изначально, исходя из соображений техники, не прерывались. Читателю следует рассматривать каждый набор как один непрерывный сеанс.

Глава 4. Фаза оценки состояния: клиническая оценка состояния и выбор лечения

Видео 1–1: Описание себя и описание другого (4:24)

Глава 6. Техники лечения: регулярно используемые интервенции и механизмы изменения

Видео 1–2: Техническая нейтральность и тактичная конфронтация, часть 1 (9:15)

Видео 1–3: Техническая нейтральность и тактичная конфронтация, часть 2 (10:08)

Видео 2–1: Сеанс перед отпуском, часть 1 (9:24)

Видео 2–2: Сеанс перед отпуском, часть 2 (6:12)

Глава 7: Тактика лечения и клинические трудности

Видео 3–1: Аффективная буря, часть 1 (9:28)

Видео 3–2: Аффективная буря, часть 2 (9:26)

Видео 3–3: Аффективная буря, часть 3 (10:10)

Глава 8: Ранняя фаза лечения: тесты фрейма, контейнирование импульсов, выявление диад

Видео 2–1: Сеанс перед отпуском, часть 1 (9:24)

Видео 2–2: Сеанс перед отпуском, часть 2 (6:12)

Видео 3–1: Аффективная буря, часть 1 (9:28)

Видео 3–2: Аффективная буря, часть 2 (9:26)

Видео 3–3: Аффективная буря, часть 3 (10:10)

Глава 9. Средняя фаза лечения: движение к интеграции с эпизодами регрессии

Видео 2–1: Сеанс перед отпуском, часть 1 (9:24)

Видео 2–2: Сеанс перед отпуском, часть 2 (6:12)

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

С РАДОСТЬЮ ПРЕДСТАВЛЯЕМ ВАМ очередной замечательный продукт неистощимой творческой энергии классика психоаналитической мысли и практики Отто Кернберга, на этот раз созданный им в соавторстве с коллегами Франком Йомансом и Джоном Кларкиным. Это фундаментальное клиническое руководство к методу, сформировавшемуся в процессе развития созданной О.Кернбергом экспрессивной психоаналитической психотерапии и получившему название «психотерапии, сфокусированной на переносе» (далее в издании — ТФП). Основываясь на обширном клиническом опыте и экспериментальных исследованиях, авторы предлагают нам версию долгосрочной психотерапии, с одной стороны, базирующуюся на психодинамической модели, с другой — адаптированную для работы с определенной категорией пациентов, о которых принято размышлять и говорить как о пациентах с пограничной структурой, или пограничным расстройством личности.

Понятие «пограничное состояние» бытует и эволюционирует в психиатрической и психоаналитической терминологии уже более ста лет, пройдя путь от довольно размытой точки в континууме между неврозом и психозом до самостоятельной нозологической единицы, со своими более или менее специфическими характеристиками. Сегодня мы отмечаем, что для большинства пациентов с пограничным расстройством личности характерны повышенная эмоциональная лабильность и трудности с регуляцией аффектов, в первую очередь агрессии, а также диффузия идентичности —

что на глубинном уровне по большей части объясняется активным использованием примитивного защитного механизма расщепления, снижающего способность реалистичного и целостного восприятия собственной личности и личности другого человека, с его положительными и отрицательными аспектами. Эти пациенты зачастую проявляют склонность к рискованному сексуальному поведению, алкоголизму, употреблению наркотиков, анорексии или булимии, к демонстративным суицидальным и самоповреждающим действиям. Наконец, не секрет, что именно эти люди составляют значительный, если не подавляющий процент пациентов, появляющихся сегодня на пороге наших кабинетов. Последнее обстоятельство, несомненно, делает данное руководство с пошаговой инструкцией незаменимым подспорьем как для начинающих психоаналитически мыслящих терапевтов, так и для опытных специалистов, а также для коллег из других психотерапевтических школ и подходов. Метод в целом и лечебное руководство в частности отличает практическая клиническая направленность на достижение терапевтического результата и улучшение качества жизни пациента — его социального функционирования и межличностных отношений.

Как уже было сказано, стратегия ТФП базируется на теории объектных отношений и включает следующие основные этапы: диагностика доминирующего объектного отношения, выявление смены ролей внутри диады Я- и объект-репрезентаций и, в конечном счете, преодоление расщепления путем интеграции идеализированных и преследующих аспектов. В руководстве детально описаны задачи, особенности и специфика технических подходов для каждой фазы терапевтического процесса: от оценки, диагностики и заключения контракта до завершения лечения. Классическое для теории объектных отношений представление об основополагающей роли интрапсихических диадных отношений Я — Другой, сформированных в первые месяцы и годы жизни пациента, сочетается с более экспрессивной позицией терапевта и интерактивностью взаимодействия, чем это принято в психоаналитической технике, например кляйнианском анализе, большей заинтересованностью терапевта внешней жизнью пациента, в первую очередь с целью минимизации отыгрываний за пределами сеансов, большему обращению к сознательному материалу пациента с целью укрепления его Эго, роста ответственности и контакта с реальностью. В этом смысле ТФП, более или менее эксплицитно, содержит педагогический компонент, который прежде всего обеспечивается рамкой контракта и ее тщательным соблюдением (например, регламентация алгоритма действий при суицидальных мыслях, включая добровольную госпитализацию, предписание поиска работы или лечения от зависимостей). Регулярное обращение к отношениям переноса в этом контексте призвано в первую

очередь повысить способность пациента к ментализации и рефлексии над аффективными переживаниями. При этом, как и всякая долгосрочная динамическая терапия, ТФП нацелена на базовые изменения патологической структуры личности.

Авторы руководства щедро делятся с нами обширным клиническим материалом, бесценными техническими и тактическими нюансами каждодневной работы, структурированными в комплексную программу лечения.

Наконец, впечатляющее качество авторов книги, и прежде всего Отто Кернберга – способность воспринимать психоаналитическую теорию свободно и творчески, в согласии с духом и требованиями времени, не как ригидную структуру, а как живую ткань, материал для создания новых форм, дополняющих друг друга, а не вступающих друг с другом в неразрешимый конфликт. От лица издателей хочу выразить надежду, что впервые полностью представленный на русском языке материал и подход, с одной стороны, послужит задаче популяризации психоаналитической культуры мысли и практики в нашей стране, с другой благодаря учету культурных и социоэкономических требований и ограничений реальности достигнет фактических нужд пациентов и их близких.

Анна Ковалец
Президент Общества психоаналитической психотерапии (EFPP),
Психоаналитический психотерапевт,
Кандидат философских наук, кандидат филологических наук

ГЛАВА 1

ПРИРОДА НОРМАЛЬНОЙ И АНОРМАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

МОДЕЛЬ ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА и его лечения, описанная в этой книге, берет за основу современную психоаналитическую теорию объектных отношений, дополненную работами Отто Кернберга (Kernberg, 1984, 1992) и современными феноменологическими и нейробиологическими исследованиями (Clarkin & De Panfilis, 2013; Clarkin & Posner, 2005; Depue & Lenzenweger, 2001). Фундаментальные предпосылки психодинамической концептуализации и лечения пациентов с личностными расстройствами состоят в том, что наблюдаемое поведение и субъективные трудности этих пациентов отражают патологические черты, лежащие в основе психических структур, а также способ, с помощью которого эти структуры поддерживают удовлетворительный баланс между внутренними и внешними вызовами, с которыми сталкивается каждый человек. Следуя в русле этой концептуализации, мы вначале проведем обзор наблюдаемого поведения и симптомов у пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ). Затем мы опишем природу личности с точки зрения

теории объектных отношений в терминах основополагающих психических структур, которые, согласно нашим гипотезам, направляют наблюдаемое поведение. Наш подход к диагностической нозологии личностной патологии, проблемам оценки состояния и мишеням для терапевтических интервенций учитывает и наблюдаемое поведение, и структуры, лежащие в его основе.

В этой главе перед нами не стоит задача представить обширный обзор пограничной патологии, поскольку это уже было сделано в другой работе (Clarkin et al., в печати). Наша основная цель — предложить модель пограничной патологии, подходящую для профессиональной оценки состояния и разработки плана лечения. Клиницисту полезно иметь как общую картину пограничной патологии, которую можно наблюдать феноменологически, так и модель психических репрезентаций себя и других, которые эти пациенты интернализовали в процессе своего опыта развития. Вопреки неполноте существующих на сегодняшний день моделей пограничной патологии (Lenzenweger & Clarkin, 2005), практикующему терапевту необходима рабочая модель расстройства, которой можно было бы руководствоваться от раза к разу в своих интервенциях во взаимодействии с пациентом. Поэтому в этой главе мы описываем пограничную патологию вначале с феноменологической, а затем со структурной точки зрения.

ДВА ПОДХОДА К ПОГРАНИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Отто Кернберг и Джон Гундерсон сыграли важнейшую роль в описании пограничной патологии и синдрома, который сегодня называют *пограничным расстройством личности*, впервые получившего определение в DSM-III (Американская психиатрическая ассоциация, 1980). Концепции прешизофренической структуры личности, пограничных состояний, психотического характера и пограничной личности выросли из клинического терапевтического опыта с пациентами с тяжелыми множественными нарушениями (Kernberg, 1975). Найт (Knight, 1954), например, описывал слабость Эго, которая ведет к тяжелой регрессии в переносе и к необходимости в модификации психотерапевтических подходов. На основе его опыта работы с пациентами с тяжелыми личностными расстройствами, которых изучали в рамках Psychotherapy Research Project Фонда Меннингера, Кернберг (Kernberg, 1975) описал таких пациентов как носителей специфической и устойчивой патологической психической структуры, отличной от невротической и психотической структур. Он обозначил эту группу как пациентов с *пограничной организацией личности* (ПОЛ). В процессе классического аналитического лечения эти пациенты были склонны к развитию бредовых

идей и утрате тестирования реальности, будучи ограничены в своей возможности развивать перенос. Используя представления о защитном расщеплении (Fairbairn, 1942; Jacobson, 1954, 1957, 1964; Klein, 1946), Кернберг (Kernberg, 1975, 1984) описал этих пациентов одновременно в терминах дескриптивной патологии и в терминах уровней структурной организации, включая низкую толерантность к тревоге, слабый контроль импульсов, нехватку развитых сублиматорных каналов (слабость Эго) и патологические интернализованные объектные отношения. В то же время другие исследователи (Grinker et al., 1968; Gunderson & Kolb, 1978), характеризуя пациентов с интенсивным аффектом, в особенности гневным и депрессивным, а также для выявления подгрупп этих пациентов использовали исключительно дескриптивный подход. Многие из описательных характеристик этих пациентов были использованы для формулировки диагноза ПРЛ, впервые в рамках системы диагностики (Американская психиатрическая ассоциация, 1980).

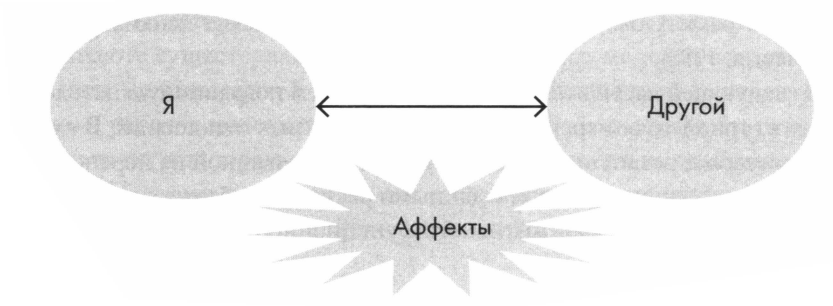
В следующей части этой главы мы описываем пограничную патологию со структурной точки зрения с позиции объектных отношений. В главе 2 «Эмпирическое развитие психотерапии, фокусированной на переносе» мы сочетаем структурный подход с данными растущего объема исследований поведенческого и нейрокогнитивного функционирования пациентов с пограничной патологией.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ: СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

Фундаментальный постулат в психодинамической концептуализации и лечении пациентов с личностными расстройствами — наблюдаемое поведение и субъективные трудности этих пациентов отражают патологические особенности лежащих в основе психических структур. *Психическая структура* — это постоянный стабильный паттерн психических функций, которые организуют поведение, восприятие и субъективный опыт человека. Центральной характеристикой психической структуры пациентов с тяжелыми личностными расстройствами является природа и степень интеграции чувства себя и других. Уровень личностной организации и его связь с тяжестью личностных расстройств (нормальный — невротический — пограничный — психотический) в значительной степени зависит от уровня интеграции.

Теория объектных отношений (Jacobson,1964; Kernberg, 1980; Klein, 1957; Mahler, 1971) подчеркивает, что описанные Зигмундом Фрейдом влечения (либидо и агрессия) всегда переживаются относительно конкретного

Другого — объекта отношения. *Интернализованные объектные отношения* — это кирпичики психических структур, они служат организующим началом мотивации и поведения. Это элементы, в которых сочетается репрезентация себя и репрезентация Другого, связанные аффектом, который соединен с влечением или представляет его (Схема 1–1). Эти элементы — Я, Другой и аффект, их связывающий, — составляют *диады объектных отношений.* Важно отметить, что Я и объект в диаде не являются ни точными внутренними репрезентациями всей полноты Я или Другого, ни точными репрезентациями реальных взаимодействий из прошлого, но, скорее, являются репрезентациями Я и Другого в том виде, в котором они были пережиты в конкретные аффективно заряженные моменты времени в ходе раннего развития, интернализованы и обработаны такими внутренними процессами, как первичные аффекты и фантазии.



Диада объектных отношений

СХЕМА 1–1. Теоретические основы психотерапии, фокусированной на переносе: теория объектных отношений

НОРМАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ И ЕГО ОТКЛОНЕНИЯ

Личностная патология приобретает четкие очертания в сравнении с ясной картиной функционирования нормальной личности. Как на этапе оценки состояния (Глава 4 «Фаза оценки состояния»), так и на этапе лечения терапевт, использующий терапию, фокусированную на переносе (ТФП), постоянно сравнивает функционирование пациента с функционированием человека с нормальным уровнем личностной организации. Цели лечения заключаются в последовательных шагах помощи пациенту в продвижении от анормального функционирования личности к нормальному (Таблица 1–1).

Личность представляет собой интеграцию поведенческих паттернов с их корнями, уходящими в темперамент, когнитивные способности, ха-

рактер и интернализованные системы ценностей (Kernberg & Caligor, 2005). *Темперамент* представляет собой конституционально обусловленную предрасположенность к определенным паттернам реакций на внутренние и средовые стимулы и включает интенсивность, ритм и порог аффективных реакций. Конституционально обусловленные пороговые уровни активации позитивных, приятных, вознаграждающих аффектов, а также негативных и болезненных аффектов составляют наиболее важную связь между биологическими и психологическими аспектами личности (Kernberg, 1994). Для понимания природы ПОЛ важны интенсивность, тип и диапазон аффекта, который демонстрирует ребенок в процессе развития. Не удивительно, что аффект соотносится с ситуацией осуществления заботы (Kochanska, 2001). С проявлением аффекта в лабораторных условиях связаны паттерны привязанности между матерью и ребенком уже в возрасте 14 месяцев — дети, сформировавшие надежную привязанность, становятся менее гневными, в то время как дети с ненадежной привязанностью демонстрируют больше негативного аффекта.

ТАБЛИЦА 1–1. Аспекты уровня организации личности

	Пограничная организация	**Невротическая организация**	**Нормальная организация**
Идентичность	Нестабильное чувство себя и других; недостаточная вовлеченность в работу, отношения, досуг	Стабильное чувство себя и других, но один элемент психической жизни недостаточно интегрирован; вовлеченность в работу, отношения, досуг	Интегрированное чувство себя и других; вовлеченность в работу, отношения, досуг
Защиты	Использование примитивных защит	Использование более продвинутых защит, ригидность	Использование более продвинутых защит; гибкость
Тестирование реальности	Неустойчивая эмпатия к социальным критериям реальности; присутствует смешение и искажение противопоставления себя и другого, внутреннего и внешнего	Точное восприятие разделения между собой и другим, внутренним и внешним; эмпатия к социальным критериям реальности	Точное восприятие разделения между собой и другим, внутренним и внешним; эмпатия к социальным критериям реальности

Когнитивные процессы играют ключевую роль в восприятии реальности и организации поведения в направлении желаемых целей. Когни-

тивные процессы также играют ключевую роль в развитии и модуляции аффективных реакций. Когнитивные репрезентации аффекта влияют на порог активации аффекта. Эти когнитивные процессы важны в трансформации примитивных аффективных состояний в комплексные эмоциональные переживания. Посредством интеграции научения от моделей, которые предоставляют родители или лица, осуществляющие уход, с предрасположенностями темперамента, развиваются когнитивные способности к регуляции внимания и волевому контролю.

Характер — поведенческая манифестация идентичности — это динамическая организация поведенческих паттернов, которые характерны для конкретного человека. Характер включает в себя уровень и степень организации поведенческих паттернов, а также степень гибкости или ригидности поведения в разных средовых ситуациях. Характер отражает результат интеграции множества интернализованных отношений между собой и другими, которые вносят вклад во внутренние модели поведения. Субъективное следствие характера — структура идентичности, иначе говоря — интеграция всех Я-репрезентаций этих диадических элементов в стабильный и сложный образ себя, связанный с комплементарной интеграцией объектных репрезентаций в интегрированные мысленные образы значимых других. Характер и идентичность — взаимно комплементарные явления. Именно идентичность, состоящая из представления или представлений о себе и значимых других, обеспечивает психическую структуру, которая, в свою очередь, предопределяет динамическую организацию характера.

Интернализация значимых объектных отношений порождает еще одну ключевую субъективную структуру — интегрированную систему этических ценностей, которая в психоаналитической теории обозначается термином *Суперэго*. В развитии пограничной патологии нарушения этой структуры имеют значительные клинические, терапевтические и прогностические следствия.

НОРМАЛЬНАЯ ЛИЧНОСТНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

Индивид с нормальной организацией личности, прежде всего, обладает интегрированным и стабильным представлением о себе и значимых других, что находит свое выражение в понятии идентичности. Оно включает в себя как внутреннее стабильное чувство Я, так и поведение, отражающее связность Я. Это связное чувство Я является основой самооценки, наслаждения, способности к получению удовольствия от отношений с другими и от вовлеченности в работу, а также чувство непрерывности времени.

Связное и интегрированное чувство Я поддерживает реализацию собственных способностей, желаний и долгосрочных целей. Подобным образом связное и интегрированное представление о других вносит вклад в реалистичную оценку других, включая эмпатию и социальную тактичность, и, таким образом, в способность успешно взаимодействовать и вступать в отношения с другими. Интегрированное чувство Я и других поддерживает способность к зрелой взаимозависимости с другими, которая, в свою очередь, включает способность эмоционально вкладываться в других, в то же время поддерживая собственную стабильность и автономию. Еще одним следствием связной идентичности является способность к установлению близких и стабильных любовных отношений, способность интегрировать в них эротизм и нежность.

Вторая структурная характеристика нормальной организации личности — это наличие широкого диапазона аффективного опыта. Человек с нормальной личностной организацией способен переживать определенный спектр сложных хорошо модулированных аффектов без потери контроля над импульсами. Эта способность связана как с идентичностью, так и с уровнем функционирования защитных механизмов. Защитные механизмы — те аспекты психического аппарата, которые помогают человеку справляться с тревогой, связанной с конфликтами внутри Я (например, между чувствами любви и ненависти, или между влечениями и внутренними запретами против влечений) либо между внутренними влечениями и запросами внешней реальности. Целостная идентичность, предполагающая хорошо функционирующие психические защиты, позволяет человеку проживать интенсивные аффекты в контексте постоянного и согласованного интернализованного опыта, который помогает одновременно понимать и выдерживать аффект. Для людей с личностными расстройствами основным начальным элементом терапии является установление сеттинга, позволяющего терапевту контейнировать интенсивные аффекты, которые сам пациент с трудом может контейнировать и, значит, символически перерабатывать их с помощью языка.

Третья характеристика нормальной личностной организации — присутствие интегрированной системы интернализованных ценностей. Уходя корнями в родительские ценности и запреты, зрелая система интернализованных ценностей не связана уже ригидно, но стабильна, индивидуализирована и независима от внешних отношений с другими. Эта внутренняя структура ценностей отражается в чувстве личной ответственности, в способности к реалистичной самооценке и самокритике, в гибком принятии решений, основанном на приверженности стандартам, ценностям и идеалам.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ

Интернализованные диады объектных отношений — это «строительные кирпичики» психической структуры. В ходе детского развития на основе интенсивных аффективных переживаний создается множество внутренних диад. Эти диады становятся прототипами индивидуального опыта себя и другого. Наиболее распространенные диады, которые, в числе многих других, обычно интернализуются в ходе развития, показаны на рис. 1–2.

Теория объектных отношений утверждает, что решающим фактором для развития ребенка становится сочетание его темперамента с опытом аффективно насыщенного взаимодействия с людьми, осуществляющими заботу о нем. Ранние взаимодействия между младенцем и родителем — решающий активный элемент в постепенной интернализации младенцем репрезентации внешнего мира. На процессы интернализации этих взаимодействий, включающих как аффективное возбуждение, так и когнитивные элементы и процессы восприятия, влияет темперамент ребенка. Оптимальное взаимодействие между родителем и ребенком обеспечивает атмосферу поддержки и заботы, в которой младенец воспринимает родителя как любящего и точно понимающего его потребности, которые реализуются в регулярном удовлетворяющем взаимообмене (см. Gergely & Watson, 1996). В этом контексте у младенца формируется безопасная привязанность к родителю и начинает появляться связный внутренний нарратив о себе и другом с положительными и радостными ожиданиями безопасности и заботы. Эта безопасная привязанность помогает младенцу справляться с негативными переживаниями — моментами дискомфорта и боли, которые являются неотъемлемой частью пути развития.

В течение относительно спокойных периодов низкой аффективной насыщенности ребенок воспринимает окружающую среду преимущественно посредством когнитивного научения, в зависимости от возраста и нейропсихологического развития. Однако младенец также переживает и периоды высокой аффективной насыщенности. Эти периоды обычно связаны с потребностями или желаниями удовольствия («Мне нужна помощь!», «Я хочу еще!») или со страхами или желанием избавиться от боли («Заберите меня отсюда!»). Аффекты ребенка интенсивны, поскольку их биологическая функция заключается в помощи незрелым млекопитающим выжить в процессе поиска удовольствия и питания и избежать брошенности, а также в подаче сигналов о потребностях родителям. Типичный опыт переживания удовольствия или удовлетворения имеет место, например, когда ребенок испытывает острый голод, мать же присутствует

рядом и реагирует на его запрос, в то время как типичный опыт боли или фрустрации переживается, когда родитель по какой-либо причине не отвечает на потребности, которые испытывает ребенок. В самом начале жизни ребенка интенсивность этих моментов еще не смягчается разнообразным интернализованным контекстом опыта.

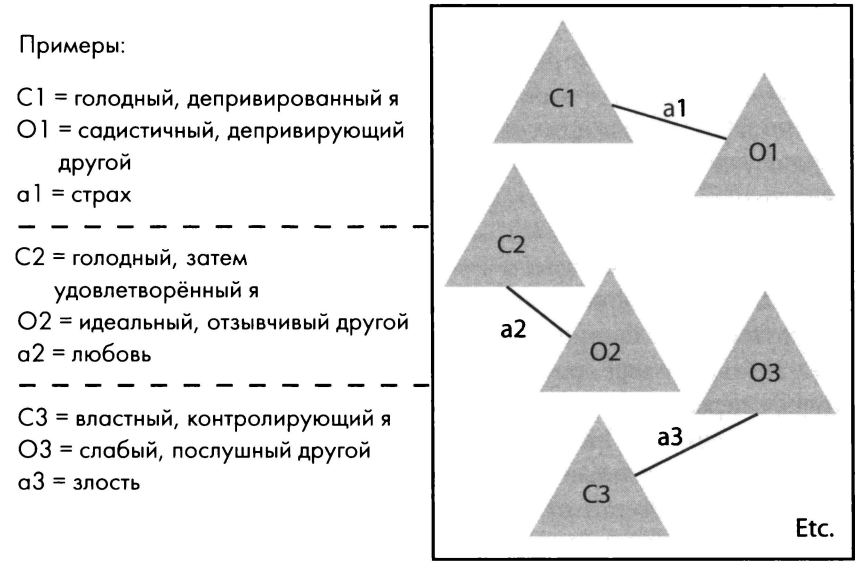


РИСУНОК 1–2. Внутренний мир младенца

Примечание: a = аффект, o = репрезентация объекта, c = саморепрезентация

Эти периоды пиковой аффективной интенсивности включают Я в отношения с другим и участвуют в формировании аффективно заряженных структур памяти в формирующейся психике (см. рис. 1–2). Как указывал Кернберг (Kernberg, 1992), «пиковые аффективные переживания могут фасилитировать интернализацию примитивных объектных отношений, организованных по оси "вознаграждающий, абсолютно хороший — аверсивный, абсолютно плохой". Другими словами, когда младенец пребывает в пиковом аффективном состоянии, переживание себя и объекта обретает интенсивность, которая фасилитирует формирование аффективных структур памяти» (стр. 13). Эти аффективно заряженные структуры памяти влияют на развивающуюся мотивационную систему ребенка, поскольку в пиковых аффективных состояниях ребенок скорее интернализует то, что кажется важным для выживания — получить необходимое и избежать болезненного или угрожающего.

Что касается диад объектных отношений, удовлетворяющие переживания ребенка включают идеальный образ совершенного насыщающего другого и довольного, удовлетворенного себя, в то время как фрустрирующие переживания включают всецело негативный образ депривирующего или даже садистичного другого и нуждающегося, беспомощного, тревожного себя. Хотя эти образы и репрезентируют скорее конкретные моменты во времени, чем целостность и непрерывность объекта, они кодируются в структурах памяти как частичные репрезентации более глобальной реальности. Эта система устроена таким образом, что ребенок, чей родитель был в целом внимательным и питающим, может, тем не менее, интернализовать образы садистичного, депривирующего объекта из-за переживания временной фрустрации или депривации. Подобным образом у ребенка, чей родитель в целом был пренебрегающим или жестоким, могут быть редкие переживания удовлетворения, которые в сочетании со стремлением к удовольствию ведут к интернализации образа любящего, питающего объекта.

Нарушения во взаимодействиях между ребенком и родителем ведут к отклонениям от этого оптимального пути развития, вследствие чего негативные переживания могут начать играть доминирующую роль в становлении сознания. Представление о себе и других развивается с самого раннего возраста и зависит от появления языка и кодирования семантической памяти (объективная информация о мире) и эпизодической памяти (повторное проживание прошлых событий). Под термином «автобиографическая память» понимают форму эпизодической памяти, которая формирует личные долгосрочные представления об истории собственной жизни (Nelson & Fivush, 2004). В развитии Я-репрезентаций существует последовательность, которая берет начало в раннем возрасте с нереалистично позитивных или негативных оценок и способа мышления по типу «все или ничего», и постепенно, к среднему и старшему детскому возрасту, приходит к способности интегрировать противоположные, позитивные и негативные атрибуты.

Нарушения в отношениях между ребенком и родителями и/или травмы оказывают глубокое воздействие на формирование представлений о себе и других (Harter, 1999). В анамнезе некоторых пограничных пациенток присутствует раннее сексуальное насилие, а в числе дополнительных факторов с мощным разрушительным эффектом называют пренебрежительное отношение со стороны родителей, безразличие и трудности с эмпатией (Cicchetti et al., 1990; Westen, 1993). Дети, выросшие в таком болезненном окружении, формируют небезопасную привязанность к своим первичным опекунам (Cicchetti et al., 1990; Westen, 1993), которая мешает развитию способностей к волевому контролю и саморегуляции, а интернализация

представлений о себе и других подвергаются действию интенсивных негативных аффектов и защитных процессов, которые в попытке избежать боли искажают всю информационную систему.

МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ: АФФЕКТЫ И ВНУТРЕННИЕ ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Аффекты — это врожденные процессы, которые проявляют себя на ранних стадиях развития человека. По мере того как аффекты, связанные с конкретными диадами отношений, группируются в более объемные позитивные и негативные сегменты, конституционально и генетически детерминированные переживания позитивных и негативных аффектов постепенно организуются в более широкие влечения, задействующие мотивацию. Вознаграждающие, приятные аффекты организуются в либидо, в то время как болезненные, аверсивные, негативные аффекты организуются в агрессию. Именно аффективно обусловленное развитие набора внутренних объектных отношений, основанных на взаимодействиях, прожитых и затем обработанных бессознательными процессами фантазирования, оказывается запечатленным в памяти и становится внутренним миром объектных отношений человека — то есть, образами себя и объектными репрезентациями с их аффективным зарядом. Далее, аффекты являются «строительными кирпичиками» влечений, они сигнализируют об активации влечений в контексте конкретных интернализованных объектных отношений.

В ходе развития ребенка множество аффективно заряженных переживаний интернализуется таким образом, что, с одной стороны, выстраивается сегмент психики, состоящий из идеализированных образов, основанных на удовлетворяющих переживаниях, с другой — состоящий из негативных, аверсивных, враждебных образов. На ранних этапах развития в психике происходит активное разделение этих сегментов (Рис. 1–3).

У нормально развивающегося ребенка в течение первых нескольких лет жизни происходит постепенная интеграция этих крайних хороших и плохих репрезентаций себя и других, что приводит к формированию внутренних, более сложных и реалистичных репрезентаций себя и объектов[1], отражающих реальность: каждый человек — это комбинация хороших и плохих качеств, и он иногда способен быть удовлетворяющим, а иногда — фрустрирующим (Рис. 1–4).

---

[1] Термин «Другой» относится к людям в жизни данного человека. Термин «объектная репрезентация» относится к репрезентации в психике объекта аффектов и влечений. Объектная репрезентация происходит из опыта с другими, но в точности не соответствует им в объективной реальности. — *Примеч. авторов.*

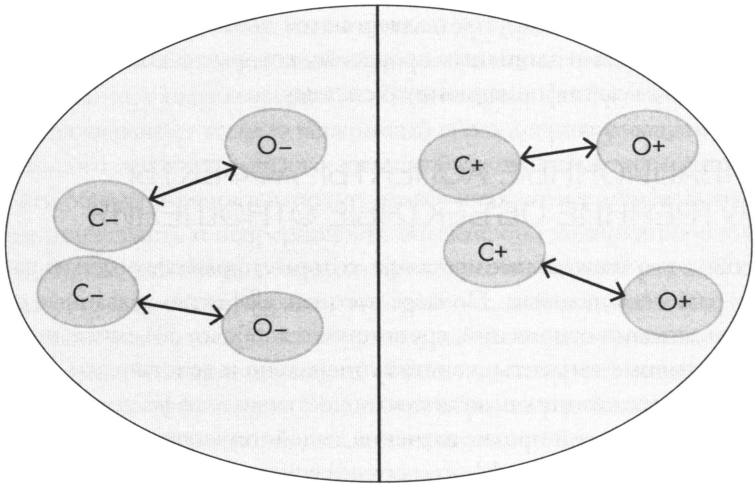


РИСУНОК 1–3. Расщепленная организация: сознание «идеально хороших» и «идеально плохих» внутренних репрезентаций

О = объектная репрезентация, С = Я-репрезентация

У пациентов, идущих к тому, чтобы развить пограничную патологию, этот процесс интеграции не происходит, и устойчивое разделение между идеализированными и преследующими сегментами пиковых аффективных переживаний (см. рис. 1–3) продолжает оставаться в качестве стабильной патологической интрапсихической структуры. Диады, подобные тем, что изображены на рис. 1–3, играют решающую роль в этой расщепленной внутренней структуре: «голодное, депривированное Я» может переживаться как «жертва» по отношению к «садистичному, депривирующему другому», а «голодное, затем удовлетворенное Я» может переживаться как «абсолютно любимый объект» «идеального, отзывчивого Другого». Это разделение «защищает» идеализированные репрезентации, наполненные теплыми любящими чувствами по отношению к объекту, который воспринимается как удовлетворяющий, от негативных репрезентаций, связанных с аффектами тревоги, гнева и ненависти. Один из аспектов теории объектных отношений, который отличает ее от когнитивного подхода, заключается в идее, что эти репрезентации являются не просто когнитивными образами, но также связаны с интенсивными примитивными аффектами, включая ненависть к депривирующему объекту. Поскольку ненависть определяется желанием разрушить, разделение между хорошим и плохим сегментами в этой примитивной психической организации необходимо для защиты «идеальных» репрезентаций себя и объекта от опасности разрушения ненавистью, связанной с «плохими» репрезентациями.

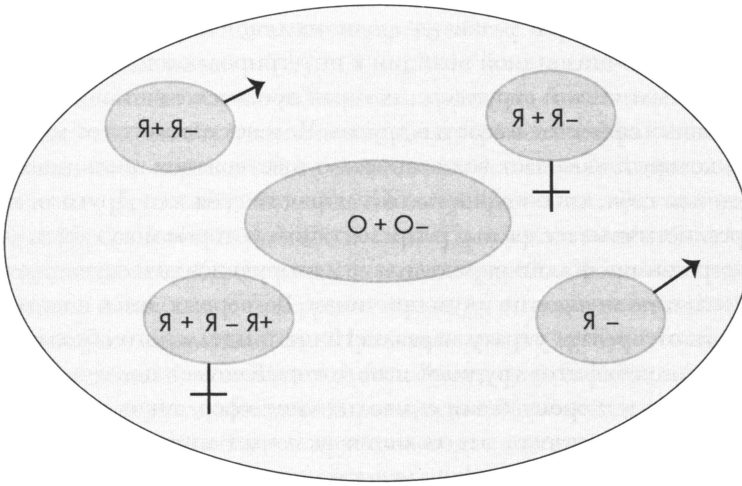


РИСУНОК 1–4. Нормальная организация: интеграция с осознанием сложности

О = объектная репрезентация; Я = Я-репрезентация

Это разделение и есть внутренний механизм расщепления, которое представляет собой пример примитивного защитного механизма и является центральным при пограничной патологии. Несмотря на то что такое радикальное расщепление аффектов на крайние противоположные лагеря не помогает человеку успешно адаптироваться к многообразию внешней реальности, оно, тем не менее, несколько облегчает тревогу, будучи первой попыткой организации спутанных аффектов, которые переживает человек по отношению к миру. Поэтому отказ от этой защитной системы, по мере того как процесс изменений начнет ставить ее под сомнение, может оказаться тяжелым.

Мелани Кляйн (1946) описала этот расщепленный внутренний мир в терминах *параноидно-шизоидной позиции*, которая характеризуется идеально хорошими и идеально плохими внутренними репрезентациями. Шизоидное качество этой позиции происходит из ее расщепленной природы. Параноидное качество происходит от склонности проецировать «плохие» преследующие объекты на внешние объекты и, таким образом, жить в страхе агрессии извне. Эта психическая структура, поэтому является препятствием к близости, поскольку сближение с кем-либо означает приближение к вероятному источнику агрессии.

В ходе нормального развития люди эволюционируют от расщепленной параноидно-шизоидной позиции к интегрированной и более нюансированной психической структуре, которая признает сочетание любовных и агрессивных аффектов в себе и в других. Человек движется от мира крайностей, который включает возможность существования лишь идеального Другого или себя, либо полностью негативного себя или Другого, к миру более реалистичных и сложных репрезентаций, которые могут быть «достаточно хорошими». Кляйн определила эту вторую психическую структуру как *депрессивную позицию* по двум причинам. Во-первых, имея в виду необходимость отгоревать утрату нереалистичного идеального образа дающего объекта и себя. Это трудный шаг, который может повлечь смещение поиска идеала в сторону более символических сфер, таких как искусство и духовность. Во-вторых, эта позиция включает принятие собственной агрессии, которая ранее переживалась как существующая только в других. Это влечет за собой опыт переживания вины и сожаления, сопровождающих осознание агрессии, вместо ее неосознанного отыгрывания по отношению к другим, которые также воспринимались через призму внутреннего плохого объекта. Цель ТФП состоит в том, чтобы помочь пациенту продвинуться от параноидно-шизоидной к депрессивной позиции с последующей работой над разрешением проблем депрессивной позиции и достижением гармоничного психологического баланса.

Если маленький ребенок не может избежать плохого и получить хорошее, он отправляет родителю сигнал о помощи. Родитель, обладающий способностью считывать такие сигналы, знает, как реагировать — и с точки зрения поведения, и с точки зрения выражения аффекта (Fonagy, 2007). Однако если система взаимодействия между ребенком и родителем искажена нарушенной привязанностью, что характеризуется несовпадением сигналов и реакций, ребенок страдает от переполняющего негативного аффекта. В результате этого процесса нормальная интеграция аффективно противоположных переживаний не происходит: ребенок не интернализует факт, что фрустрация может быть переносима, если есть убежденность, что система в целом надежна и ее присутствие постоянно. По мере накопления этих негативных переживаний развивается целая диссоциированная мотивационная система, которая функционирует независимо от позитивно подкрепляющей системы. Она порождает набор психических механизмов для того, чтобы справиться с интенсивными негативными аффектами. Проективные защитные механизмы направлены на то, чтобы избавиться от негативного аффекта и воспринять его как приходящий извне. Другие примитивные защитные механизмы идеализируют некоторые отношения как защиту от опасности активации негативных аффектов. Нереалистич-

ные идеализированные искажения чередуются с нереалистичными параноидными искажениями.

Это чередование искажений оказывает влияние на системы отношений, вследствие чего человек, переживающий внутренний конфликт, может почувствовать себя хорошо («Я в безопасности»), а затем внезапно ощутить агрессию как угрожающую извне. По мере развития преувеличенного, гипертрофированного негативного сегмента аффективного опыта, человек становится сверхбдительным по отношению к любым потенциально негативным стимулам и гиперреактивным по отношению к негативным и угрожающим переживаниям. Путь выживания требует отстраниться или контратаковать, что ведет к сложностям в идентификации с другими и дефициту интернализованной морали, основанной на идентификации со стабильной системой общих с другими людьми ценностей. Этот процесс оказывает затормаживающее действие на формирующуюся социальную психическую систему.

Со временем в ходе нормального развития устанавливаются паттерны поведения, в которых активно работающая мотивационная система отщепления и проецирования негативных аффектов модулируется и интегрируется в адаптационные механизмы человека и его основные устремления, улучшая адаптацию к сложности реального мира. Но у пограничных индивидов расщепление между крайне негативными и идеализированными сегментами психики остается нетронутым, препятствуя развитию интегрированного чувства того, кто они есть, и сохраняя серьезные искажения в отношениях с окружающими. Эти люди не могут обрести интегрированное чувство Я, которое позволило бы им точно оценить психическое состояние у себя самих и у других с позиции общего сбалансированного видения себя и человеческих взаимоотношений. Эти представления в последние годы были рассмотрены и исследованы в теории ментализации (Bateman, Fonagy, 2004).

Наконец, необходимой, с точки зрения организации и направления паттернов поведения, является система интернализованных ценностей. Этот моральный компас возникает в первой фазе морального развития как производное интернализованных культурных запретов и требований родителей и, далее, соотносится с реалистичными ценностями по мере созревания системы. С точки зрения психоаналитической теории объектных отношений развитие согласованной системы моральных ценностей соотносится с успешной интеграцией внутренних репрезентаций Я и других. Моральное развитие продвигается от строгих интернализованных наказующих голосов к идентификации с гармоничной системой стабильных ценностей (Jacobson, 1964). В серии исследований Коханска с коллегами

отслеживали развитие волевого контроля вместе с проявлениями сознания. В течение раннего детства волевой контроль в качестве стабильного личностного атрибута возникает к возрасту 45 месяцев. У детей с более высоким уровнем волевого контроля более развито сознание и меньше проблем с экстернализацией (Kochanska & Knaack, 2003).

Таким образом, здоровая и адаптивная ауторефлексия зависит от набора механизмов: интернализации диадических отношений, интеграции представления о себе и представления о значимых других. Последнее также позволяет человеку сформировать всестороннее представление о другом и судить о конкретном поведении Другого в контексте общего паттерна поведения этого человека. Интерпретация представления о себе позволяет человеку дифференцировать и вычленять мимолетные аффективные состояния в контексте более сложных аффективных предрасположенностей. Если оценка другого во всей его полноте оказывается искажена проекцией ограниченных внутренних образов, человек не может реалистично рефлексировать о Другом — не может разглядеть за репрезентацией внутреннего объекта, какая реакция запускается в данном непосредственном взаимодействии. Это ведет к выводу, что другого человека полностью характеризует его поведение в конкретный момент — вместо того чтобы формировать суждения о личности, не ограничиваясь рамками сиюминутных эмоциональных состояний и действий.

Возникает картина пути развития, который характеризуется слиянием волевого контроля с другими навыкам саморегуляции, проявляющимися с контексте питающих и безопасных, регулярных и предсказуемых отношений между ребенком и родителем. Взаимодействие между ребенком и доброжелательным, эмпатичным и внимательным родителем ведет к развитию саморегуляции, преобладанию позитивного аффекта над негативным, развитию сознания и все более ровному общению со сверстниками. Этот путь нормального развития может быть нарушен генетической конституцией, связанной с аномально интенсивным уровнем активации аффекта (темпераментом), и/или окружением, включающим источник физического или эмоционального пренебрежения либо физического или сексуального насилиея. Вследствие чего мы имеем дело с ребенком, демонстрирующим главным образом негативный аффект, низкий уровень саморегуляции, нарушения в представлениях о себе и других и нарушения в отношениях со сверстниками. Хотя пока не существует исследований развития пограничных пациентов, эта картина похожа на проявления ПОЛ у взрослых с их диффузией идентичности, преобладанием негативного аффекта, низкой саморегуляцией и осложненными отношениями с окружающими.

МОДЕЛЬ НОЗОЛОГИИ НА ОСНОВЕ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

В соответствии с нашей базовой предпосылкой о том, что понять личность и ее патологию возможно лишь исследуя наблюдаемое поведение в его соотношении с субъективным опытом и лежащими в основе психическими структурами, мы сконструировали психоаналитическую модель нозологии. Рис. 1–5 иллюстрирует теоретическую классификацию личностных расстройств, которая включает категориальные (т. е. расстройства по DSM-5 [Американская психиатрическая ассоциация, 2013] и другие личностные расстройства) и количественные конструкты (т. е. относительная тяжесть патологии, относительная степень наполненности психической жизни агрессией, а также интроверсия или экстроверсия), чтобы облегчить понимание всей сферы личностных расстройств.

На поведенческом уровне личностная патология проявляется в торможении нормальных форм поведения и/или преувеличении конкретных видов поведения (например, сексуальное торможение или сексуальный промискуитет), а также в колебаниях между противоположными видами поведения. На структурном уровне личность может быть организована либо на основе связного и интегрированного чувства Я и других, либо без этого связного чувства идентичности (диффузия идентичности). Рассматривая концепцию идентичности вместе со связанными с ней концепциями защитных механизмов, тестирования реальности, объектных отношений, агрессии и моральных ценностей, можно концептуализировать уровни или степени патологии личностной организации, которые по мере продвижения от нормальной к невротической и далее к пограничной и психотической личностной организации разнятся от здоровой до все более дисфункциональной организации (см. таблицу 1–1).

НЕВРОТИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

По сравнению с пациентами с ПОЛ, пациенты с невротической организацией личности (НОЛ) имеют интегрированную идентичность (т. е. интегрированное чувство Я и других). Эти пациенты обычно используют зрелые защитные механизмы, которые организованы преимущественно вокруг вытеснения, а не расщепления. Иначе говоря, они успешнее удерживают контроль над тревожащими мыслями и аффектами. Эти защитные процессы не ведут к резким изменениям в аффективных состояниях или поведенческих проявлениях, резко искажающих жизненный

опыт и межличностные взаимодействия пациента. Невротические защиты, в отличие от расщепления, включают интегрированные эго-синтонные репрезентации себя и объектов, объединенные в сложное целое, которое определяет устойчивое преставление о себе и реалистичный диапазон репрезентаций других. Все это обеспечивает стабильность, которой так не хватает при ПОЛ. Типичный пример — реактивное образование. Так, невротик с конфликтом вокруг агрессии, скорее всего, будет функционировать в соответствии с преобладающим чувством себя как человека вежливого, но услужливого по отношению к могущественному авторитету, в то же самое время неуклонно вытесняя из сознания изолированную диаду, не интегрированную со связным во всем остальном чувством Я. Эта диада включает бунтующее Я, агрессивно бросающее вызов садистичной фигуре власти. У невротичного человека эта диада неуклонно вытесняется и не имеет доступа к сознанию, за исключением случаев регрессии, таких как, например, внезапные гневные срывы, сновидения или невротические симптомы, наподобие тревоги, когда потребность в бунте приближается к осознанию. В большинстве случаев такой человек будет демонстрировать устойчивый уровень функционирования, хоть и испытывая ограничения в вопросах конкуренции. Расстройства личности невротического уровня, включая истерическое личностное расстройство, обсессивно-компульсивное личностное расстройство и депрессивно-мазохистическое личностное расстройство (диагнозы, которых нет в DSM-5), представляют собой наименее тяжелые личностные расстройства (см. рис. 1–5).

ПОГРАНИЧНАЯ ЛИЧНОСТНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

Пациенты с ПОЛ переживают примитивные интенсивные эмоции, которые не связаны внутренне друг с другом. Следовательно, какую бы эмоцию не испытывал в данный момент человек, она переполняет его субъективный опыт, всецело замещая чувство реальности, и нарушает его способность когнитивно точно оценивать ситуацию. Даже осознавая когницию, связанную в сознании с интенсивным аффектом, пациент не может эффективно оценить внешнюю ситуацию. Это не просто дисрегуляция аффекта, это дисрегуляция когнитивной и аффективной сфер.

Пограничный уровень личностной организации включает как личностные расстройства, описанные в DSM-5, так и другие, не упомянутые там (гипоманиакальное личностное расстройство, садомазохистическое личностное расстройство, ипохондрическое личностное расстройство и синдром злокачественного нарциссизма) (Kernberg & Caligor, 2005).

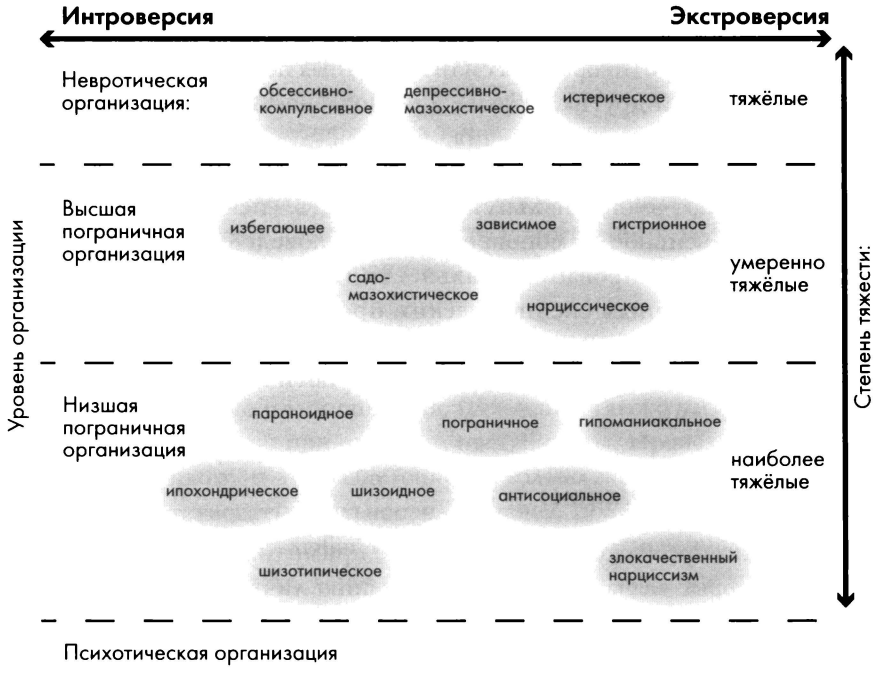


РИСУНОК 1–5. Структурированные диагнозы: классификация личностных расстройств, включающая категориальные и пространственные конструкты

Составные элементы пограничной личностной организации

Пациенты с ПОЛ характеризуются фрагментарной природой идентичности, использованием примитивных защит, в целом интактным, но хрупким тестированием реальности, нарушенной регуляцией аффекта, а также экспрессивностью в сфере сексуальности и агрессии, нестабильной системой интернализованных ценностей и низким качеством отношений с другими (см. таблицу 1–1).

Патологическая структура ПОЛ состоит из низкой интеграции примитивных позитивных (идеализированных) и негативных (персекуторных) сегментов ранних объектных отношений, которые были зафиксированы в памяти в процессе ранних интенсивных аффективных переживаний. Эта нехватка внутренней интеграции — интеграции связного чувства Я и связных репрезентаций значимых других — составляет синдром диффузии идентичности, что противоположно нормальной идентичности и чувству Я. Клинически недостаток интеграции этих

внутренних репрезентаций себя и других становится очевидным в нерефлексивных, противоречивых или хаотичных переживаниях пациента касательно себя и других, а также в неспособности интегрировать или даже осознавать эти противоречия.

Поведенческие коррелаты такой пограничной психической структуры включают эмоциональную лабильность, гнев, межличностный хаос, импульсивное самоповреждающее поведение и склонность к пробелам в тестировании реальности (т. е. симптомы, описанные в DSM-5). Типичным специфическим проявлением этой диффузной и фрагментированной идентичности является мгновенный сдвиг из состояния спокойствия в отношениях к ярости из-за малейшего признака невнимания.

Примитивные защиты

В поведении преобладает использование примитивных защитных процессов, которые мешают функционированию личности и, в контексте терапии, искажают взаимодействие пациент — терапевт, становясь при этом материалом для проработки. Цель защитных механизмов в целом состоит в разрешении конфликтов между конкурирующими давлениями со стороны аффективных состояний и влечений, интернализованных запретов на влечения и внешней реальностью. Успешно функционирующие зрелые защиты минимизируют тревогу, которая произрастает из этих конфликтов, и максимизируют способность человека действовать гибко и преуспевать в любви и работе. В ходе нормального психологического развития люди продвигаются от примитивных защит, таких как расщепление, свойственных младенческому и детскому возрасту в качестве первых попыток как-то упорядочить конфликтующие внутренние силы, к зрелым защитам, таким как рационализация, интеллектуализация, юмор и сублимация, которые преобладают в психологической жизни здорового человека.

Примитивные защиты — это первый способ справиться с тревогой, однако их ригидность мешает успешной адаптации к жизни. Они проявляются в первые годы жизни, когда ребенок в своем развитии пытается справляться с интенсивными аффектами и связанными с ними драйвами — относительно друг друга и относительно внешней реальности. Первое усилие, направленное на защиту оттревоги из-за сталкивающихся либидинальных и агрессивных аффектов, резко разделяет как сами аффекты, так и их объекты. Примитивные защиты организованы вокруг *расщепления*, радикального разделения хороших и плохих аффектов,

хороших и плохих объектов. Эти защитные механизмы пытаются уберечь идеализированный сегмент психики человека, внутреннего мира, от агрессивного сегмента (см. рис. 1–3). Такое разделение обеспечивает определенное ощущение порядка (в т. ч. отделение добра от зла, а также себя от другого), но поддерживается за счет отсутствия интеграции образов в психике. Поскольку эти защиты могут тормозить успешную когнитивную обработку внешнего мира или внутренних аффектов, часто они ведут к поведенческим проявлениям дистресса, а не к внутреннему овладению им.

Эта расщепленная внутренняя организация психики накладывается на восприятие внешнего мира, который начинает переживаться через излишне категоричные представления. Суждения такого индивида отличаются твердостью, но при этом они нестабильны. Происходящее либо хорошо, либо плохо, и это разделение настолько экстремально, что едва может соответствовать реальности. Хорошее должно быть настолько идеально хорошим, что любой изъян или недочет мгновенно отправляет его в категорию плохого. Следовательно, хорошее и плохое могут легко меняться местами в соответствии с сиюминутными обстоятельствами. Эти внезапные изменения вносят вклад в хаотическую природу опыта пограничной личности. Если такая пациентка чувствует, что друг разочаровал ее, он может быть легко занесен в черный список. Позже, когда желание найти полностью хороший объект снова вернется на сцену, положительный опыт может вернуть все обратно. Отклики в стиле «хороший — плохой» касательно окружающего мира влияют на настроение человека: единственная фрустрация может заставить видеть все в мрачных тонах и повлечь за собой депрессивное настроение. Радостный сюрприз может временно окрасить весь мир в цвета эйфории. Такие ригидные категории плохого и хорошего не могут дать достаточно гибкости для того, чтобы справляться со всей сложностью мира, и в особенности межличностных взаимодействий. Человек не способен воспринять тонкие оттенки ситуации и не способен терпеть неопределенность. Он предрасположен к искажениям восприятия, поскольку внешняя реальность фильтруется через ригидные и примитивные внутренние структуры репрезентаций Я и объектов. Расщепление не дает возможности успешно адаптироваться к жизни, и это может объяснить многое в эмоциональном и межличностном хаосе и симптомах пациентов с ПОЛ.

У пограничной личности с преобладанием расщепления каждая отщепленная часть имеет доступ к сознанию и к выражению себя, пусть и в несоразмерной, обрывочной или диссоциированной форме. Такой человек хаотически переживает противоречивые мысли, аффекты и формы поведения.

Когда отщепленный материал входит в сознание, он входит в него со всем сопутствующим аффектом, что ведет к переживанию интенсивного эмоционального хаоса.

Расщепление, или примитивная диссоциация, может проявляться в виде проективной идентификации — бессознательной склонности вызывать в другом человеке аффективные состояния, которые трудно вынести. Другой становится вместилищем диссоциированного аффекта, который собственное Я не в состоянии вытерпеть. Это понятие крайне важно во взаимодействии терапевта и пациента, поскольку осознание терапевтом того, что его «заставляют почувствовать» во взаимодействии, предоставляет ценную информацию о том, что именно пациенту трудно в себе интегрировать. Проективная идентификация тесно связана с защитой всемогущего контроля (Kernberg, 1995). Пациент, который поместил нежелательные части себя в Другого, чувствует потребность его контролировать, поскольку проекция такой части себя делает Другого опасным и угрожающим (т. е. источником гнева, агрессии, пренебрежения). Другие доминирующие примитивные механизмы — примитивная идеализация, обесценивание и отрицание. Они дополняют или подкрепляют собой расщепление, проективную идентификацию и всемогущий контроль. Примитивное отрицание включает сознательное, когнитивное осознание аффективного состояния или поведения, которое человек проживает в какой-либо другой момент времени, но без какой-либо способности к эмоциональной связи с этим переживанием в настоящем.

Тестирование реальности

У людей с пограничной или невротической личностной организацией тестирование реальности — иначе говоря, способность идентифицироваться с обычными социальными критериями реальности — может оставаться интактным. Однако у пограничного пациента тестирование реальности подвержено флуктуациям, которых не бывает у невротических пациентов. Пограничным личностям обычно недостает тонкого чувства такта в социальных взаимодействиях, в особенности в состоянии стресса, и они могут регрессировать к параноидному мышлению, при котором отсутствует ясность относительно того, кто источник «висящего в воздухе» аффекта — сам пациент или человек, с которым он взаимодействует. Может иметь место непонимание, какие элементы взаимодействия происходят от самого себя, а какие — от объекта. В сравнении с этим невротическая личность демонстрирует более развитое чувство такта, эмпатии, благоразумия и саморефлексии.

Объектные отношения

В условиях нормального развития интроецированные диады объектных отношений становятся внутренне связанными и развиваются в более сложные организующие структуры, представляющие собой зрелый аппарат психики: Ид, Эго и Суперэго (Kernberg, 1980). В основе невротических симптомов лежат относительно стабильные конфликты между этими психическими структурами. Пограничные личности остаются на уровне более фрагментированных и не обязательно точных внутренних репрезентаций себя и других, которые соответствуют психическому ландшафту более изолированных импульсов и запретов, а не их организованной системы. Из этого следует, во-первых, картина мира, в которой любящие, питающие объекты и наказующие, депривирующие объекты чередуются без возможности реалистичных срединных вариантов, и, во-вторых, слабо развитое чувство Я — со сдвигами от переживания (более или менее сознательного) себя как нуждающегося и беспомощного к переживанию себя как всемогущего. Нарушенные объектные отношения проявляются в нехватке способности к эмпатии по отношению к другим и в нехватке зрелой оценки других. Поскольку другие воспринимаются то как идеализированные, то как преследующие и/или обесцененные, пограничная личность испытывает трудности с установлением и поддержанием глубоких отношений и, в особенности, близких отношений. В соответствии с этим сексуальная патология принимает форму торможения сексуальных переживаний либо хаотичной сексуальности.

В клинической практике часто встречается особый вариант ПОЛ — нарциссическое расстройство личности (НРЛ). У людей с НРЛ наблюдается диффузия идентичности, характерная для всех личностных расстройств, организованных на пограничном уровне. Однако их защитная структура отличается тем, что в попытке избежать дистресса и чувства пустоты, связанного с диффузией идентичности, эти люди отступают в воображаемое грандиозное Я, которое, хоть и может выглядеть интегрированным, на самом деле хрупко и уязвимо в силу того, что не соответствует объективной реальности. Пациенты с НРЛ представляют все возрастающий вызов в клинической практике. Хотя методы ТФП, описанные в этой книге, применимы для терапии пациентов с НРЛ, практические ограничения удерживают нас от включения развернутого обсуждения нарциссической патологии и модификаций ТФП для работы со специфическими сложностями НРЛ. Более полное обсуждение этих тем доступно в других работах (Diamond et al., 2011; Stern et al., 2013; D.Diamond, F.E.Yeomans, B.L.Stern, «Клиническое руководство по лечению нарциссической патологии: терапия, фо-

кусированная на переносе» [*A clinical guide for treating narcissistic pathology: a transference focused psychotherapy*], готовится к публикации).

Моральные ценности

Зрелое Суперэго формируется в ходе развития за счет последовательного наслоения систем ценностей, относящихся к интернализованным Я и объект-репрезентациям (Jacobson, 1964; Kernberg, 1984). Первый по ходу развития слой отражает требовательную и примитивную мораль, опыт которой ребенок получает, когда его родители устанавливают требования, запрещающие выражение агрессивных, сексуальных и зависимых импульсов. Второй уровень составляют идеальные репрезентации Я и объектов как отражение ранних детских идеалов. Третий уровень Суперэго развивается, когда самый первый персекуторный уровень и более поздний идеализированный уровень функций Суперэго интегрируются, теряют в яркости и становятся более реалистичными, облегчая интернализацию более реалистичных родительских и культурных требований и запретов. Этот третий уровень интегрированного Суперэго, работая как система интернализованных ценностей, позволяет человеку быть менее зависимым от внешнего одобрения и контроля поведения, а также способным к более глубокой приверженности своим ценностям и отношениям с другими. Этот уровень претерпевает влияние процессов абстрагирования, обобщения и индивидуализации, которые обычно завершаются к раннему подростковому возрасту.

Выраженность патологии Суперэго, которая в своем крайнем проявлении включает антисоциальные черты, в особенности важна с точки зрения негативного прогноза при любых психотерапевтических подходах в лечении личностных расстройств. Этот ключевой прогностический индикатор по важности равен только наличию (или отсутствию) тесных отношений, пусть даже хаотических или болезненных, со значимыми другими. Чем тяжелее выраженность антисоциальных черт и чем более изолирован пациент в течение длительного периода времени, тем хуже прогноз. Соответственно, тяжелые личностные расстройства с сохранным межличностным поведением и отсутствием антисоциальных черт, как правило, представляют положительный прогноз для психотерапии.

Агрессия

Ранее мы обсудили ключевую роль конституционально обусловленных аффектов, которые представляют собой самые ранние и мощные

мотивирующие факторы человеческого поведения (см. раздел «Пограничная патология: структурная организация»). На ранних стадиях развития, посредством взаимодействия со средой и, в особенности, с лицами, осуществляющими уход, аффекты, связанные с получением удовольствия, организуются в форме либидо, а болезненные, негативные аффекты организуются в форме агрессии. Сексуальное возбуждение представляет собой стержневой аффект либидо, который развивается из ранних переживаний радости и чувственных удовольствий, связанных с поверхностью тела. Эротическая система постепенно начинает играть центральную роль в интеграции позитивных аффективных систем, т. е. либидо. Агрессия связана с истоками более дифференцированных аффектов раздражения, гнева, ярости, зависти и ненависти.

Аффекты являются первичными психологическими мотивирующими факторами — в том смысле, что человек тянется к желательному и старается избежать того, что нежелательно, болезненно или вредно. Может иметь место усложненный вариант аномального развития при в целом нормальной интеграции позитивных и негативных аффективных систем, а именно постановка сексуального удовольствия на службу агрессии посредством чрезмерного садизма или удовольствия от самоповреждения. В этих обстоятельствах переживание агрессии становится источником удовольствия. Независимо от причины негативного аффекта, будь то конституциональный негативный аффект и/или обусловленные средой переживания травмы, нарушенные отношения с родителями или переполняющая боль, его интернализованные репрезентации и соответствующие искажения оказывают важное влияние на то, что человек чувствует и как воспринимает происходящее.

Люди с ПОЛ низшего уровня (ближе к нижней части на рис. 1–5) больше страдают от открытой агрессии, которая захватывает их объектные отношения и, таким образом, имеют более серьезные пробелы в развитии Суперэго, чем пациенты с ПОЛ высшего уровня. В терминах диагностики DSM у пациентов с ПОЛ низшего уровня вероятнее всего разовьется ПРЛ с сопутствующим нарциссическим, параноидным или антисоциальным личностным расстройством или соответствующими чертами. Пациентов с ПОЛ низшего уровня сложнее лечить, чем пациентов с ПОЛ высшего уровня, и порой они оказываются на границе излечимости (Koenigsberg et al., 2000a; Stone, 2006). Пациенты из менее тяжелой группы (верхняя часть на рис. 1–5) демонстрируют большую долю либидинального аффекта (хотя и фрустрированного) по отношению к агрессивному аффекту, большую

способность к зависимым отношениям со значимыми другими, большую способность вкладываться в работу и социальные отношения и меньшее число неспецифических проявлений слабости Эго.

Нозология объектных отношений и DSM-5

Система DSM имеет тенденцию привязывать диагностические критерии к наблюдаемому поведению. Ограничение этого подхода состоит в том, что один и тот же вид поведения может выполнять совершенно разные функции и иметь разный смысл (Horowitz, 2004) в зависимости от лежащей в его основе личностной организации (Kernberg, Caligor, 2005). Например, поведение, которое характеризуется неуверенностью или заторможенностью в социальной сфере, может соответствовать диагнозу шизоидного или избегающего расстройства личности, и, одновременно, те же внешние поведенческие признаки могут отражать осторожность параноидного человека или сдержанность нарциссически грандиозного человека относительно выражения его глубинных стремлений.

В свете описанной ранее в этой главе истории концепций ПРЛ и ПОЛ, которые предшествовали DSM-III (см. раздел «Два подхода к пограничной патологии»), интересно рассмотреть два взгляда на личностные расстройства, представленные в DSM-5. После яростных дебатов и споров категории личностных расстройств из DSM-IV (Американская психиатрическая ассоциация, 1994) были перенесены в DSM-5, но материалы Рабочей группы по личностным расстройствам теперь представлены в DSM-5 в разделе III, «Развивающиеся подходы и модели» как «Альтернативная модель расстройств личности DSM-5». Суть расстройства личности в альтернативной модели определена как нарушение межличностного функционирования и функционирования Я. *Функционирование Я* описывается через категории идентичности и направленности Я, а *межличностное функционирование* определяется через критерии эмпатии и близости. Это определение, разработанное Рабочей группой по личностным расстройствам, соответствует все возрастающему консенсусу относительно того, что функционирование Я — Другой находится в центре личности и личностного расстройства (Bender, Skodol, 2007; Gunderson, Lyons-Ruth, 2008; Horowitz, 2004; Livesley, 2001; Meyer & Pilkonis, 2005; Pincus, 2005). Данный взгляд давно поддерживается теорией объектных отношений (Kernberg, 1984). Эти сложности в функционировании Я и межличностном функционировании переплетаются и приводят в результате к формированию единой линии субъективного опыта и межличностного поведения.

Обновленное и улучшенное определение расстройства личности в III разделе DSM-5, вероятно, приведет к более вдумчивой оценке ключевых аспектов личностных расстройств и к продвижению в вопросе оценки исходов лечения для людей с такими расстройствами. На сегодняшний день подходы к лечению личностных расстройств концентрируются на устранении симптомов нарушений поведенческой и аффективной сфер. Хотя различные виды лечения ведут к значительным изменениям симптомов, основополагающие вопросы функционирования Я и межличностного функционирования получают меньше внимания. Альтернативная модель DSM-5 пытается сбалансировать внимание к диагностике или типам личностных расстройств и к количественным характеристикам, которые определяют важные сферы дисфункции и степень тяжести. Альтернативная модель включает пять широких областей вариаций личностных черт: негативная эмоциональность, отстраненность, антагонизм, расторможенность и психотизм. Представление об идентичности из теории объектных отношений включает вовлеченность в отношения с другими, в том числе черты антагонизма и отстраненности. Представление о тестировании реальности из теории объектных отношений включает черту психотизма, но выходит за ее рамки. Черты негативного аффекта и антагонизма схожи с осью агрессии из теории объектных отношений. Концепция моральных ценностей из теории объектных отношений в альтернативной модели DSM-5 не раскрыта.

Личностные характеристики (трайты) были выбраны для описания личностей в терминах их стабильных паттернов в разных средовых ситуациях. Поскольку это по сути дескриптивный подход, теория личностных характеристик не может объяснить, как или почему формируется конкретное поведение. Лишь благодаря исследованию личностных процессов можно приблизиться к пониманию, как и каким образом личностные черты оказывают свое влияние (Hampson, 2012). Понимая и личностные черты, и личностные процессы (такие как эмоциональная регуляция) (Cervone, 2005; Mischel & Shoda, 2008), можно сформировать более полную картину функционирования личности. Эта более полная картина имеет свои следствия для клинической оценки состояния человека с подозрением на личностную патологию. Классификация важнейших личностных характеристик и их степени выраженности — лишь первый шаг на пути планирования лечения, за которым должно следовать диагностическое интервью для оценки ситуаций, в которых проявляется проблемная личностная характеристика, и подробностей конкретного контекста.

Ключевые клинические понятия

- Теория объектных отношений постулирует, что человеческие влечения всегда переживаются в отношениях между Я и другими, и фокусируется на внутренних, ментальных репрезентациях себя и других (объектов влечений), связанных аффектами.
- Символические когнитивно-аффективные репрезентации Я и других интернализуются развивающейся психикой человека посредством взаимосвязи предиспозиций темперамента и опыта в контексте детско-родительских отношений. Эти диады объектных отношений можно считать «строительными кирпичиками» психической структуры, особенно в том, что касается идентичности.
- Клинически полезная нозология личностной патологии совмещает количественные переменные (уровень интеграции идентичности, защиты, тестирование реальности, качество объектных отношений, агрессию, моральные ценности) и категориальные зоны организации.
- Ключом к структурной диагностике является представление о расщепленной внутренней структуре, в которой «плохие» агрессивные и персекуторные аффекты радикально отделены от «идеальных» либидинальных аффектов. Первые проецируются и переживаются как происходящие извне. Рост и интеграция включает в себя рост осознания человеком всего диапазона его аффективных состояний и принятие ответственности за них.

ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ЧТЕНИЯ

Akhtar S. Broken Structures: Severe Personality Disorders and Their Treatment. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1992 [Всестороннее обсуждение природы личностных расстройств].

Auchincloss E.L., Samberg E. Psychoanalytic Terms and Concepts. New Haven, CT: Yale University Press, 2012.

Jacobson E.: The Self and the Object World. New York: International Universities Press, 1964.

Kernberg O.F. Psychoanalysis: Freud's theories and their contemporary development / New Oxford Textbook of Psychiatry, 2nd Edition, Vol 1. / Ed. Gelder M.G., Andreasen N.C., Lopez-Ibor Jr. J.J., et al. Oxford, UK: Oxford University Press, 2009 [Эта глава содержит основные представления о патологии и лечении с учетом современных тенденций и будет полез-

на тем, кто относительно не знаком с базовыми психодинамическими понятиями].

Klein M. Notes on some schizoid mechanisms // Int J Psychoanal 27:99–110, 1946.

Major Theories of Personality Disorder. Lenzenweger M.F., Clarkin J.F. / Ed. New York: Guilford, 2005 [Этот текст поможет поместить теорию объектных отношений применительно к личностным расстройствам (см. главу 3 авторства Кернберга и Калигора) в контексте других теорий личностной патологии (например, нейробиологических теорий, теории привязанности, теории схем)].

ГЛАВА 2

ЭМПИРИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПСИХОТЕРАПИИ, ФОКУСИРОВАННОЙ НА ПЕРЕНОСЕ[1]

Процесс клинических исследований

В ЭТОЙ ГЛАВЕ мы описываем этапы эмпирической разработки психотерапии, фокусированной на переносе (ТФП), которые включают концептуализацию пограничной патологии, прояснение фокуса и процесса лечения и эмпирическую оценку ТФП. Мы связываем ключевые патологические процессы с мишенями терапии и уделяем особое внимание функционированию пациентов с пограничной патологией в реальном времени, оценивая его с помощью эмпирических методологических разработок. Поскольку ТФП, как и другие основные эмпирически обоснованные виды лечения пограничного расстройства личности (ПРЛ), фокусируется на текущем функционировании пациента, именно улучшение понимания этого функционирования в режиме реального времени имеет решающее значение для разработки терапии.

---

[1] Доктор Кьяра Де Панфилис внесла весомый вклад в приведенное в этой главе детальное разъяснение нейрокогнитивного функционирования при пограничной патологии.— *Примеч. авторов.*

ЭТАПЫ ЭМПИРИЧЕСКОЙ РАЗРАБОТКИ ТФП

Описание эмпирической разработки психотерапевтического вмешательства включает шесть важных шагов: 1) теоретическое понимание и исследование природы конкретной дисфункции; 2) подробное описание лечения, предпочтительно в форме письменного руководства; 3) предварительные тесты на результаты лечения; 4) разработка теории и исследование процессов или механизмов изменений; 5) тесты на влияние опосредующих факторов (таких как характеристики пациентов до начала терапии); 6) оценка обобщаемости лечения на обычные клинические условия (Kazdin, 2004).

Процесс развития лечения для ПРЛ и пограничной организации прошел несколько стадий: детальное изучение пограничной патологии в нашей клинической работе, исследование лечения, которое опытные терапевты проводили с пациентами с пограничной патологией, создание принципов лечения и разработка лечебного руководства. Мы начали изучать эффекты этого лечения в небольшом исследовании без группы сравнения и в итоге провели рандомизированное контролируемое исследование (РКИ), уделив внимание исходам и освещению механизмов изменений. Каждый из шагов на нашем пути требует некоторого прояснения.

ЭВОЛЮЦИЯ ПОНИМАНИЯ ПОГРАНИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

История изучения и клинических исследований природы пограничной патологии описана как поступательное движение от клинических описаний к появлению диагностических критериев, далее к эмпирической валидации критериев в сопоставлении с поведенческими коррелятами и, наконец, к исследованию ключевых психологических и нейрокогнитивных процессов пограничного функционирования (Lenzenweger, Cicchetti, 2005). В главе 1 «Природа нормальной и анормальной организации личности» мы обсудили определение, данное Кернбергом (Kernberg, 1975) пограничной организации на основе трудностей в лечении с пациентами, которых теперь описали бы в рамках тяжелых личностных расстройств. Гундерсон и Колб (Gunderson, Kolb, 1978) разработали феноменологическое описание таких пациентов, которое значительно повлияло на формулировку описания ПРЛ в DSM-III (Американская психиатрическая ассоциация, 1980). Появление в диагнозе специфических критериев оказалось чрезвычайно продуктивным и породило колоссальную волну исследований как патологии, так и способов лечения таких пациентов. Особый акцент был сделан

при этом на критерии надежности, в отличие от валидности, которой не было уделено такого внимания. Диагностические критерии показали высокую эффективность в выявлении пограничных выборок и стимулировании исследований лечения, однако со временем выявились системные проблемы. Ориентация исключительно на критерии DSM имеет определенные ограничения.

Одним из следствий применения политетических наборов критериев для ПРЛ (т. е. когда пациент должен соответствовать хотя бы пяти или более критериям из девяти), используемых в DSM (Американская психиатрическая ассоциация), с третьей по пятую версию, стала гетерогенность пациентов, отобранных по этим критериям (Lenzenweger, 2010). Эти пациенты демонстрируют коморбидность другим личностным расстройствам, а также целому ряду симптоматических расстройств.

Гетерогенность на фенотипическом уровне связана с рядом проблем. Она заводит в тупик любые попытки поиска соответствующих эндофенотипов и генетических факторов ПРЛ, а также создает препятствия эмпирическим исследованиям лечения пограничных пациентов. Существующие РКИ методов лечения пограничных пациентов в процессе изучения результатов лечения не выделяют подгруппы пациентов и даже не отбирают для исследования конкретных типов пограничных пациентов.

Группа пациентов, соответствующая критериям DSM по ПРЛ, крайне гетерогенна. В настоящее время важнейшей задачей стало разобрать эту гетерогенность на составляющие. Понимание гетерогенности ПРЛ необходимо для описания сфер патологии, имеющих скорее всего разные этиологические корни, а также для описания лечебных методов на основе тщательно отобранных подходов к разным аспектам этой патологии, которые сейчас уживаются в рамках единого пограничного конструкта.

Факторная структура симптома

С момента введения в оборот, в 1980 году, понятия расстройств личности, были исследованы восемь, а затем девять критериев ПРЛ с точки зрения частоты их встречаемости, сочетаемости, структуры факторов и прогностической достоверности. Исследования критериев DSM-III (Clarkin et al., 1993; Sanislow et al., 2000) и DSM-IV (Американская психиатрическая ассоциация, 1994; Johansen et al., 2004) с помощью факторного анализа выявили от двух до четырех факторов в зависимости от выборки и используемого инструментария. Основные компоненты ПРЛ часто описывают как проблемы идентичности, негативные

взаимоотношения, аффективную нестабильность и склонность к самоповреждениям (Distel et al., 2010).

Поскольку факторный анализ — не самый эффективный статистический подход к выявлению клинически релевантных подгрупп индивидуумов, мы использовали более точную статистическую процедуру под названием «Моделирование конечной смеси». Этот способ позволил идентифицировать три подгруппы пациентов с ПРЛ (Lenzenweger et al., 2008), которые характеризуются разным уровнем параноидного и подозрительного отношения к окружающим, агрессивными наклонностями и поведением, а также антисоциальными формами поведения и чертами характера. В группе 1 отмечается относительно низкий уровень паранойи, агрессии и антисоциальных показателей; группа 2 характеризуется паранойей, но в ней относительно невысоки показатели двух других переменных; в группе 3 — высокий уровень агрессии и антисоциальных черт. Эти результаты были реплицированы (Hallquist & Pilkonis, 2012; Yun et al., 2013), что подтверждает важное значение выявленных подтипов для дальнейшего понимания основополагающих эндофенотипов и генотипов. Выявление этих подтипов также имеет важное клиническое значение, что более подробно будет рассмотрено в главе 11 «Траектории изменений в терапии, фокусированной на переносе».

Описания черт характера

Некоторые исследователи (например, Widiger & Simonsen, 2006) выступают в поддержку описания личности на основе черт характера, с тем чтобы передать и индивидуальность пациента, и выраженные сходства между группами пациентов с личностными расстройствами. Это полезный подход, имеющий, однако, свои ограничения. Мы с коллегами исследовали пограничную патологию как на уровне черт характера (Sanderson & Clarkin, 2013), так и в рамках психодинамических представлений об идентичности, защитах и тестировании реальности (Lenzenweger et al., 2001, 2012b). Пациенты с ПРЛ демонстрируют высокие показатели по таким чертам, как отчужденность, агрессия стремление к поглощению, и эти черты обнаруживают соответствия с такими психодинамическими процессами, как примитивные защиты и нарушения тестирования реальности.

Черты характера описывают стабильные паттерны поведения личности в разных средовых ситуациях, но не могут объяснить, как или почему возникает это поведение. Лишь посредством исследования личностных процессов можно начать понимать, как и почему приобретают свое влияние те или иные личностные черты (Hampson, 2012). Понимание сочета-

ния личностных черт и личностных процессов (Caspi et al., 2005; Cervone, 2005; Mischel & Shoda, 2008) может предоставить более полную картину функционирования личности. Мы постарались сочетать информацию о пограничных пациентах на основе личностных черт и процессов, протекающих в реальном времени.

Процессы, протекающие в реальном времени, при ПРЛ

Есть ряд веских причин к тому, чтобы фокусироваться на процессах, которые протекают у пациентов с ПРЛ и другими тяжелыми личностными расстройствами, в режиме реального времени. Успешная терапия должна быть сосредоточена на текущей реальности пациентов и помогать им менять свое текущее функционирование, коль скоро их поведение является деструктивным и мешает продвижению к более нормальной жизни. Многие виды лечения помогают таким пациентам снизить выраженность симптомов, однако о том, как эти виды лечения действуют, иначе говоря, о механизмах изменений, информации относительно немного. Какие интервенции терапевта в сочетании с реакциями пациента приведут к успешным исходам терапии по мере ее прогресса? Для читателя станет ясно, что наше видение необходимых механизмов изменений в лечении этих пациентов подразумевает как внимание к поведенческому контролю, так и значительные изменения актуальных репрезентаций себя и других, которые поведение определяют.

Свой вклад в понимание протекающих в реальном времени дисфункциональных процессов у пограничных индивидов внесли два заметных достижения современной научной методологии — мгновенная экологичная оценка (ecological momentary assessment, EMA) и методы социальной нейрокогнитивной науки. Методы дискретизации субъективного опыта и EMA стали шагом вперед по сравнению с методами самоотчета, которые весьма подвержены погрешностям памяти. Эти новые подходы используют самоотчет или индикаторы поведения, мышления и эмоций, напоминая о них через короткий промежуток времени после фактических событий (Trull & Ebner-Priemer, 2009). Обширные сведения о работе подлежащих нейронных сетей, вовлеченных в протекающее в настоящем времени функционирование пограничных личностей, особенно в том, что касается их восприятия и реакций на социальные трудности, предоставляет функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) (обзор представлен у Frith & Frith, 2012). Эти два подхода позволили составить более

детальное описание и представление о пограничном пациенте в реальной жизни, в особенности относительно восприятия себя и других в ходе социального взаимодействия.

И ЕМА, и социальная нейрокогнитивная наука позволяют продвинуться за рамки описания черт характера при личностных расстройствах и предоставляют важные сведения о пограничном функционировании в реальном времени, начиная с обработки входящих стимулов и заканчивая поведенческим ответом. Эти методы описывают, как организована личность в реальной жизни. ЕМА предоставляет данные о человеке в течение определенного времени, фокусируясь на том, как организовано поведение и как оно повторяется в ситуациях определенного рода. ЕМА также начинает раскрывать, как человек воспринимает другого в контексте разных взаимодействий. В обоих подходах пограничные пациенты, по сравнению с нормальными индивидами, начинают лучше распознавать эмоциональные и когнитивные системы функционирования в реальном времени.

Регуляция эмоций

Исследования по функциональной нейровизуализации у пограничных пациентов выявляют некоторые специфические зоны трудностей, с которыми сталкиваются они при обработке эмоциональных стимулов. Эти исследования, таким образом, развивают более ранние гипотезы Кернберга (Kernberg, 1984) о защитных механизмах, используемых пограничными пациентами. Эмпирические исследования эмоциональной регуляции начались с изучения защитных механизмов в том виде, в котором они были описаны психодинамически ориентированными мыслителями в 1960-х годах, а также современных моделей когнитивной эмоциональной регуляции, построенных на этой основе с использованием исследований оценки и переоценки поведения с помощью фМРТ (Ochsner & Gross, 2008).
Эмоции возникают в системах мозга, которые оценивают значимость стимулов с учетом целей и потребностей человека, переоценка же может использоваться для повторного осмысления стимулов и модулирования аффективного ответа. Переоценка зависит от взаимодействий между префронтальной и поясной корой, которые, как полагают, задействованы в механизмах управления, а также миндалиной и островком, которые участвуют в эмоциональном реагировании.

Пограничным пациентам особенно трудно эффективно обрабатывать негативные стимулы (Silbersweig et al., 2007). Эти пациенты полагаются на рефлекторные, автоматически реагирующие сети, в то время как здоровые, с психиатрической точки зрения, индивидуумы из контрольных

групп в большей степени используют сети с доступом к высокоуровневой корковой обработке (Koenigsberg et al., 2009a). Более того, пограничные пациенты испытывают дефицит способности к снижению негативного аффекта посредством переоценки (Koenigsberg et al., 2009). Это открытие весьма важно для понимания пограничной патологии и потенциальных рекомендаций для лечения. У людей без личностных расстройств регуляция аффекта путем переоценки, а не подавления, в большей степени связана с положительными эмоциями, снижением отрицательных эмоций и лучшим функционированием на межличностном уровне (Gross & John, 2003). И ТФП, и терапия, основанная на ментализации, способствуют развитию механизмов переоценки, особенно в межличностном восприятии себя и других, путем использования прояснений, ментализирования и интерпретаций.

Саморегуляция и ее нарушения

Волевой контроль описывают как способность затормаживать доминантные реакции с целью совершить субдоминантный ответ (Posner & Rothbart, 2000; Posner et al., 2002; Rothbart & Bates, 1998). Импульсивность в поведении обратно связана со способностью к волевому контролю — измерению темперамента, ответственному за саморегуляцию (Ahadi & Rothbart, 1994). Человек с развитым волевым контролем способен произвольно затормаживать, активировать или переключать внимание и, таким образом, может модифицировать и модулировать последующий аффект. Появляется все больше данных о том, что развитие волевого контроля у детей младшего возраста занимает центральное место в регулировании аффекта и в развитии зрелых социальных отношений и сознания (Eisenberg et al., 2004).

Волевая саморегуляция включает диапазон процессов, посредством которых люди преследуют свои долгосрочные цели независимо от преходящих отвлекающих факторов, искушений и склонностей. Это интерактивный по своей природе процесс, который происходит между человеком и средой. Все люди попадают в стрессовые ситуации, которые требуют от них одновременно регулировать эмоции, мысли и поведение. В обычных повседневных обстоятельствах за наше внимание конкурирует множество стимулов, и на эту конкуренцию оказывают значительное воздействие восходящие влияния, выделяющие значимость стимулов. При этом важно, что негативно заряженные аффективные стимулы (такие как негативные аффекты, сигналы, связанные с угрозой) обладают высокой значимостью и требуют повышенного когнитивного контроля для удержания эмоциональной регуляции. Когнитивные ресурсы каждого человека

имеют предел, и для пациентов с ПРЛ борьба за регуляцию эмоциональной сферы может повлечь снижение доступности навыков когнитивного контроля, необходимых для регуляции других сфер опыта. Если интенсивность отрицательных стимулов не находит уравновешивающего влияния нисходящих процессов когнитивного контроля, которые обеспечивают эмоциональную регуляцию, отрицательный аффект может «сенситизировать» человека по отношению к последующим нарушениям саморегуляции в других сферах (Heatherton & Wagner, 2011), нарушая эффективную саморегуляцию в восприятии, поведении и обработке социальных стимулов. Негативный аффект вполне может поддерживать рефлекторный (а не рефлексивный) паттерн социального мышления, неспособность к проработке стимулов, связанных с отвержением, а также неверное восприятие точки зрения другого человека.

Пациенты с ПРЛ демонстрируют сложности в отношении обоих аспектов эмоционального регулирования, проявляя относительную неспособность к нисходящему контролю и переоценке отрицательных эмоций (Koenigsberg et al., 2009b). В условиях отрицательного аффекта пациенты с ПРЛ обнаруживают проблемы при разрешении конфликтов и когнитивном контроле, связанные с восходящей стимуляцией (Silbersweig et al., 2007). С точки зрения нейрокогнитивного функционирования у пациентов с ПРЛ наблюдаются трудности при выполнении задач на внимание, даже когда эти задачи не предполагают аффективного возбуждения (Posner et al., 2002), а также при обработке эмоциональных стимулов (Silbersweig et al., 2007).

Межличностное функционирование

Нарушения в межличностном поведении — это ключевая особенность ПРЛ (Американская психиатрическая ассоциация, 2013; Clarkin et al., 1983). Эти нарушения сохраняются даже после ослабевания остальных симптомов. Все большее распространение получает точка зрения, что расстройство личности прежде всего предполагает проблемы с самоидентификацией и хроническую дисфункцию на уровне межличностных отношений (Bender & Skodol, 2007; Livesley, 2001). Этого взгляда уже долгое время придерживается теория объектных отношений (Kernberg, 1975, 1984). У пациентов с личностными расстройствами, включая ПРЛ, целый ряд дисфункциональных психических процессов проявляется в итоге в нарушенном, приносящем беспокойство самому пациенту и окружающим межличностном поведении. В области исследования личностных расстройств центральным стал вопрос о том, какие функции человеческого организма

имеют основополагающее значение для адаптации и, следовательно, какие функции оказываются повреждены у людей с личностными расстройствами (Livesley, 2001). Эти дисфункциональные процессы ведут к нарушениям межличностного поведения, которое включает последовательность ситуационного выбора, ситуационную модификацию, распределение внимания, когнитивные изменения и модуляции отклика (Gross & Thompson, 2007).

Интенсивные и идеализируемые позитивные аффективные состояния, как и негативные переживания обесценивания, которые часто испытывают пограничные пациенты, бывают вызваны разрывом отношений (Jovev & Jackson, 2006) и переживанием отвержения (Herpertz 1995; Stiglmayr et al., 2005). С использованием процедуры EMA, привязанной к событиям, Расселл с коллегами (Russell et al., 2007) обнаружили, что пограничные пациенты в межличностном поведении испытывают больше негативного аффекта, более склонны к подчинению, чем к доминированию, а также к ссорам, чем испытуемые из контрольной группы, не имеющие клинических трудностей. Пациенты с ПРЛ демонстрировали более высокую вариабельность при использовании такого рода поведения. В сравнении с пациентами с другими личностными расстройствами, а также с другими психиатрическими заболеваниями пациенты с ПРЛ в своем взаимодействии демонстрировали больше несогласия, замешательства, враждебности, пустоты и амбивалентности (Stepp et al., 2009). Эти наблюдения соответствуют клинической гипотезе о том, что пограничные пациенты испытывают нехватку стабильного чувства Я, которое могло бы помочь им более гладко и эффективно справляться с разными межличностными ситуациями (Kernberg, 1975). Действительно, искажения при обработке информации могут быть связаны с внутренними убеждениями, предположениями и рабочими моделями себя и других, которые, в свою очередь, направляют межличностное поведение. Такие представления о социальном устройстве, как, например, бессилие и одиночество индивида перед лицом враждебного окружения (Beck et al., 2004), могут вносить искажение в оценку среды. Люди с ПРЛ избирательно запоминают отрицательную информацию (Korfine & Hooley, 2000), в то же время обладая более развитым навыком замечать эмоции других людей (Fertuck et al., 2006).

Межличностное доверие

Ключевое значение повреждения репрезентаций себя и других отражено в неспособности пограничных пациентов иметь дело с двумя взаимосвязанными аспектами человеческого общения: 1) необходимостью доверять

и сотрудничать с другими и 2) необходимостью получать социальное принятие и избегать отвержения. Как станет очевидно из приведенных в этой книге клинических случаев, сложности с доверием и восприятием отвержения возникают снова и снова между пограничным пациентом и терапевтом.

Решение о том, стоит ли доверять другим, частично зависит от способности точно предвидеть намерения другого в социальном взаимодействии, что ведет к обоюдовыгодному сотрудничеству. Развитие ожиданий и доверия по отношению к другим людям — процесс многоэтапный. Во-первых, он требует участия отделов мозга, которые отвечают за представление психического состояния другого человека. Во-вторых, он активирует области мозга, которые, как считается, участвуют в модулировании различных аспектов социального функционирования, например, социальной памяти, научения и поведения привязанности. Развивая положительные ментальные модели, партнеры накапливают достаточное взаимное доверие, чтобы сформировать социальную привязанность друг к другу и успешно сотрудничать. Здоровые индивиды устанавливают доверительные отношения, понимая, что они могут безопасно зависеть друг от друга (Krueger et al., 2007), однако у пациентов с ПРЛ этот процесс протекает дисфункционально. Они демонстрируют атипичные социальные нормы в восприятии социальных взаимодействий, соответствующие их фиксированным и вездесущим ожиданиям ненадежности, которые не меняются под влиянием реального социального опыта. Эти искаженные перцепции других со временем ведут к неспособности извлекать пользу из взаимодействия на основе сотрудничества (King-Casas et al., 2008).

Чувствительность к отвержению

Тенденция доверять или не доверять другим может быть логически соотнесена с понятием чувствительности к отвержению (ЧО). Эта концепция выросла из модели когнитивно-аффективной обработки личностного функционирования (Mischel & Shoda, 2008). *Чувствительность к отвержению* определяют как «предрасположенность тревожно ожидать, с готовностью воспринимать и интенсивно (негативно) реагировать на сигналы отвержения» (Downey & Feldman, 1996, стр. 1327). Люди с высоким уровнем ЧО активно фокусируются на ожидании отвержения, что может вести к восприятию отвержения даже в случае неопределенного и/или неопасного поведения других. Такие личности имеют склонность автоматически интерпретировать любую социальную ситуацию как подтверждение их страха отвержения. Такое «автоматическое» приписывание негативных намере-

ний другим вносит вклад в рост межличностных конфликтов, подтверждая самореализующееся пророчество отвержения. Искажение, связанное с ожиданием отвержения, ведет к разнообразным нежелательным личностным и межличностным последствиям (Ayduk et al., 2000). ЧО можно понимать как отдельную диаду объектных отношений, в которой другой воспринимается как отвергающий, Я воспринимается как уязвимое, и обе стороны объединены аффектами тревоги и страха.

Черты ЧО, похоже, занимают центральное положение в межличностных трудностях людей с ПРЛ (Ayduk et al., 2008; Staebler et al., 2011b) и могут объяснять связь между чертами ПРЛ и повышенной склонностью рассматривать нейтральные социальные лица как не заслуживающие доверия (Miano et al., 2013). Эти результаты позволяют предполагать, что у пациентов с ПРЛ в основе нарушения оценки доверия лежит болезненная репрезентация других (как злонамеренных и отвергающих) и своего Я (как отверженного и брошенного), что вносит вклад в их обширные трудности в формировании зависимости от других и сотрудничестве с другими. Учитывая анамнез физического и эмоционального пренебрежения и, в некоторых случаях, открытого физического и сексуального насилия, не удивительно, что пациенты с ПРЛ могут подходить к социальным ситуациям с предвзятостью относительно отвержения или чего-то еще худшего. И все же, поскольку лишь у меньшинства людей с анамнезом насилия развивается психиатрическое расстройство (Paris, 1994), похоже, что к формированию этих расстройств ведет сочетание каких-то аспектов мышления пациента с ПРЛ с историей насилия. Открытия в этой области позволяют предполагать, что природа ЧО при ПРЛ включает относительную неспособность обрабатывать социальные взаимодействия рефлексивным, эмоционально регулируемым способом. Пограничные пациенты реагируют защитным образом и чувствуют себя отверженными независимо от реального принятия или отвержения (Renneberg et al., 2012; Staebler et al., 2011a).

Но одна лишь ЧО, вероятно, не объясняет всех различий в межличностном поведении между нормальными индивидами и людьми с пограничной патологией. У здоровых индивидов риск непринятия другими и некоторое отвержение сигнализирует о необходимости усилить когнитивный контроль, чтобы помочь интерпретировать связанные с отвержением стимулы, сохранять эмоциональный баланс при реакции на текущую ситуацию и, таким образом, минимизировать личный дистресс и улучшить свою адаптацию (Eisenberger et al., 2003). Этот механизм может объяснить, почему стратегии волевого распределения внимания связаны с успешной регуляцией межличностных конфликтов (Hooker et al., 2010). Однако у пациентов с ПРЛ такая функция, похоже, утеряна или отсутствует. При этом

важно, что низкая способность к осуществлению контроля у людей с высокой ЧО связана с повышенным риском развития пограничных черт (Ayduk et al., 2008). Это указывает на то, что способность к волевому контролю над сигналами отвержения может играть важную роль в патогенезе и поддержании расстройства. Интересно также, что способности к когнитивному волевому управлению необходимы для ингибирования собственного переживания Я (т. е. воспринимаемого дистресса или отвержения), с тем чтобы облегчить беспристрастное принятие во внимание состояния сознания другого человека (т. е. контекстуально зависимую оценку — например, нейтральные намерения, а не приписывание враждебности) (Lieberman, 2007). Пациенты с ПРЛ, однако же, демонстрируют рефлекторную гиперчувствительность к негативным социальным сигналам (Koenigsberg et al., 2009), а также сниженную способность к восприятию целостной картины и повышенный уровень личного дистресса (Dziòbek et al., 2011).

Эти данные позволяют предполагать, что пациентам с ПРЛ трудно принимать во внимание альтернативные, независимые от их собственного предвзятого мнения объяснения поведения других людей. Их болезненные репрезентации Я и Другого, в сочетании с низкой эмоциональной регуляцией, при столкновении с социальными стимулами проявляются в рефлекторной обработке действий людей и оценке намерений. Такое автоматическое приписывание социальных атрибуций, вероятно, зависит от относительной неспособности применять навыки волевой саморегуляции, необходимые для рефлексивной проработки связанных с отвержением дилемм. Недавние открытия в области взглядов социальной нейронауки на причины ошибок саморегуляции могут помочь прояснить эти механизмы.

Социальная изоляция

У людей с ПРЛ стимулы, которые сигнализируют о социальной изоляции, связаны с повышением отрицательного аффекта (Sadikaj etal., 2010), отрицательных эмоций, сфокусированных на Другом (Renneberg et al., 2012;Staebler et al.,2011a), с эмоциональной дисрегуляцией и проблемным поведением (Selby et al., 2010). Пограничные пациенты хуже решают социальные задачи, так как подвержены негативным аффектам, вызванным сигналами социального отвержения (Dixon-Gordon et al., 2011). В ситуациях, которые воспринимаются в контексте переживаний брошенности или отвержения, пациенты с ПРЛ в отличие от испытуемых контрольной группы, демонстрировали более выраженную полярность в репрезентациях других, что, в свою очередь, служило предиктором последующего им-

пульсивного поведения (Coifman et al., 2012). Эти эмпирические наблюдения согласуются с пониманием защитного расщепления с позиций теории объектных отношений: оно порождает экстремальные поляризованные перцепции и аффективные сдвиги.

Эти соображения позволяют предполагать, что психопатологию ПРЛ можно рассматривать как дисрегуляторный рефлекторный ответ на необходимость справляться с перцепциями Я и других, особенно в ситуациях, включающих отвержение и вопросы доверия. Поляризованные и искаженные репрезентации Я и других не встречают демпфирующего влияния «контролируемой» эмоции и стратегий социальной регуляции, что проявляется также в динамике ЧО, и это может вести к дезадаптивным межличностным реакциям.

Теория объектных отношений вносит важный вклад в этот подход к личностному функционированию и личностной патологии. Когнитивно-аффективные элементы, которые теория объектных отношений определяет как диады, не являются статичными и пребывают в постоянной активности в зависимости от межличностного контекста, который воспринимает пациент с ПРЛ. Такие защитные механизмы, как расщепление, которые более очевидны у людей с тяжелой личностной патологией, затрудняют функционирование активируемых когнитивно-аффективных элементов. Связанные с аффектом репрезентации Я и Другого имеют склонность к реверсии — иначе говоря, человек может воспринимать себя как жертву, а затем вставать на позицию преследователя и обращаться с другим человеком как с жертвой.

Эта концептуализация патологии ПРЛ может внести свой вклад в прояснение фенотипической гетерогенности этого расстройства. Вполне вероятно, что пациенты с ПРЛ могут прибегать к различным типам дезадаптивных «решений» для дилемм, связанных с отвержением и доверием. Например, пациенты с ПРЛ могут реагировать на угрозы отвержения усиленным гневом, яростью и враждебностью (Berenson et al., 2011) или могут избегать социальных угроз, стараясь защитным образом снизить интенсивность переживаемой угрозы и связанного с отвержением дистресса (Berenson et al., 2009). Рефлекторная (а не рефлексивная), плохо отрегулированная чувствительность к социальному отвержению у пограничных личностей, вероятно, является центральной особенностью этого расстройства, которая ведет к формированию подгрупп таких пациентов с разными фенотипическими ответами, образуя, таким образом, индентифицируемые фенотипы (например, Lenzenweger et al., 2008). В зависимости от межличностного контекста и индивидуальных предрасположенностей каждого пациента в сфере когнитивно-аффективного функционирования,

воспринимаемое отвержение у пациентов с ПРЛ может запускать различные дезадаптивные защитные виды поведения.

Фокусирование на репрезентациях Я — Другой как когнитивных репрезентациях себя и Другого вместе с соответствующими аффектами, как это описывает динамика ЧО, представляет многообещающее направление исследования феноменологии ПРЛ. Если говорить конкретнее, новые данные позволяют предполагать, что эти провалы в рефлексивной социальной и эмоциональной регуляции могут лежать в основе таких искаженных репрезентаций Я (отверженного) и Другого (не заслуживающего доверия) и даже «законсервировать» их, объясняя, таким образом, обширные нарушения функционирования и межличностной адаптации пограничных пациентов. Наконец, различные поведенческие и защитные стратегии, которые такие пациенты разрабатывают для того, чтобы справиться с ожидаемым или воспринимаемым отвержением со стороны значимых других, могут формировать феноменологию и выраженность ПРЛ.

Репрезентации Я и других

В исследованиях, касающихся вопросов привязанности и развития, высказываются предположения, что болезненные репрезентации Я — Другой и соответствующие дефициты и искажения процессов ментализации играют важную роль в формировании риска развития ПРЛ. Барон (Barone, 2003) сообщает, что, согласно Интервью о привязанности для взрослых (Adult attachment interview, AAI), которое оценивает связность восприятия человеком значимых других, люди с ПРЛ неизменно страдают от ненадежной привязанности. В исследовании стилей привязанности пациентов с ПРЛ Леви с коллегами (Levy et al., 2006) обнаружили практически повсеместно встречающуюся тревожную привязанность с преобладанием пренебрегающего и тревожного стиля. Учитывая уязвимость, вызванную ненадежной привязанностью, пациенты с ПРЛ склонны к нестабильному восприятию своего Я в отношениях с другими. Кроме того, они демонстрируют больше «враждебных» репрезентаций своих первичных объектов, чем пациенты с преимущественно депрессивным расстройством, особенно в контексте истории сексуального абъюза (Baker et al., 1992). Среди пациентов с абъюзом в анамнезе успешное развитие рефлексивной функции или способности правильно делать выводы об умственном состоянии и намерениях других людей, по-видимому, защищает от риска диагноза ПРЛ (Fonagy et al., 1996). Таким образом, формирование злонамеренных репрезентаций других может нести с собой риск развития ПРЛ, по крайней мере, у людей с анамнезом абъюза. Показатели болезненных Я-репрезентаций в детстве

и подростковом возрасте опосредуют связь между нарушенной привязанностью во младенчестве и симптомами ПРЛ во взрослом возрасте (Carlson et al., 2009). Если обобщить, эти открытия позволяют говорить о том, что болезненные репрезентации Я — Другой могут переносить (неблагоприятные) переживания во взрослую жизнь и вносить вклад в процесс развития, таким образом связывая ранний неблагоприятный опыт с формированием ПРЛ.

Лонгитудинальное течение

Наш клинический и личный опыт подтверждает, что личность — это согласованный и стабильный аспект индивида. На этом положении основано и определение расстройства личности в DSM. Однако ряд исследований показали, что личностное расстройство, диагностированное и определенное согласно критериям DSM, имеет тенденцию со временем снижаться в категориальном и количественном отношении как в социальных выборках, так и в клинических выборках. Исследование «The collaborative longitudinal personality disorders study» обнаружило значительное снижение числа диагнозов личностных расстройств за двухлетний период (Shea et al., 2002) среди пациентов с диагнозами по Оси II, выбранных из общей популяции, а также схожее снижение в выборке университетских студентов, за которыми наблюдали в течение 12 лет (Lenzenweger et al., 2004). Важным ограничением этих исследований является исключительное использование критериев Оси II по DSM, что часто отражает преходящие поведенческие манифестации (такие как суицидальные попытки), но не отражает долгосрочных аспектов личности. Наборы критериев DSM содержат смесь из чувств, симптомных видов поведения, стойких паттернов взаимодействия с другими, внутренних конструктов, относящихся к социальному поведению, таких как диффузия идентичности. Можно ожидать разной степени стабильности и изменчивости индивидуальных критериев во времени. Важно отметить при этом, что эти изменения — индикатор того, что является преходящим (например, симптомы), а что более устойчивым (например, внутриличностное или профессиональное функционирование).

Обнаружение снижения критериев личностного расстройства с течением времени привело к размышлениям на тему того, что именно меняется со временем, а что остается относительно стабильным. Этот вопрос занимает ключевое положение в теории личности. Занарини с коллегами (Zanarini et al. 2003) высказали предположение, что у пограничных пациентов ремиссия острых симптомов, таких как суицидальное поведение,

имеет иную временную траекторию, нежели ремиссия более стабильных черт темперамента, таких как хронический гнев. В схожем ключе Кларк (Clark, 2007) высказала предположение, что за более стабильные аспекты личностных расстройств ответственны базовые количественные характеристики темперамента.

Уникальная попытка понять механизмы изменений в личностных расстройствах была предпринята в исследовании, включавшем три волны в течение 12 лет, в результате которого была высказана гипотеза, что изменение характеристик личностного расстройства связано с изменением в подлежащих нейробиологических системах (Lenzenweger et al., 2004). Повышенные уровни активности в действующей системе положительных эмоций были связаны с более быстрым снижением характеристик личностных расстройств кластера В с течением времени. Авторы предположили, что люди с чертами личностного расстройства, способные, тем не менее, к активному взаимодействию с миром и к использованию поощрений и вознаграждающих стимулов для саморегуляции, с течением времени оказывались менее подвержены стойкой личностной дисфункции.

В контексте данной книги о лечении взрослых с ПРЛ и пограничной организацией личности (ПОЛ) особо актуальным является вопрос о функционировании таких людей и развитии их симптомов во взрослом возрасте. В проспективном исследовании, с периодом наблюдения в течение 16 лет, в котором участвовала большая группа пациентов с ПРЛ в возрастном диапазоне от 18 до 35 лет, проходивших лечение в больнице Мак-Лин, Занарини с коллегами (Zanarini et al., 2012) провели сравнение пациентов с ПРЛ и пациентов с другими личностными расстройствами, проходивших лечение в той же больнице. В то время как пациенты с ПРЛ медленнее достигали снижения выраженности симптомов, чем пациенты из группы сравнения, в обеих группах по истечении 16-летнего периода наблюдения отмечались высокие показатели ремиссии. Более отрезвляюще выглядят данные о том, что лишь 40% пациентов с ПРЛ освободились от симптомов на 8 лет или более по сравнению с 75% пациентов из группы сравнения. Авторы отметили, что основной причиной, по которой пациенты с ПРЛ не смогли достичь и сохранить ремиссии и хорошего уровня социального и профессионального функционирования, стало именно снижение способности к профессиональной деятельности. Современные специализированные виды лечения ПРЛ неспособны эффективно и значимо улучшить социальное и рабочее функционирование (McMain et al., 2012).

Наше современное понимание ПРЛ

Личностное расстройство — это конечный результат взаимосвязанных процессов, где психическая организация и наблюдаемое поведение во время взаимодействия человека со средой обусловливается нейроповеденческими системами (Lenzenweger, 2010). Формирующиеся в результате фенотипы личностного расстройства не могут быть редуцированы до компонентов, лежащих в их основе, и, более того, связь между проявляющимися фенотипами и существующими описаниями личностных расстройств еще только предстоит установить.

Для всестороннего понимания личностной патологии, включая тяжелую личностную патологию в виде ПРЛ и ПОЛ, нужно рассмотреть три значимых уровня функционирования организма: 1) наблюдаемое поведение, 2) субъективный опыт и 3) нейрокогнитивное функционирование. Базовое положение теории объектных отношений состоит в том, что человек с ПОЛ страдает от хронического недостатка интеграции между отрицательными и положительными аспектами опыта. При этом ярко переживаемые отрицательные аспекты реальности доминируют. Это клинически проявляется в виде склонности таких людей воспринимать нейтральные и иногда даже положительные стимулы как негативные; искажать намерения других в негативном ключе; проецировать и приписывать другим агрессию; действовать по отношению к другим так, будто другие имеют отрицательные мотивы. Теория объектных отношений, фокусируясь на субъективном опыте этих пациентов, предсказывает, что у таких индивидуумов имеется дисрегуляция импульсов, что они проецируют свою агрессию на других, ошибочно воспринимают непосредственные мотивы окружающих и испытывают сложности с тем, чтобы поместить сиюминутную реакцию на другого человека в более широкий контекст обычного для этого человека поведения. Эта теоретическая формулировка основана на годах клинического опыта с пациентами и согласуется с выводами эмпирических исследований, особенно тех, которые изучают функционирование этих пациентов в реальном времени, как мы рассмотрели ранее в этой главе (см. подраздел «Процессы при ПРЛ, протекающие в реальном времени»).

Психоаналитическое лечение пограничных пациентов дает нам информацию о субъективном опыте этих пациентов, включая их восприятие себя и других, насыщенное интенсивным и часто отрицательным аффектом, а также об их защитных попытках организовать собственный опыт. Психологические исследования, которые изучают наблюдаемое поведение при ПРЛ, а также исследования личностных характеристик дают информацию на описательном и феноменологическом уровне. Наконец,

нейрокогнитивная наука движется вперед в понимании того, как работает мозг во время выполнения важнейших задач, включая память, рабочую память, перцепции себя и других в межличностных взаимодействиях, а также эмоциональную регуляцию.

Благодаря все более высокой точности в определении межличностного поведения людей с ПРЛ в реальном времени, мы приближаемся к интеграции феноменологического подхода Гундерсона (Gunderson & Kolb, 1978) и структурного подхода Кернберга (Kernberg, 1975). Пациенты с ПРЛ постоянно сталкиваются с дилеммой сближения — избегания, в которой они отчаянно хотят соединиться с другими, в то же время остро чувствуя угрозу из-за вероятности отвержения. Но в попытках справиться с этой дилеммой пациенты могут демонстрировать различные виды дезадаптивных «решений», ведущих к формированию различных феноменологических подтипов.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРЛ В ГРУППЕ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Наше психодинамически ориентированное лечение для пограничных пациентов было разработано группой старших клиницистов, имевших опыт в лечении таких пациентов и использующих видеозаписи сеансов для их детального анализа. Групповое рассмотрение и обсуждение этих сеансов привело к выработке принципов интервенций, которые были согласованы, сформулированы и представлены в этом лечебном руководстве как стратегии лечения. Эта работа велась в начале 1980-х, во времена, когда аналитически ориентированные терапевты неохотно прибегали к аудио- и видеозаписи сеансов из опасений, что это будет мешать их работе с переносом. По мере накопления опыта нам стало ясно, что пациенты охотно соглашаются на видеозапись и дают свое письменное согласие на эту процедуру. Напротив, терапевты не привыкли, что на их работу смотрят другие. Мы обсудили эту проблему, и атмосфера поддержки и взаимных позитивных советов, свободная от критицизма, привела нас к тому, что мы стали постоянно это использовать.

ЛЕЧЕБНАЯ МОДЕЛЬ ТФП

Лечение ПОЛ основано на понимании природы этой патологии, как терминах наблюдаемого дисфункционального поведения, так и внутренних репрезентаций Я и Другого. ТФП сочетает в себе внимание к специфиче-

ской потребности пограничных пациентов в структуре, в виде ясной рамки терапии с ключевыми психодинамическими акцентами, такими как помощь каждому индивиду найти баланс сил, которые воздействуют на его чувства, мысли и поведение — биологических побуждений, внутренних ограничений против этих побуждений, а также ценностей и ограничений социальной реальности. Цель состоит в том, чтобы найти баланс, позволяющий адекватно удовлетворять побуждения и поддерживать адекватный контроль для успешной адаптации ко внешнему миру. ТФП помогает пациенту понять бессознательные иррациональные паттерны мышления и чувств (а также конфликты между разными наборами этих паттернов), которые часто лежат в основе поведенческих симптомов. Мы считаем, что, по мере того как эти бессознательные мысли и чувства достигают сознания, их понимание позволит пациенту овладеть разными аспектами себя, а также внутренними конфликтами между различными аспектами себя, которые ранее завладевали бессознательным контролем над чувствами и поведением пациента.

Цель ТФП

Цель ТФП — помочь пациентам интегрировать все аспекты своего внутреннего мира (а не отщеплять в защитных целях постыдные, болезненные или «неприемлемые» мысли, чувства и мотивы), с тем чтобы переживать себя и других связным сбалансированным образом. Терапевт ТФП помогает интегрировать эти разрозненные психологические состояния, используя трансферентные отношения как средство понимания внутренних паттернов отношений, которые лежат в основе чувств и поведения, но пребывают вне сферы осознания пациента.

Учитывая тот факт, что многие структурированные виды лечения ПРЛ значительно снижают выраженность симптомов, а также что ни один из видов лечения не имеет однозначных преимуществ в этом отношении перед другими (Levy et al., 2012), важно обсудить, чем уникальна ТФП. Значение ТФП берет начало с амбициозности поставленных целей. ТФП структурирована и организована с расчетом на задачу изменения организации личности пациента. Цель лечения можно определить и оценить на нескольких уровнях наблюдения. Цель ближайшей перспективы — оказать значительное влияние на перцепции себя и других и изменить их. Нормализация репрезентаций Я и других будет направлять межличностное поведение и приведет к значительным изменениям в сфере межличностного функционирования. Для оценки репрезентаций себя и других можно использовать стандартизованные техники, такие как

Интервью о привязанности для взрослых (George C., Kaplan N., Main M. Adult attachment interview protocol, 3-е издание, неопубликованная рукопись, Университет Калифорнии, Беркли, 1996) и оценку по шкале рефлексивного функционирвоания (Fonagy P., Steele M., Steele H. et al. Reflective-function manual: version 5.0, неопубликованная рукопись, Университетский колледж Лондона, 1998). На другом уровне оценки и наблюдения важной целью ТФП являются успехи пациента в дружеских, близких и профессиональных отношениях. Снижение выраженности симптомов важно как шаг к большей вовлеченности в нормальные, приносящие удовлетворение аспекты дружбы, близких отношений, работы и профессионального успеха.Уникальность ТФП состоит в амбициозности ее целей с точки зрения снижения выраженности симптомов; изменения репрезентаций Я и других; успехов в дружбе, близких отношениях и в функционировании на работе. Эти далекоидущие цели ТФП влияют на весь процесс, включая техники интервенции, фокус индивидуальных сеансов и длительность лечения. Здесь нужно отметить, что, несмотря на то что пограничные пациенты имеют много общих симптомов, уровень тяжести их состояния, включая степень адаптации в любовной и профессиональной сфере, значительно варьируется. Как следствие, процесс и длительность ТФП может меняться в соответствии с уровнем выраженности дисфункции каждого пациента в начале лечения. Мы вернемся к этой теме в главе 11, когда после объяснения основных понятий и инструментов лечения в центральных главах этой книги будем рассматривать разнообразие траекторий лечения.

Активация объектных отношений в безопасном контексте

В отличие от других лечебных моделей, ТФП обеспечивает пациенту сеттинг, который способствует полной активации внутренних репрезентаций Я и Другого, в процессе развития отношений между терапевтом и пациентом. Можно ожидать, что ранние объектные отношения — интенсивные интернализованные переживания себя и других — активируются в лечебном сеттинге, поскольку они активируются во всех сферах жизни пациента и обусловливают преобладающие мотивационные системы пациента. Пациент может использовать лечение как возможность позволить ранним объектным отношениям развернуться внутри сеттинга, где переживания и перцепции будут проанализированы и прояснены терапевтом на самом глубоком уровне. Эти сценарии являются не просто буквальным воспроизведением событий прошлого, но комбинацией того, что случилось в реальности, с тем, что

произошло в воображении пациента, а также тем, что пациент создал с защитной целью, чтобы избежать болезненного осознания.

В ТФП отношения пациента с терапевтом структурированы в контролируемых условиях, для предотвращения ситуаций, когда интенсивный аффект взрывает и тотально затапливает коммуникацию. Мы создаем терапевтическую рамку, о чем пойдет речь в главе 5 «Установление терапевтической рамки». Она позволяет безопасным образом реактивировать эти прошлые патогенные переживания. Безопасность и стабильность терапевтического окружения позволяет пациенту начать рефлексировать о том, что он переживает, и соотнести эти переживания с внутренними репрезентациями, которые, вероятно, не соответствуют объективной реальности, и, далее, с произошедшим в прошлом, поскольку сегодняшние перцепции подчас основываются в большей степени на внутренних репрезентациях, а не на том, что на самом деле происходит сейчас. *Техническая нейтральность* со стороны терапевта помогает активации внутренних репрезентаций и установлению наблюдающего отношения к ним. Нейтральность подразумевает наблюдение за всеми компонентами переживаний пациента, а также помощь пациенту присоединиться к терапевту в этом наблюдении. При этом терапевт избегает того, чтобы отдавать предпочтение какому-то одному аспекту переживаний, что привело бы к торможению проявления и рассмотрения всего набора факторов, которые влияют на мысли, эмоции и поведение.

ТФП способствует изменениям, реактивируя ранние объектные отношения, с одной стороны, в условиях контроля, с другой — вне порочного круга реагирования обычного окружения пациента, когда он действует в условиях эмоциональной дисрегуляции. Таким образом, ТФП предлагает альтернативу привычной реакции окружения пациента на его болезненные проявления и позволяет пережить внутренние патологические отношения в контролируемых условиях. В этом состоит суть переноса. Вместо того чтобы пытаться сдерживать эти особенности восприятия и поведения с помощью образовательных мероприятий, мы позволяем им активироваться, с тем чтобы наблюдать за ними, размышлять о них и понимать их.

Этот процесс, однако, имеет свои ограничения. Из-за процесса сгущения в памяти событий прошлого, мы не можем рассматривать такую реактивацию как точное воспроизведение того, что происходило фактически. Здесь имеют место трансформирующие процессы — прогрессия, регрессия и фиксация[1]. Лечение не воспроизводит конкретный опыт прошлого, но,

---

[1] Это пример того, что французы называют après coup (фр. «постфактум».— *Примеч. перев.* а в германоязычной литературе. Nachträglichkeit, т. е. ретроспективная модификация травмы.— *Примеч. авторов.*

скорее, выявляет внутреннюю конструкцию, первоначальный источник которой невозможно с точностью установить. Нас не заботит, что на самом деле является фантазией, а что является точным описанием прошлого. Эта текущая психическая реальность — фундаментальный мотивационный фактор в жизни пациента, поскольку он отражает психическую структуру, и эта структура становится фокусом для модификации в процессе лечения (см. таблицу 2–1). Фундаментальный механизм изменений — фасилитация реактивации диссоциированных, вытесненных или спроецированных интернализованных объектных отношений в контролируемых условиях. Это фасилитация регрессивного процесса — регрессия во времени, в режиме функционирования и в опыте с целью развития способности к интроспекции, или саморефлексии[1].

ТАБЛИЦА 2–1. Механизмы изменений в психотерапии, фокусированной на переносе

Интервенции терапевта	Поведение и реакции пациента
Обсуждение терапевтической рамки; позиция технической нейтральности; контейнирование аффекта в контрпереносе	Результат — менее импульсивные действия в повседневной жизни пациента и активация патологических объектных отношений по отношению к терапевту.
Выявление и исследование патологических отношений, которые активируются в лечении, что включает следующие шаги:	
1. Прояснение: выявление, описание и вычленение когнитивного содержания интенсивных аффективных состояний в терминах объектных отношений	Высоко заряженные аффективные состояния и отыгрывание трансформируются и контейнируются с помощью когнитивной проработки. Это ведет к развитию определенной степени аффективной модуляции и контейнирования.
2. Конфронтация: тактичное исследование несогласованностей и противоречий в коммуникации, поведении или мышлении пациента	Это приглашает пациента к рефлексии. Пациент начинает лучше осознавать противоречивую природу своего опыта, колебания между идеализированными и персекуторными переживаниями. Растет способность пациента наблюдать собственный психический опыт. Повышается способность к триангуляции мышления и осознанию его символической природы; это ведет к большему контейнированию аффекта и уменьшению затапливания аффективными переживаниями.

1 Мы предпочитаем термин «интроспекция» термину «рефлексивное функционирование».— *Примеч. авторов.*

Интервенции терапевта	Поведение и реакции пациента
3. Интерпретация защитной природы расщепления и других примитивных механизмов	Это ведет к более глубокому пониманию символичности психического опыта и росту осознания того, как мыслительные процессы и поведение скрывали разные аспекты Я.
4. Интерпретация расщепления	Это ведет к дальнейшему овладению негативным аффектом и его контейнированию, а также осознанию символической природы мышления вместе с повышением способности рефлексировать и осознавать триангулярную природу мышления. Здесь есть постепенная и поначалу временная интеграция идеализированных и персекуторных переживаний со смягчением примитивных аффективных переживаний. В средней фазе терапии циклы сниженной тревоги и сниженного расщепления могут чередоваться с регрессией к параноидной тревоге по мере того, как происходит постепенное движение к «депрессивной позиции» с ее более интегрированным и реалистичным взглядом на Я и других.

Реактивация внутренних объектных отношений во взаимоотношениях с терапевтом называется *переносом*. Это бессознательная активация ведущих патогенных интернализованных объектных отношений в текущих отношениях пациента. Изначальные инструкции терапевта (поощряющие свободные ассоциации на тему трудностей, которые привели пациента на терапию) и установка на слушание (с равномерно распределенным вниманием) сигнализируют о готовности к специфическим объектным отношениям — к отношениям, где есть человек, нуждающийся в помощи, с реалистичным доверием по отношению к фасилитатору (терапевту), который хочет помочь с искренним интересом и знанием, но не всемогуществом. Возникновение переноса отмечается на основании любых признаков искажения «нормальных» (дружественных) отношений за счет проявления примитивных, отщепленных, преследующих и идеализированных внутренних диад объектных отношений пациента во взаимодействии с терапевтом.

В терапевтическом взаимодействии проявляются бессознательные конфликты, связанные с ядром диффузной идентичности, и анализ этого процесса составляет центральный аспект технического подхода ТФП. Когнитивное формулирование терапевтом этого опыта называют *интер-*

претацией. Она включает гипотезу о бессознательном значении переноса или других аспектов переживаний или поведения пациента. Защищающая рамка лечебного процесса (озвученная в терапевтическом контракте) вносит фундаментальный вклад в контейнирование, или холдинг, возникающих сильных аффектов, которые являются частью внутренних конфликтов. Холдинг представляет собой контейнирование аффекта, или рамку аффекта, и не подразумевает проявлениий открытой теплоты или сочувствия со стороны терапевта (при том что терапевт обращается с пациентом с позиции человечности и благожелательности, а не холодной «нейтральности», которая есть не что иное как карикатура на психоаналитического терапевта).

Контейнирование в большей степени относится к когнитивному структурированию того, что поначалу выглядит хаотичным. В работе с тяжело нарушенными пациентами терапевту порой приходится смиряться с целыми периодами, в течение которых его основная роль заключается в том, чтобы подвергаться самым невыносимым и интенсивным аффективным состояниям пациента и принимать их,— состояниям, которые пациент ощущает как непереносимые и имеет склонность разряжать их через отыгрывание в поведении. Способность терапевта иметь дело с этими аффектами без их отвержения или реагирования на них является ключевой с точки зрения помощи пациенту, выдерживать то, что прежде было непереносимым, настолько продолжительное время, чтобы начать рефлексировать об этом. С этого момента может начаться процесс интерпретации.

Деструкция мышления

Дезорганизация пациента включает не только представления о Я и других, отношения с собой и с другими и преобладание примитивных аффектов, но также защитные процессы, которые препятствуют полноте осознания. Эти процессы блокируют и искажают мышление и осознавание. Более здоровые пациенты невротического уровня пытаются избавляться от неприемлемых мыслей, аффектов и воспоминаний с помощью процесса вытеснения, что создает относительно стабильную и уравновешенную систему, которая, однако, может включать в себя такие симптомы, как повышенная тревожность.

У более примитивных пациентов фрагментация и разорванность проявляется в виде приступов, атакующих связи между мыслями (Bion, 1967) — иначе говоря, оказываются затронуты сами процессы мышления, иногда настолько сильно, что аффекты, главным образом негативные, находят выражение в действии, при полном отсутствии их когнитивного осознания.

Другими словами, эти пациенты могут вести себя крайне агрессивно, но на сознательном уровне никак не осознавать эту агрессию. Аффект проявляется лишь в действиях, как в случае Эми, который мы обсуждаем в главах 8, 9 и 10, посвященных фазам лечения. Один пример из ее случая: находясь под надзором, Эми нанесла себе порезы, при том что на сознательном уровне она не отмечала в связи с этим никакой агрессии.

ТФП стремится к пониманию действий пациента и любых связанных с ними аффектов в терминах объектных отношений — переживания Я и Другого — которые лежат в основе действий. Еще один механизм изменений в ТФП — трансформация действий («отыгрывания») в эмоциональные когниции, т. е. трансформация поведенческих актов в понимание интернализованных репрезентаций себя и других, которые составляют мотивационную систему. Лечение направлено на то, чтобы активировать в переносе и затем развернуть интернализованные объектные отношения, составляющие структуру характера и лежащие в основе отыгрывания. Механистичное, автоматическое поведение обратно трансформируется во внутренние отношения, которые дали начало этому поведению. Последователи теории привязанности называют такие отношения «внутренними рабочими моделями». Понятие интернализованного сценария отношений, который включает образ Я во взаимодействии с Другим, а также ожидания от межличностных транзакций, общего как для диад объектных отношений, так и для внутренних рабочих моделей привязанности, описанных в рамках теории привязанности. С учетом примитивной дезорганизации аффектов и их связи с когнитивными процессами терапевт способствует развитию у пациента когнитивной способности раскрывать смысл аффекта. Терапевт помогает пациенту соединить когницию и аффект, который прежде был аномальным образом диссоциирован и дезорганизован.

Этапы продвижения ТФП

Процесс ТФП имеет определенный порядок развития. Терапевтическая рамка способствует контейнированию и позволяет в атмосфере безопасности реактивировать интернализованные диады в переносе. Пациент естественным образом сопротивляется развитию отношений в этой рамке, из-за тревоги по поводу привязанности и параноидных аспектов переноса и может задействовать разнообразные варианты отыгрывания, чтобы избежать интенсивного аффекта или рассеять его. Анализ сопротивлений пациента способствует пониманию его глубинных предположений и ожиданий касательно отношений. Терапевт, поощряя свободную коммуникацию

внутри терапевтической рамки, позволяет повторно активироваться хитросплетениям отношений, которые характеризуют жизнь пациента.

В ТФП мы вначале анализируем защиты пациента. Возможно, это звучит рискованно, но контейнирование, которое предоставляет терапевтическая рамка, служит в качестве якоря и поддерживает контроль в пространстве, для безопасного регресса пациента. Вслед за таким анализом следуют шаги по интерпретации и развитию саморефлексии. ТФП — это итеративный процесс; не бывает гладких разрешений всех конфликтов с первого раза. Происходят повторяющиеся циклы, в которых постепенно развивается процесс модификации и изменений. Например, аффективные бури вначале могут выглядеть неуправляемыми и недоступными для рефлексии, но постепенно они становятся более модулированными, и, по мере того как пациент движется сквозь циклы модулирования аффектов благодаря растущей способности к рефлексии, эти бури постепенно стихают. Пример работы с аффективной бурей приведен в видео 3–1, 3–2 и 3–3 (см. главу 7 «Тактики лечения и клинические трудности»)... Пограничным пациентам свойственна иерархическая организация негативных аффектов. С помощью этой защитной тенденции они атакуют и потенциально разрушают то, что им представляется причиной боли и страданий. Такая общая тяга к разрушению бывает направлена как против других, так и против себя. Хронический гнев и агрессия могут кристаллизоваться в ненависть, переживаемую в отношениях с объектами, которые воспринимаются как источник страданий. С этим стремлением уничтожить источник боли или избавиться от него может конкурировать стремление отомстить и заставить страдать другого, что ведет к реверсу ситуации, как правило не осознаваемому пациентом. Удовольствие и боль могут соединяться с агрессией и вести к выраженной садомазохистической динамике. При менее высоком уровне агрессии существует потребность не мстить, а, скорее, контролировать другого. Человек чувствует себя в безопасности, пока контролирует другого. Таким образом находит выражение примитивная защита всемогущего контроля.

Объект, вызывающий боль, может восприниматься как внешний или как внутренний объект. Таким образом, агрессия может быть направлена против себя, чему сопутствует частое ощущение хаоса и замешательства, происходящее из проективной идентификации и повторной интроекции источника негативного аффекта. Стремление направить агрессию против себя может быть очень интенсивным, в самых крайних обстоятельствах оно становится доминирующим.

Направление агрессии против себя (например, путем суицида или парасуицидального поведения) — это отыгрывание в действии различных

мотиваций, которые могут проявляться в переносе. Существует множество типов суицида. Иногда мышление и поведение отражают идентификацию с садистичным родителем. Об этом следующее утверждение Фэйрберна (Fairbairn, 1952): «Лучше быть грешником в мире, которым правит Бог, чем жить в мире, которым правит Дьявол» (Стр. 66–67). Другими словами, лучше держаться до конца ради чистого добра, чем допустить фундаментальное присутствие агрессии. Таким образом, мазохизм может быть охранительной системой, с помощью которой хищнические атаки интернализуются, создавая чувство безопасности, пока агрессия направлена против себя и не касается идеализированного Другого. В иных случаях человек более прямо интернализует садистический объект и идентифицируется с ним, чтобы сохранить отношения с агрессивным родителем. Попытка убить себя становится попыткой идентифицироваться и объединиться с агрессивным Другим.

При успешном ходе терапии, в ее средней фазе, когда тенденция к отыгрыванию снизилась и аффекты контейнируются в границах терапевтической рамки, повторяющиеся доминирующие внутренние объектные отношения пациента могут быть признаны и прояснены. Существует несколько аспектов постепенных изменений пациента. Пациент становится способным к интроспекции и, в то же время, способным переносить постепенное соединение аффектов с противоположными знаками. Развитие интроспекции и постепенная интеграция противоположных аффектов ведут к модуляции аффектов и, в свою очередь, способствуют еще большему развитию интроспекции.

Роль человеческих отношений в ТФП

В литературе всесторонне исследован вопрос о том, насколько важны открытые помогающие человеческие отношения между терапевтом и пациентом (Mitchell & Aron, 1999). В обычных обстоятельствах человеческие отношения помогают людям. Однако чем болезненнее состояние пациента, тем меньше он способен к отклику на обычные человеческие отношения. В этом и заключается трагедия тяжелой личностной патологии: обычные каналы взаимности в коммуникации и урегулирования конфликтов с другими оказываются искаженными или разрушенными. Именно исследование интенсивных негативных аффектов путем анализа переноса — и это отличается от исходного положения о необходимости для роста пациента теплых, отдающих человеческих отношений — позволяет пациенту постепенно принять новые отношения как нечто ценное, что он может использовать для развития и обретения чувства удовлетворенности. Работа

в рамках терапии позволяет пациенту двигаться от состояния фиксации на внутренних образах, которые определяют его переживание других, к способности узнавать других как уникальных и отличных от него. Отношения с терапевтом оказывают неспецифический эффект, который, пожалуй, имеет место во всех видах лечения, но особенно он важен в ТФП и других аналитических подходах в работе с пациентами, чьи внутренние образы и проекции разрушают возможность установления глубоких отношений. Изначально ключевое качество терапевта вовсе не эмоциональная теплота, которую пограничные пациенты зачастую ложно интерпретируют как неискренность или даже опасную попытку соблазнения, а, скорее, способность терапевта принимать и контейнировать интенсивные аффекты пациента без защитного отстранения или попыток отмщения. В заключительной же фазе терапии начинает действовать более неспецифический фактор помогающих человеческих отношений. В отличие от общепринятого, основанного на здравом смысле предположения, что вначале терапевту необходимо установить с пациентом хорошие отношения, терапевтический альянс с пограничными пациентами является не предпосылкой, а следствием лечения; это результат систематического разрешения негативных аспектов переноса и интеграции внутреннего мира. Предпосылкой является контейнирование интенсивного аффекта.

Длительность ТФП

Как мы описали выше, пациенты, удовлетворяющие диагнозу ПРЛ, составляют гетерогенную группу, которая варьируется по степени тяжести симптомов, дефициту близких отношений и трудоспособности. По этой причине невозможно определить универсальные временные рамки лечения. Наши исследования, которые включают периодические оценки состояния и статистику для анализа траектории изменений, позволяют нам обозначить некоторые варианты длительности лечения, которые мы наблюдали в отношении отдельных конкретных изменений у таких пациентов. Например, мы видели множество случаев, в которых отыгрывание пациентов становится управляемым в течение первых 6 месяцев лечения и в которых использование примитивных защитных механизмов значительно снижается на втором году лечения. Эти изменения подготавливают почву для более прямого фокуса на разрешении диффузии идентичности пациента, на консолидации более интегрированной идентичности, на оттачивании понимания прогресса пациента в сфере любовных отношений, работы и досуга. (См. главу 11, где приведены дополнительные сведения о том, чего еще можно достичь за время лечения.)

СОЗДАНИЕ РУКОВОДСТВА ПО ЛЕЧЕНИЮ

Следующим шагом вслед за продолжающимся анализом записанных на видео сеансов стало формулирование в письменном виде родившихся в групповых обсуждениях принципов интервенций. Комбинируя их с конкретными клиническими примерами, взятыми из нашей практики (Clarkin et al., 1999), мы создали это лечебное руководство, которое, таким образом, представляет из себя не статичный письменный продукт, а, скорее, эволюционирующую работу, которая отражает наш растущий опыт взаимодействия с пограничными пациентами. Впоследствии мы написали учебник по ТФП (Yeomans et al., 2002) и второе руководство (Clarkin et al., 2006). В данное руководство мы включили новые разработки на основе опыта работы в средней и поздней фазе терапии, дополнительные сведения о результатах, которых можно достичь со временем, и о дифференциации лечения применительно к разным подгруппам пациентов с ПОЛ (например с высокоуровневым ПОЛ, низкоуровневым ПОЛ с нарциссическим расстройством и без) или злокачественным нарциссизмом).

Печатное руководство было введено в перечень исследовательских инструментов в сфере психотерапии, с тем чтобы описать процесс лечения достаточно подробно для последующего воспроизведения и исследования. Именно эта цель, а также необходимость обучить наших студентов подтолкнули нас к написанию этого руководства. Кроме того, в процессе преподавания ТФП мы обнаружили, что записанные на видео сеансы опытных терапевтов и клиницистов оказались замечательным инструментом для обучения этому лечебному подходу. По этой причине данная книга включает доступ к онлайн видео скомбинированных клинических случаев с участием актеров, играющих роли пациентов (видео доступны по адресу *www.appi.org/Yeomans*).

ПРЕПОДАВАНИЕ ТФП ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ МЕТОДУ И КОМПЕТЕНТНОСТИ

Наша клиническая группа в Институте личностных расстройств накопила опыт по обучению клиницистов ТФП до достижения ими удовлетворительного уровня освоения метода и компетентности. Типовая обучающая программа включает вводные обучающие семинары, за которыми следует просмотр видеозаписей терапевтов, строго следующих принципам ТФП. Затем терапевт работает с двумя пограничными пациентами

с использованием ТФП под регулярной супервизией. Мы разработали шкалу оценки освоения метода и компетентности, которая позволяет сертифицированным ТФП-терапевтам оценивать работу обучающихся (шкала доступна по запросу). Необходима регулярная оценка уровня освоения метода и компетентности ТФП-терапевтов для того, чтобы поддерживать качественный уровень проводимой терапии.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

В ходе разработки ТФП мы получили грант на развитие лечебного метода (R21) от Национального института психического здоровья. Главным исследователем является Джон Кларкин. Благодаря этому гранту мы провели лечение методом ТФП для 17 пограничных пациентов в течение 1 года без контрольной группы. Это исследование позволило нам применить на практике вновь разработанное руководство по лечению и продвинуть процесс регулярного клинического консультирования на основе случаев друг друга. На таких совместных встречах фокус внимания был направлен не только на то, что произошло на последнем сеансе, но также на использование этой информации для планирования следующих сеансов и дальнейшего продвижения исследования. Результаты этого исследования оказались вдохновляющими (Clarkin et al., 2001). В течение первого года терапии число пациентов, которые совершали суицидальные попытки, значительно снизилось, равно как случаи нанесения и степень тяжести самоповреждений. Кроме того, в течение этого года пациенты из исследовательской группы значительно реже госпитализировались и провели меньше дней в стационаре по сравнению с годом, предшествовавшим началу лечения.

РАНДОМИЗИРОВАННЫЕ КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

РКИ в Нью-Йорке

Фонд исследований пограничных расстройств (The Borderline Research Foundation) — частный фонд, основанный в Швейцарии, обратился к нам с предложением рассмотреть возможность финансирования разработки

нашего лечебного метода. С одобрения и при поддержке главы нашей кафедры доктора Джека Баркаса мы успешно выиграли грант на финансирование и вместе с тремя другими центрами смогли организовать РКИ для сравнения ТФП с другими методами, использующими руководства по лечению. Мы решили сравнить ТФП с диалектической поведенческой терапией (ДПТ) — признанным на тот момент эмпирически исследованным методом лечения пограничных пациентов, а также с поддерживающим психодинамическим лечением на основе руководства. Это лечение было похоже на ТФП за исключением того, что в нем не использовались интерпретации «здесь и сейчас», которые мы считали ключевым агентом изменения в ТФП. Исследование (Clarkin et al., 2007) обнаружило, что хотя ТФП, ДПТ и поддерживающая психотерапия показали значительные позитивные изменения в уровне депрессии, тревоги, общего функционирования и социальной адаптированности по итогам 1 года лечения, лишь ТФП оказалось значимым предиктором изменений в раздражительности, а также в вербальной и непосредственной агрессии. И ТФП, и ДПТ оказались значимо связаны с улучшением по показателям суицидальности, а также и ТФП, и поддерживающая психотерапия были связаны с улучшением по показателям гнева и импульсивности. Что наиболее важно, пациенты в группе ТФП, но не в группах ДПТ или поддерживающей психотерапии показали значимые изменения в рефлексивном функционировании (РФ), которое, согласно гипотезе, считается механизмом изменений в ТФП (Levy et al., 2006).

РКИ в Европе

После получения данных о том, что ТФП эффективно снижает симптомы и по эффективности не уступает ДПТ, далее для нас было важно показать, что ТФП можно проводить с клиническим результатом не только в том центре, где она была разработана. При поддержке и благодаря всестороннему сотрудничеству с доктором Питером Букхаймом, психиатром из Мюнхена (Германия), мы смогли обучить терапевтов в Мюнхене и других германоязычных городах, с тем чтобы они могли начать использовать ТФП в своей клинической практике. Руководство по ТФП было переведено на немецкий язык и опубликовано. Этот шаг привел к тому, что появилась возможность разработать РКИ и сравнить ТФП с лечением, которое в рамках германской и австрийской систем здравоохранения проводили местные специалисты. Деринг с коллегами (Doering et al., 2010) провели РКИ, в рамках которого в течение одного года сравнивали ТФП с терапией, которую проводили опытные местные специалисты. В обеих

группах у пациентов наблюдалось улучшение, хотя пациенты, случайным образом распределенные в группу ТФП, показали более низкие значения обрыва терапии; значительно меньшее количество суицидальных попыток, госпитализаций и симптомов ПРЛ, а также более значительное улучшение в организации личности и психосоциальном функционировании. В обеих группах произошли значительные улучшения по показателям депрессии и тревоги, а группа ТФП также показала улучшение в общей психопатологии, без каких-либо значимых групповых различий. Результаты этого исследования позволяют говорить, что ТФП является эффективным методом лечения ПРЛ.

Эффекты лечения, выходящие за рамки изменений симптомов

В нескольких РКИ была установлена эффективность различных основанных на руководствах когнитивных и психодинамических видов лечения для пациентов с ПРЛ (Bateman & Fonagy, 1999; Clarkin et al., 2007; Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 1991). Результаты позволяют предполагать, что этим пациентам помогают общие для этих видов терапии элементы, что ставит вопрос о механизмах изменений: каковы действующие элементы этих видов лечения, которые ведут к изменениям? Например, в соответствующих лечебных руководствах утверждается, что путями к изменениям являются ключевые терапевтические стратегии и техники, такие как тренинг навыков (Linehan, 1993), развитие ментализации (Bateman & Fonagy, 1999) и использование процесса интерпретации переноса в ТФП (Clarkin et al., 2006). Хотя эти виды лечения успешно снижают симптомы, нам доступен ограниченный объем данных о том, что техники конкретного терапевта связаны с теми изменениями, которые мы обнаруживаем. Второй, связанный с первым вопрос касается достижения конечных точек в разных видах лечения. Что касается ТФП, мы всегда утверждали, что изменение симптомов у пограничных пациентов является крайне важным, но для достижения истинных личностных изменений пациент должен достичь изменений в ментальных репрезентациях себя и других, а также успеха в близких отношениях и профессиональном функционировании. Наши исследования раскрывают эти вопросы в нескольких аспектах.

В РКИ, которое сравнивало ДПТ и поддерживающее лечение (Clarkin et al., 2007), мы использовали Интервью о привязанности для взрослых (Adult attachment interview; George et al., 1996) до начала и через 1 год по-

сле начала лечения, чтобы получить информацию для оценки РФ каждого пациента. РФ, которое мы таким образом оценивали, было определено в работе Фонаги и коллег (Fonagy et al., 1998) как операционализированная мера способности к ментализации, т. е. способности представлять себя и других в терминах отношений, эмоций и мотиваций. Мы высказали гипотезу, что ТФП, учитывая ее акцент на помощи пациенту углубить понимание и осознание репрезентаций Я и других во взаимодействии с терапевтом, должна значительно повышать уровень РФ у пограничных пациентов, и что ДПТ и поддерживающее лечение, которые не включают активный элемент интерпретации переноса, не будут повышать РФ. И действительно, именно это мы и обнаружили (Levy et al., 2006). Тот факт, что ТФП значимо снижает выраженность симптомов и повышает уровень РФ, вполне соответствует предполагаемым механизмам действия этого метода лечения. Мы интерпретируем значительное повышение уровня РФ в процессе ТФП как результат того, что терапевт приглашает пациента прояснить его концепцию Я и Других, конфронтирует с несоответствиями и помогает пациентам интегрировать сложные репрезентации Я и Других посредством интерпретации «здесь и сейчас».

В европейском РКИ (Doering et al., 2010) было использовано Структурное интервью для определения типа личностной организации (Structured interview for personality organisation, STIPO) — полуструктурированная форма интервью, основанная на теории объектных отношений. Интервью проводилось для оценки личностного функционирования до начала и через 1 год после начала лечения. В этом исследовании было обнаружено, что ТФП значительно улучшает общее функционирование личности по результатам оценки с помощью STIPO, но такой прогресс не наблюдался в группе сравнения.

Текущий эмпирический статус ТФП

В текущий статус ТФП внесли свой вклад клинические исследования, которые были описаны в предыдущих разделах. Терапевты могут изучить и использовать ТФП, компетентно следуя ее принципам, не только в том центре, где она была разработана (Институт личностных расстройств Вейл Корнелл), но и в других местах. ТФП продемонстрировала значительное снижение симптомов в двух РКИ за период 1 года терапии (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010). ТФП превосходит обычное лечение, которое проводилось специалистами в общей популяции (Doering et al., 2010), и, по крайней мере, так же эффективна, как и ДПТ, которая является стандартом этой области (Clarkin et

al., 2007). Наконец, ТФП создает изменения, которые выходят за рамки обычных изменений симптомов; ТФП вызывает изменения в РФ (Levy et al., 2006) и значительное улучшение в личностном функционировании (Doering et al., 2010).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ЕГО СВЯЗЬ С ПРОЦЕССОМ И ИТОГОВЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ

Многое было сказано о разрыве между клинической работой и эмпирическими исследованиями. Клиницисты подчеркивают важность индивидуального подхода к каждому пациенту и отношениям терапевт — пациент. Клиницисты описывают случаи, которые изобилуют подробностями и могут оставить читателя в растерянности относительно того, как эту конкретную историю можно обобщить на других пациентах и методах лечения. Исследователи, напротив, подчеркивают важность групповых данных и необходимость в объективных данных на основе выборок большого числа людей, гомогенных по своей дисфункции, и данные эти должны быть получены с помощью ясно очерченного лечебного подхода. Исследователи жалуются на то, что клиницисты не используют их данные, а клиницисты заявляют, что исследования являются недостаточно специфичными, чтобы быть полезными для их работы. Ситуация выглядит так, будто она неразрешима и обе стороны идут параллельными курсами, которые никогда не пересекутся.

И клинический, и эмпирический подход отражают важные точки зрения, поскольку они оба частично правы. Наш взгляд состоит в том, что проблема заключается не в противоречии между клинической и эмпирической ориентацией, а, скорее, в том, как группа клинических исследователей может с пользой применить оба подхода. Это лечебное руководство стало попыткой объединить преимущества обоих подходов. Как читатель вскоре увидит, в этом лечебном руководстве мы подчеркиваем важность клинического случая и всесторонне используем его, описывая стратегии, тактику и техники ТФП, применяемые в начальной, средней и заключительной фазе лечения. Поскольку у нас есть данные о результатах всех этих случаев, которые взяты от одного из множества наших эмпирических исследований ТФП, мы можем объединить преимущества подробного описания индивидуального случая с общим процессом и данными о результатах из групп пациентов с ПОЛ, которых мы исследовали. Благодаря нашему знанию каждого индивидуального случая и итоговых показателей групповой статистики, мы можем поместить индивидуальный случай в контекст общих итоговых параметров.

Главная цель этой книги в том, чтобы помочь клиницисту лечить конкретного пациента, который имеет симптомы и трудности, характерные для ПОЛ. ТФП — это лечебный подход, основанный на принципах; иначе говоря, мы излагаем принципы лечения (стратегии, тактику и техники) в том виде, в котором они применяются в работе с индивидуальным пациентом. Читателям нужно освоить принципы, как мы их описываем и применяем в индивидуальных случаях, с которыми нам пришлось работать. Затем, по мере того как читатели продвигаются в клиническом процессе, им нужно использовать принципы и применять их в работе с индивидуальными случаями, равно как и свое клиническое видение.

Читателю полезно иметь путеводитель, содержащий детальное описание работы с индивидуальными случаями. Хотя каждый из представленных пациентов уникален, все они соответствуют критериям ПРЛ и ПОЛ. Из всех приведенных случаев мы выбрали работу с двумя пациентками, Эми и Бетти, для иллюстрации прогресса лечения и изменений пациента (см. главы 8,9 и 10). Другие, более короткие зарисовки, используются в тексте для иллюстрации применения конкретных принципов ТФП.

Ключевые клинические положения

- ТФП разработана группой клинических исследователей, глубоко погруженных в лечение пограничных пациентов.
- Процесс эмпирической разработки ТФП носит ступенчатый характер, начиная с составления руководства и до проведения рандомизированных исследований.
- Итоговые результаты исследований и обширный опыт работы с индивидуальными случаями обеспечивают поддержку принципам ТФП.
- Понимание пограничной патологии продвинулось вперед благодаря исследованиям, сфокусированным на функционировании пограничных пациентов в реальном времени, особенно в социальных ситуациях.

ИЗБРАННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЧТЕНИЯ

Barber J.P., Muran C., McCarthy K.S., et al. Research on dynamic therapies in Bergin and Garfield's. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6th Edition / Ed. by Lambert M.J., New York: Wiley, 2013. Pp. 443–494.

[Обзор, который помещает ТФП в контекст эффективности психодинамических видов лечения.]

Kazdin A. Psychotherapy for children and adolescents, in Bergin and Garfield's. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th Edition / Ed. by Lambert M.J., New York: Wiley, 2004, Pp. 543–589 [Лучшее описание ступенчатого процесса разработки психотерапевтического лечения.]

Levy K.N., Meehan K.B., Yeomans F.E. An update and overview of the empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychotherapies for borderline personality disorder, in Psychodynamic Psychotherapy Research. / Ed. by Levy R.A., Ablon J.S., Kachele H. New York: Springer, 2012. Pp. 139–168. [Сравнение сильных и слабых сторон, а также исследовательских данных специализированных видов лечения ПРЛ.]

ГЛАВА 3

СТРАТЕГИИ ПСИХОТЕРАПИИ, ФОКУСИРОВАННОЙ НА ПЕРЕНОСЕ

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ, фокусированной на переносе (ТФП) — консолидация идентичности, т. е. интеграция в переносе отщепленных друг от друга, идеализированных и персекуторных, интернализованных объектных отношений, для достижения связного, реалистичного и стабильного опыта переживания себя и других. Это внутреннее состояние консолидированной идентичности конгруэнтно эмоциональной регуляции и позитивным отношениям с другими, основанным на сотрудничестве. Эта цель достигается с помощью терапевтических интервенций, которые могут быть концептуализированы на разных уровнях абстракции и специфичности. *Стратегии* ТФП — это комплексный подход, определяющий последовательность шагов в процессе интерпретации объектных отношений, активируемых в переносе. *Техника* — это интервенции терапевта в каждый конкретный момент сеанса. Наконец, *тактика* ТФП — это маневры, которые терапевт использует для того, чтобы подготовить почву для адекватного использования интерпретации и других технических приемов. Стратегии ТФП мы описываем в этой главе, технику — в главе 6 «Техника лечения», а тактику — в главе 7 «Тактика лечения и клинические трудности».

Стратегии ведут происхождение от теории объектных отношений. Частичные репрезентации Я и объекта интегрируются посредством процесса, в котором терапевт выявляет, обозначает и отслеживает лежащие в основе репрезентации, по мере того как они проявляют себя в опыте

межличностных отношений. Когда пациент начинает распознавать характерные паттерны отношений, а противоречивые образы Я и объекта вновь и вновь проявляются предсказуемым образом, терапевт демонстрирует пациенту, какие усилия он направляет на поддержание разделения между этими репрезентациями (т. е. процесс расщепления, направленный на избежание тревоги, которую пациент будет испытывать, если начнет осознавать эти противоположные характеристики одновременно). В таблице 3–1 перечислены четыре стратегии, которые будут подробно описаны в следующих разделах.

СТРАТЕГИЯ 1: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОМИНИРУЮЩИХ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ — ТРАНСФОРМИРОВАНИЕ ДЕЙСТВИЯ В ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Первая стратегия ТФП предполагает, что терапевт выслушивает пациента, наблюдает за тем, как пациент выстраивает с ним отношения, и постепенно определяет доминирующие диады объектных отношений, которые пациент выражает или переживает во взаимодействии «здесь и сейчас». На операциональном языке это означает применение модели, изображенной на рис. 3–1: понимание того, какая из диад внутренних объектных отношений пациента активна в данный момент, и выявление репрезентации Я и репрезентации другого, которые проецируются на терапевта. В рамках первой стратегии можно выделить несколько шагов.

ШАГ 1: ПЕРЕЖИВАНИЕ И ВЫДЕРЖИВАНИЕ СПУТАННОСТИ

Часто уже на первом сеансе терапевт, работая с пограничным пациентом, начинает замечать атмосферу спутанности, замешательства, тупика и фрустрации. Этот опыт может быть весьма болезненным, в особенности из-за того, что пациент часто транслирует терапевту ощущение настоятельной нужды. Спутанность может привести терапевта к переживанию бессилия. Пациент, как будто настойчиво ищущий профессиональной помощи, может едва говорить, действовать так, будто у терапевта есть завуалированные злые мотивы, ругать терапевта или проявлять бурный аффект. Пациент может высказывать утверждения, которые противоречат друг другу или противоречат его текущему аффекту или поведению. Такая атмосфера является отличительной чертой ранних этапов работы с пограничными

пациентами. Первоочередная задача терапевта состоит в том, чтобы разобраться с собственными переживаниями.

ТАБЛИЦА 3–1. Стратегии терапии, фокусированной на переносе

Стратегия 1:	Выявление доминирующих диад объектных отношений
Стратегия 2:	Наблюдение и интерпретация переключений ролей внутри диады
Стратегия 3:	Наблюдение и интерпретация связей между противодействующими друг другу диадами объектных отношений
Стратегия 4:	Проработка способности пациента к переживанию иного опыта отношений в переносе и пересмотр других значимых отношений пациента

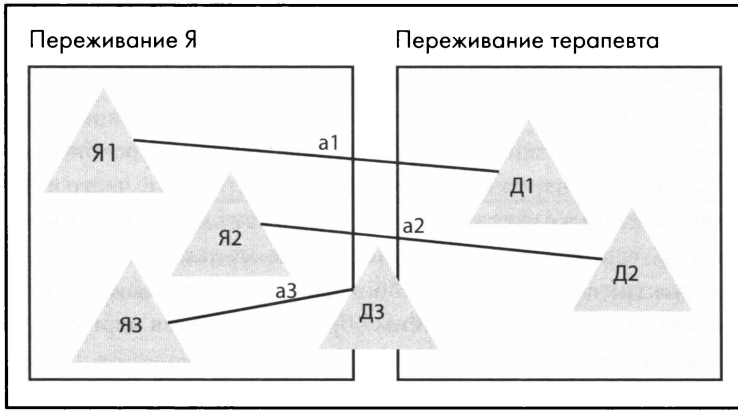


РИС. 3–1. Перенос: непосредственное переживание Я и Другого

Квадрат слева представляет переживание пациентом себя, *квадрат справа* — переживание Другого, в данном случае терапевта. *Три диады* — это три разных переживания себя и Другого, которые могут активироваться событием-триггером. Когда активна одна из диад, другие находятся вне осознания.

Роль терапевта двоякая: 1) вначале принять спроецированную репрезентацию объекта 2) *оставаться «над ситуацией» в позиции, которая позволяет наблюдать взаимодействие, пытаясь увлечь пациента в наблюдение и исследование разворачивающегося «действа».*

Третья диада показывает тип движения в ситуации, когда пациент начинает понимать — то, что он переживал в терапевте, может соответствовать чему-то в нем самом. в средней фазе терапии репрезентация объекта может поочередно то проецироваться, то на некоторое время быть принятой как часть Я.

Замечание: а=аффект, Д=Другой (в данном случае, терапевт), Я=я.

Вместо того чтобы отрицать состояние спутанности, сопротивляться ему или пытаться незамедлительно подавить его, в стремлении к достижению преждевременного «понимания», терапевту следует свободно иметь дело с этой спутанностью. Терапевту также следует уделять внимание специфической эмоциональной реакции (контрпереносу), которая в нем возникает, поскольку это может быть важной подсказкой либо о похожем, либо о комплементарном состоянии чувств, которое в данный момент активируется в пациенте. Например, чувство бессильной ярости, которое возникает в терапевте в качестве отклика на отказывающегося сотрудничать, но крайне требовательного пациента, может на самом деле представлять преобладающее в самом пациенте чувство, будто он загнан в угол опасным и всесильным терапевтом. Или же терапевт может чувствовать бессильную ярость, комплементарную текущему состоянию актуализации властного садистического контроля у пациента. Не стремясь к преждевременному сворачиванию этих интенсивных противоборствующих переживаний, терапевт демонстрирует способность их выносить. Пациент, обнаруживая это качество в терапевте, часто чувствует воодушевление, поскольку, если терапевт может выдерживать подобную спутанность, вероятно, и сам пациент тоже может быть открыт более полному спектру аффектов в его собственном внутреннем мире. Принятие терапевтом спутанности, таким образом, является первым проявлением эмпатии.

ШАГ 2: ВЫЯВЛЕНИЕ ДОМИНИРУЮЩИХ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Репрезентации, которые составляют внутренний мир пациента, обычно недоступны напрямую. Мы можем строить предположения относительно мира интернализованных объектов, отмечая повторяющиеся паттерны во взаимодействиях пациента с окружающими, особенно с терапевтом. Чтобы находить смысл в поведении, которое демонстрирует пациент, полезно бывает смотреть на эти чередования как на сцены спектакля, в которых разные актеры играют разные роли. Различные роли, необходимые для постановки сцены, отражают активные частичные репрезентации Я и другого. Представляя роль, которую пациент играет в данный момент, и роль, которая была уготована для терапевта, можно получить живое представление о мире внутренних репрезентаций пациента. Например, это могут быть роли вначале нуждающегося, голодного ребенка по отношению к отстраненному, отталкивающему родителю, а затем спонтанного, живого ребенка по отношению к любящему, терпеливому родителю. Дополнитель-

ные примеры таких утрированных ролей приведены в таблице 3–2. Этот список далеко не исчерпывающий. Терапевту следует сформулировать в отношении каждого пациента набор персонажей, подбирая слова, чтобы характеризовать актеров и взаимодействия как можно более специфично. В таблице 3–2 роли распределены по наиболее вероятным парам, однако у разных пациентов эти пары могут отличаться.

Чтобы определить набор диад объектных отношений, которые пациент привносит в межличностный спектакль, терапевту необходимо собрать значительный объем данных о текущем эмоциональном состоянии пациента, актуальных желаниях, страхах, а также о его ожиданиях и восприятии терапевта. Терапевт собирает эти данные, поощряя пациента описывать переживание взаимодействия с терапевтом «здесь и сейчас».

ТАБЛИЦА 3–2. Примеры, иллюстрирующие ролевые пары для пациента и терапевта

Пациент	Терапевт
Разрушительный, плохой ребенок	Наказующий, садистичный родитель
Контролируемый, гневный ребенок	Контролирующий родитель
Нежеланный ребенок	Не проявляющий заботы, увлеченный собой родитель
Дефективный, никчемный ребенок	Презрительный родитель
Жертва, переживающая насилие	Садистичный агрессор
Нуждающийся ребенок	Эгоистичный родитель
Вышедший из-под контроля, гневный ребенок	Бессильный родитель
Нападающий ребенок	Испуганный, подчиняющийся родитель
Сексуально возбужденный ребенок	Соблазняющий родитель
Сексуально возбужденный ребенок	Кастрирующий родитель
Зависимый, удовлетворенный ребенок	Идеальный кормилец
Ребенок, который стремится быть любимым	Отстраняющийся родитель
Контролирующее, всемогущее Я	Слабый, раболенный Другой
Дружественное, подчиненное Я	Боготворящий, обожающий родитель
Агрессивное, конкурирующее Я	Наказующий, мстительный Другой

Замечание. Левая колонка отражает часто встречающиеся Я-репрезентации, а правая колонка — часто встречающиеся объектные репрезентации. Однако нужно помнить, что роли в парах постоянно чередуются. Терапевт и пациент становятся вместилищами частичных репрезентаций Я и другого, быстро меняясь друг с другом ролями.

Этот процесс, который является частью процесса прояснения, включает активный расспрос о непосредственном опыте пациента и доведение до пациента того, как терапевт понимает его переживания, для корректировки и уточнения. Этот процесс прояснения похож на метод терапии, основанной на ментализации (Bateman & Fonagy, 2004), которая была разработана после ТФП. Так, терапевт может сказать пациенту: «Сегодня с самого начала сеанса вы ведете себя скрытно и уклончиво, как будто ждете опасности с моей стороны. Так ли это?» Ответ пациентки может скорректировать это утверждение или добавить важные уточнения: «Почему я должна говорить с вами? Вы никогда не отвечаете на мои вопросы, а просто перефразируете то, что я уже вам говорила». Тогда терапевт может скорректировать первоначальную гипотезу: «То есть ваша скрытность — это реакция на ваше восприятие меня как сдержанного человека. Так будет более правильно?» Этот процесс продолжается, пока пациент и терапевт либо придут к согласию о том, каким терапевт представляется в данный момент, либо согласятся на том, что не могут прийти к согласию. Схожим образом проявляется текущая Я-репрезентация пациента. Иногда пациент и терапевт не могут прийти к согласию. В таком случае терапевт предлагает пациенту то описание отношений, которое он считает наиболее точным, отмечая, что на данный момент они воспринимают взаимодействие по-разному. Часто довольно продуктивными оказываются попытки понять истоки различий в их восприятии.

Иногда пациент отвергает любые предложения терапевта, при этом достаточно признаков указывает на то, что эта реакция происходит автоматически, нерефлексивным образом. Такое обесценивание всего, что исходит от терапевта, само по себе характеризует примитивные объектные отношения, которые активируются в переносе. Пациенту следует предоставить описание картины происходящего, а также проинтерпретировать его значение.

Внутреннее эмоциональное состояние терапевта часто бывает сигналом о существовании объектных репрезентаций, которые активируются в нем пациентом. Таким образом, терапевт отслеживает собственные внутренние состояния, замечая чуждые ему чувства, стремления отклониться от своей роли, интенсивные аффекты, интрузивные фантазии или желания отстраниться.

ШАГ 3: НАЗЫВАНИЕ ДЕЙСТВУЮЩИХ ЛИЦ И ДЕЙСТВИЯ

Уровень индивидуальных диад

Сформировав впечатление об активных на данный момент времени репрезентациях Я и объекта, терапевт сообщает о нем пациенту. Пациент может лучше

всего откликнуться на такую коммуникацию в момент, когда он сам проявляет спонтанное любопытство в отношении природы взаимодействия с терапевтом (т. е. интерпретации лучше всего предлагать в то время, когда пациент эмоционально вовлечен в сеанс, но интенсивность аффекта идет на убыль). Терапевт также нуждается в некоторой дистанции от пика интенсивности взаимодействия, чтобы сформулировать сжатый комментарий, который вызовет внутренний отклик. Терапевт должен постараться дать происходящему насколько возможно специфическую характеристику, улавливая нюансы, которые отражают индивидуальность пациента. С тем чтобы показать что процесс терапии это не волшебство, что терапевт не всезнающ и нуждается в информации со стороны пациента, терапевту следует показать пациенту, как он пришел к тому или иному умозаключению. Например, он может сказать нечто вроде следующего: «Вы говорили все более тихим голосом, несмотря на то, что я несколько раз сказал вам, что плохо вас слышу. Это согласуется с моим наблюдением о том, что вы на меня злитесь». В формулировку важно включать как репрезентации Я и объекта, так и связующий их аффект.

Зачастую метафора, взятая из лексикона самого пациента, может открыть доступ к особенно живому и эмоционально наполненному обсуждению сложных образов Я и объекта. Приведенные ниже примеры иллюстрируют использование метафор в процессе попыток терапевта найти наиболее точные характеристики активным частичным репрезентациям Я и объекта.

Стратегии ТФП

- Я заметил, что вы реагируете на меня так, как если бы я был противником, обладающим тотальной властью над вами, вашим надзирателем, а вы — дрожащим, беззащитным узником.
- Значит я жадный, обирающий вас враг, и у вас нет другого выхода, кроме как стать скупым на слова и таким образом тоже давать мне очень мало в ответ.
- Все было бы прекрасно (с вашей точки зрения), если бы я вам подчинялся, и поэтому я как будто становлюсь похож на упрямого ребенка, который протестует против властной, непреклонной и жесткой матери.
- Вы вели себя так, будто имеете право быть ребенком, который не отвечает за свои поступки, потому что за ребенка в любом случае придется нести ответственность его маме.

Терапевту следует предлагать имена этим ролям в качестве гипотезы, которую нужно проверить и уточнить на основе ответов пациента, а не как к оглашение истины в последней инстанции. Необходимо внимательно

отслеживать проявления согласия или несогласия со стороны пациента, наблюдая за последующими ассоциациями. Если терапевт поймет, что он оказался неточен или даже попал мимо цели, он должен чувствовать себя в достаточной мере свободным, чтобы признать это.

Выявление типов трансферентных тем

Паттерн переноса отдельных пациентов может выглядеть преимущественно антисоциальным (недостаточно честный и восприимчивый), параноидным (полный страха и подозрительный) или депрессивным (наполненный самобичеваниями и чувством вины). Вариации этих тем, среди прочих, включают нарциссические, эротические и зависимые паттерны переноса. Хотя психика пограничной личности характеризуется фрагментированной структурой, созданной, теоретически, из безграничного количества диад объектных отношений, на практике мы обнаруживаем, что обычно каждый пациент представлен конечным числом преобладающих диад. Следовательно, хотя пограничных пациентов отличает быстрота сдвигов между проявлениями паттернов переноса, в целом каждый пациент в начале лечения проявляет основополагающую и центральную тенденцию переноса. Перенос может испытывать резкие колебания, в соответствии с тем, какие интернализованные отношения реактивируются в настоящий момент, какая роль в отношениях бессознательно приписывается пациенту, а какая приписывается терапевту. И все же даже при столь резких трансферентных смещениях переноса, пограничный пациент привносит в терапию *доминирующую линию переноса*, которая, при условии эффективности терапии, со временем будет меняться. Норма переноса похожа на общий лейтмотив среди переключающихся диад. Быстрые сдвиги могут представлять собой вариации нормального преобладающего переноса или же временно всплывающие альтернативные процессы.

С развитийной точки зрения, ключевые проблемы на ранних этапах терапии с пограничным пациентом в целом восходят к доэдипальному уровню развития, включая опыт удовлетворения и фрустрации в отношениях с родителем и взаимосвязь этих переживаний с конституциональными факторами в процессе развития либидинальных и агрессивных драйвов.

ШАГ 4: ВНИМАНИЕ К РЕАКЦИЯМ ПАЦИЕНТА

После того как терапевт определил активную диаду, он должен выяснить отклик пациента. Явное согласие или несогласие при этом менее важно, чем цепь последующих ассоциаций, а также любые изменения, которые

происходят во взаимодействии с терапевтом. Правильная характеристика доминирующих объектных отношений может получить несколько вариантов развития в динамике терапии. Во-первых, выявленный паттерн взаимодействия Я — объект может стать более выраженным. Во-вторых, может произойти внезапная смена ролей, когда только что названный образ Я проецируется на терапевта, а образ объекта реинтроецируется в пациента. Таким образом, пациентка, которая только что была описана как контролирующая мать, которая обращается с терапевтом как с нашкодившим, но беззащитным ребенком, может сама почувствовать беззащитность и критику со стороны всемогущего терапевта-матери. Третье возможное следствие попавшей в цель характеристики — признаки инсайта. Пациент, оставаясь эмоционально включенным, может подтвердить описание, предложенное терапевтом, а также спонтанно привести пример других взаимодействий, иллюстрирующих схожий паттерн. Правильная характеристика может повлечь появление нового материала или новых воспоминаний, связанных с описанной диадой Я — объект. Четвертый исход — внезапная активация другой диады объектных отношений. Наконец, иногда правильное называние ролей может быть встречено полным отрицанием.

Неправильное называние ролей может привести к открытому несогласию, отрицанию или даже к внешнему согласию, которое рождается из попытки угодить терапевту. Пациент может среагировать чувством облегчения, если неточная характеристика организует ранее хаотичный опыт. Пациент даже может принять неправильную формулировку терапевта как подарок, как символ веры терапевта в то, что достижение понимания возможно. В другом случае пациент может отреагировать чувством тревоги, обнаружив, что терапевт не может понимать всегда и знать все, а также что он — другой, отдельный человек. Таким образом, терапевту может не удаться сразу оценить степень корректности своей интервенции. В таких ситуациях терапевту следует смириться с вероятностью ошибки и терпеливо слушать, в ожидании дополнительного материала, который подтвердит или опровергнет его гипотезу. Иногда терапевту приходится выдерживать такую неопределенность в течение долгого периода.

По мере продвижения лечения корректные интервенции чаще ведут к сдвигам в сторону активации противоположной диады. Таким образом, противостоящие образы Я и объекта могут проявляться в течение одного сеанса. Когда это происходит, интерпретация расщепления может иметь для пациента наибольшее значение. Например, когда пациент в один момент сеанса среагировал на терапевта как на холодного отстраненного родителя, а в другой момент — как на теплого и любящего, терапевт может

указать, как чувства по отношению к холодному и ненавистному терапевту-матери удерживаются отдельно от чувств к терапевту как к заботливой матери, чтобы избежать переживания ненависти к тому, кого любишь, поскольку это может порождать непереносимую тревогу. Правильные интерпретации объектных отношений не часто с первого же раза ведут к инсайту; обычно нужны многократные интерпретации одного и того же повторяющегося паттерна.

СТРАТЕГИЯ 2: НАБЛЮДЕНИЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СМЕН РОЛЕЙ ПАЦИЕНТОМ

Как было отмечено в обсуждении стратегии 1, примеров утрированных ролей, которые разыгрывает пациент во взаимодействии с терапевтом, много, однако все они узнаваемы, поскольку повторяются, будучи характерны для каждого отдельного пациента. Интересная особенность репрезентаций Я и объекта, составляющих диаду, заключается в том, что в ходе сеанса (как и в реальной жизни) они часто чередуются или меняются местами, так что репрезентация, которая вначале характеризовала Я, переходит на объект, и наоборот (см. рис. 3–2). Терапевту особенно важно осознавать такие осцилляции, поскольку смена ролей часто имеет место в поведении пациента, но не в его сознании. Таким образом, указание пациенту на то, что он сам играет роль, которую обычно переживает как чужую, часто бывает первым шагом в расширении осознания пациентом своего внутреннего мира. Например, на одном этапе сеанса во взаимодействии пациентки и терапевта происходит активация Я-репрезентации пациентки как беззащитной жертвы, которую контролирует всемогущая сила. Однако, после того как пациентка замечает, что терапевт посмотрел на часы, она начинает нападать на терапевта, яростно отчитывая его как «самовлюбленного эгоиста, который переживает лишь о том, чтобы заполучить в свой кабинет следующую жертву». Пациентка может не осознавать этого изменения, но, в сущности, она уже сама стала кем-то могущественным. Часто пациентка не осознает роль, которую переживает или отыгрывает; скорее, она будет полагать, что реагирует разумно. Это происходит потому, что ее поведение, вероятно, выглядит разумным по отношению к ее внутреннему миру. На этом этапе терапевт чувствует, что пациентка его контролирует и несправедливо превращает в жертву. Произошла смена ролей. Активна та же диада объектных отношений, но посредством проективных и интроективных механизмов, роли, которые играют пациентка и терапевт, поменялись местами. Часто, когда терапевт переживает внезапное чувство, что потерял нить происходящего, виной тому бывает именно такое чередование ролей. Когда

терапевт чувствует замешательство, ему стоит рассмотреть возможность, что произошло переключение ролей Я и объекта.

СТРАТЕГИЯ 3: НАБЛЮДЕНИЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ ДИАДАМИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ, КОТОРЫЕ ПРОТИВОСТОЯТ ДРУГ ДРУГУ

После того как терапевт начал очерчивать набор диад внутренних объектных отношений пациента, он старается продвинуть свое понимание внутреннего мира пациента еще на шаг вперед. Диады Я — объект не существуют лишь как фрагментированные, отщепленные и полностью независимые друг от друга элементы психики пациента. Внутренний мир человека включает более сложный уровень организации, чем описанный выше уровень диад объектных отношений. Мы подчеркнули дискретную и фрагментированную природу отщепленных друг от друга внутренних репрезентаций Я и Другого. Эта система не статична, в ней есть паттерны, которые были описаны в стратегии 2: любая диада может *осциллировать*, так что характеристики, приписываемые Я, внезапно смещаются на объект, а те, что были приписаны объекту, переходят на Я. (В этом смысле и репрезентация Я, и репрезентация объекта по сути своей являются Я-репрезентациями.) Такая внезапная осцилляция объясняет определенную спутанность в субъективном опыте пограничной личности, дисрегуляцию аффекта и межличностных отношений, в особенности в силу того, что эта смена часто находится за пределами осознания.

Второй паттерн заключается в том, что система внутренних репрезентаций включает диады, которые являются противоположными друг другу (рис. 3–3), хотя одна из противоположностей может быть ближе к сознанию, чем другая. В этом заключается суть расщепления. Расщепление — это *не* жесткий контраст между «хорошей» Я-репрезентацией (жертва) и «плохой» репрезентацией объекта (агрессор) в рамках одной диады: обе эти репрезентации пропитаны негативным аффектом. Расщепление по своей сути — это, скорее, непреодолимый разрыв между диадой, полностью окрашенной отрицательным, удушающим аффектом, и другой диадой, окрашенной положительным, идеализированным, любовным аффектом. Эти диады сосуществуют, но полностью диссоциированы друг от друга. Такая диссоциация выполняет защитную роль, предотвращая контаминацию или разрушение диадами друг друга. Расщепление защищает диаду, окрашенную любовью и заботой, от разрушения ненавистью, которую

несет в себе другая диада. Симметричным образом расщепление защищает наполненную ненавистью диаду от контаминации любым позитивным аффектом. Поначалу может быть не так ясно, почему диада, наполненная ненавистью, тоже должна быть защищена, но при пограничной патологии чистое и незамутненное переживание ненависти может давать временную передышку от ощущения спутанности, вызванного диффузией идентичности, и защищать от чувства вины из-за собственной агрессии пациента (в других случаях) по отношению к хорошему объекту.

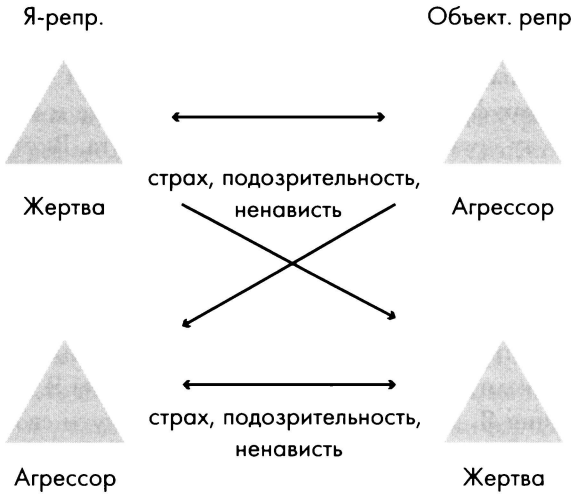


РИСУНОК 3-2. Взаимодействия в объектных отношениях: осцилляция ролей в диаде

Осцилляция обычно проявляется в поведении, но не в сознании.

Замечание. Объект. репр. = объектная репрезентация, Я-репр. = Я-репрезентация.
Я-репр. — объектная репрезентация.

Диада, наполненная ненавистью, обычно, но не всегда, ближе к поверхности на начальных стадиях терапии с пограничными пациентами. Внутреннее переживание любви и заботы по отношению к себе более скрыто и хрупко, оно проявляется лишь в моменты интенсивного влечения, к которым терапевт должен быть очень внимательным. Помогая пациенту достичь некоторого осознания этой внутренней возможности любить, вместо того чтобы ненавидеть, терапевт помогает пациенту понять ненависть как отчаянную попыт-

ку сохранять хрупкое стремление к любви скрытым и защищенным от риска оказаться разрушенным, если оно вдруг себя обнаружит.

В предыдущем параграфе приведен классический пример того, как у пограничного пациента одна диада объектных отношений защищена от другой. Однако система внутренних объектных отношений устроена так, что любая конкретная диада может защищаться от другой диады, при этом каждая из них представляет часть внутрипсихического конфликта. Внутренние диады, наделенные собственным аффектом, могут представлять либидинальные или агрессивные влечения, конфликтующие либо с внутренними запретами против них, либо друг с другом. И влечения, и запреты во внутреннем мире человека представлены в виде диад объектных отношений. Например, либидинальная диада, включающая репрезентацию сексуально возбужденного Я и репрезентацию материнского Другого, может находиться в конфликте с тревожной диадой, включающей репрезентацию напуганного Я и репрезентацию отцовского угрожающего Другого.

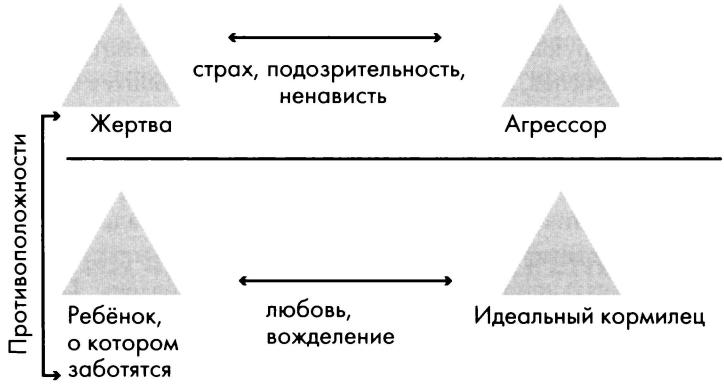


РИСУНОК 3–3. Взаимодействия объектных отношений: противостоящие противоположные диады

В другом примере либидинально инвестированная диада, включающая пассивную, подчиненную Я-репрезентацию, связанную влечением с властной, отстраненной отцовской объектной репрезентацией, может находиться в конфликте с агрессивно инвестированной диадой, включающей беспощадную, соревнующуюся Я-репрезентацию, связанную яростью с угрожающей, тираничной отцовской объектной репрезентацией. В зависимости от рисунка личности, любая из этих диад может быть более осознанной, преобладать и подавлять другую, более диссоциированную. Пограничная личность не может одновременно удерживать на сознательном уровне и преобладающую,

и подавленную, отщепленную диаду, даже если последняя всплывает в отыгрываниях или даже в моменты ее осознавания. Конфликты, которые удерживаются вне сознания, переживаются либо 1) в поведении, путем отыгрывания, либо 2) в виде физических симптомов, при соматизации.

Расщепление подразумевает наличие диады, бессознательно связанной с другой, противостоящей ей диадой, каждая из которых представляет одну сторону внутреннего конфликта. Это происходит потому, что внутренние влечения и запреты, направленные против них, представлены в психике соответствующими аффективно заряженными парами репрезентаций Я и объекта.

Примером может быть пациентка, которая воспринимает себя как испуганную, парализованную жертву, в гневе обвиняющую терапевта в том, что он ведет себя как садистичный тюремный надзиратель, чьи деспотичные и эгоистичные правила она вынуждена соблюдать. В другие моменты пациентка переживает терапевта как идеальную, дающую мать, воспринимая себя в образе полностью удовлетворенного кенгуренка, уютно укрывшегося в сумке мамы-кенгуру. В первой диаде надзиратель представляет плохую, фрустрирующую, дразнящую и отвергающую мать, а жертва — разгневанного ребенка, который хочет отомстить, но боится быть уничтоженным из-за проекции собственной ярости на мать. Эти ужасные отношения между матерью и страдающим ребенком удерживаются абсолютно отдельно от идеализированных отношений, из страха заразить идеализированные отношения агрессивными и разрушить всю надежду на то, что, несмотря на яростные мстительные атаки на плохую мать, совершенные отношения с идеальной матерью могут быть восстановлены. Говоря в терминах теории влечений, последняя диада заряжена либидинально, в то время как диада садистичная мать — ребенок-жертва заряжена агрессией. Каждая диада, в момент осознавания, выстраивает защиту против одновременного присутствия в сознании другой диады.

Понимание функции аффективно заряженной диады в репрезентации влечений и защит против них добавляет задаче терапевта новый уровень сложности. Влечения рождаются из первичных аффективных состояний. С практической точки зрения влечения можно определить как общие для всех схожих аффективных состояний вышестоящие мотивационные силы. Базовые влечения, либидинальное и агрессивное, представляют собой интеграцию всех позитивных, связанных с удовольствием привязанностью, игрой и эротизмом, состояний, а также интеграцию всех негативных аффективных состояний, связанных с болью, яростью, реакциями борьбы и бегства, тревогой, паникой, стыдом и отвращением. У пациентов с пограничной организацией личности влечения в целом остаются в основе

своей расщепленными и противостоят друг другу. Это проиллюстрировано в упомянутом выше примере, где диада, наполненная агрессивным аффектом, противодействует диаде, наполненной противоположным, либидинальным аффектом. Система является нестабильной и подвержена внезапным сдвигам между осознаваемыми диадой/аффектом/влечением, и диадой/аффектом/влечением, им противостоящими.

Таким образом, терапевт в работе с пограничным расстройством личности для полного понимания фрагментации и конфликтов во внутреннем мире пациента должен не только вычленять утрированные образы, составляющие диады и осцилляцию между Я-репрезентацией и репрезентацией Другого в рамках одной диады, но также отмечать функцию, которую может выполнять одна диада по отношению к другой. Чтобы достичь такого уровня понимания, терапевт поначалу должен непрестанно обращать внимание на разные аффективно заряженные роли, которые проживает пациент в переносе или отыгрывает, а также роли, возникающие в контрпереносе. Затем терапевт должен рассмотреть, как пары или диады, которые составляют эти роли, несут в себе влечения и защиты и организуют их в рамках примитивной попытки установить стабильность, основанную на внутренне фрагментированном состоянии, поддерживаемом расщеплением и проекциями, элементы которого невозможно соединить вместе способом, соответствующим зрелой, развитой психике.

СТРАТЕГИЯ 4: ПРОРАБОТКА В ПЕРЕНОСЕ СПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТА ПЕРЕЖИВАТЬ ИНОЙ ОПЫТ ОТНОШЕНИЙ

ИНТЕГРАЦИЯ ОТЩЕПЛЕННЫХ ЧАСТИЧНЫХ ОБЪЕКТОВ

Процесс интеграции отщепленных частичных объектов — это итеративный процесс. Снова и снова терапевт «здесь и сейчас» выявляет взаимодействия между противоречивыми аспектами Я, которые пациент демонстрирует во время сеансов. В течение нескольких месяцев, затем в течение недель и, наконец, в течение одного сеанса терапевт соединяет две противоположные пары репрезентаций Я и объекта, помогая пациенту понять причины защитного расщепления. В этом процессе рождается интегрированное представление о себе и о значимых других, поначалу, как правило, в виде более реалистичного и глубокого восприятия терапевта. Этому сопутствует развитие способности пациента к построению более реалистичных и глубоких отношений с другими.

ПРИЗНАКИ ПОСТЕПЕННОГО РОСТА ИНТЕГРАЦИИ ПАЦИЕНТА

Сдвиги в поведении пациентов во время сеансов, которые указывают на прогресс в интеграции отщепленных частичных Я и объектов, незаметны, но обладают накопительным эффектом. Мы приводим здесь признаки этих сдвигов, так как эти долгожданные, трудноуловимые и постепенно проявляющиеся изменения помогают терапевту ориентироваться в этапах терапии:

1. *Реплики пациента, которые содержат либо раскрытие, либо дальнейшее исследование комментариев терапевта.* При этом вопрос состоит не в том, согласен или нет пациент с интерпретацией или с предложенной темой исследования, а в том, насколько пациент рефлексирует или не рефлексирует о том, что сказал терапевт, а также в какой степени имеет место автоматическое отвержение или отрицание слов терапевта. Главное не то, является ли перенос позитивным или негативным, но присутствует ли определенная доля сотрудничества в прояснении происходящего.
2. *Толерантность к осознаванию агрессии и ненависти, а также способность контейнировать аффект.* Осознавание и контейнирование агрессии и ненависти, в отличие от выражения аффекта через саморазрушительные действия, соматизацию или разрушение коммуникации с терапевтом, является ключевым в прогрессировании пациента. Часто это самый сложный этап в терапии.
3. *Толерантность к фантазиям и открытие переходного пространства.* Здесь критерием выступает способность пациента открыться процессу свободного ассоциациирования, который выходит за рамки его ригидного контроля, и допустить «опасность», что терапевт может понять, что происходит в голове пациента, прежде чем он сам осознает это. Например, потребность во всемогущем контроле у нарциссичного пациента склонна затормаживать свободные ассоциации и снижать доступность фантазийного материала.
4. *Способность интегрировать интерпретации примитивных защитных механизмов, особенно проективной идентификации, и толерантность к этому.* Из-за преобладания проективной идентификации и связанных с ней примитивных защит в переносе для процесса интеграции наиболее важна способность пациента распознавать приписывание терапевту собственных аспектов бессознательной идентификации, например с персекуторными или садистичным фигурами.
5. *Работа с патологически грандиозным Я в переносе.* Этот маркер имеет отношение только к пациентам с диагнозом нарциссического личностного рас-

стройства пограничного уровня организации, которое характеризуется патологической, грандиозной структурой Я, составляющей ядро их Я-концепции (Stern et al., 2013; D.Diamond, F.E.Yeomans, B.L.Stern, «Клиническое руководство по лечению нарциссической патологии: психотерапия, фокусированная на переносе», готовится к публикации). В этих обстоятельствах грандиозная Я-репрезентация преобладает, по отношению к обесцененной объектной репрезентации, в переносе на протяжении долгого времени. Эта ситуация требует систематического исследования с помощью интерпретаций до того момента, как более типичные, лежащие в глубине отщепленные элементы репрезентаций Я и объекта, скрытые внешне монолитным грандиозным Я, начнут проявляться в переносе. Эта трансформация — т. е. растворение патологического грандиозного Я — важная особенность работы с этой специфической подгруппой пациентов. Такая трансферентная позиция должна уступить дорогу более сложным фрагментированным острым переживаниям в переносе.

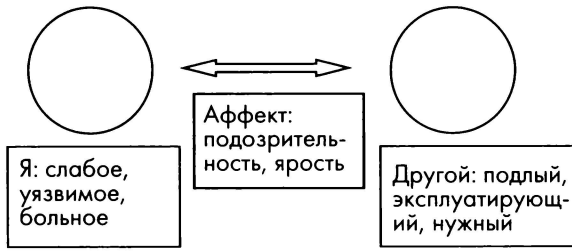
6. *Сдвиги преобладающих трансферентных парадигм.* В том, что касается повторяющейся активации в переносе, в течение многих месяцев, одних и тех же взаимно расщепленных элементов идеализированных и персекуторных репрезентаций Я и объекта, признаком значительных интрапсихических структурных изменений является развитие значительных сдвигов в сторону других, более интегрированных трансферентных элементов, отсутствовавших на более ранних этапах лечения.
7. *Способность к переживанию вины и переход в депрессивную позицию.* Термин *депрессивная позиция* относится к состоянию, в котором агрессивно заряженные персекуторные элементы репрезентаций Я и объекта, с одной стороны, а также идеализированные, абсолютно хорошие репрезентации Я и объекта, с другой стороны, интегрируются. Эта позиция называется депрессивной, поскольку человеку нужно оплакать примитивный *идеальный* объект и принять реальность, в которой такого объекта не существует. Появляется более интегрированная, реалистичная репрезентация Я, состоящая из хорошего и плохого. Она включает более зрелую Я-концепцию, в то время как интеграция абсолютно хороших и абсолютно плохих репрезентаций значимых других создает более утонченные, дифференцированные репрезентации, что влечет за собой способность глубоко понимать окружающих и выстраивать с ними более адекватные отношения. Этот этап развития характеризуется признанием пациентом его амбивалентности к важным, нужным, любимым объектам, а также связанной с этим способностью испытывать чувство вины и заботы по

отношению к зависимым и любовным отношениям, которым ранее могли угрожать его агрессивные реакции. Эта способность к вине и заботе также сопутствует попыткам осуществить репарацию реалистично любимых объектов и является основой более зрелой зависимости, благодарности и сотрудничества с терапевтом, равно как и распространения этой способности на отношения вне терапевтического сеттинга.

Мы представляем следующий случай, чтобы проиллюстрировать лечебные стратегии и некоторые маркеры интеграции. Мы вернемся к этому случаю в главе 9 «Средняя фаза терапии», для иллюстрации эротизированного переноса.

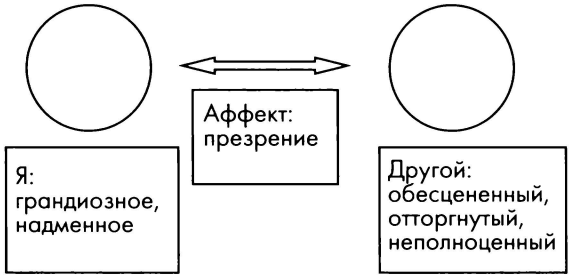
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Гэбби обратилась к нам по поводу многих классических симптомов пограничной патологии: многолетний анамнез самоповреждения путем нанесения порезов и передозировок, периоды анорексии, бурные и хаотичные межличностные отношения. Она описала своему терапевту, доктору Тэму, свое базовое отношение к другим людям следующим образом: «Я здесь, потому что хочу справиться со своим сумасшедшим поведением, которое постоянно создает мне проблемы. Я просто хочу быть сильной, чтобы ни от кого не зависеть. Нельзя ни от кого зависеть. Люди гнилые и просто пользуются друг другом. Моя проблема в том, что у меня это не получается. Я слабая. Я уязвимая. Я расстраиваюсь и делаю себе больно. Я хочу справиться с этим, чтобы я могла о себе позаботиться, заработать много денег, уйти от мужа и жить сама по себе без каких-либо связей с кем-то еще». В понимании доктора Тэма, Гэбби описывала следующую диаду:



Однако доктор Тэм также почувствовал проявление другой диады в отношении пациентки к нему и в своем контрпереносе. В этой диаде презрение является радикальным обесцениванием, комплексным агрессивным

аффектом, который типичен для наполненных завистью пограничных пациентов:



Вторая диада в значительной мере представляла собой реверсию первой диады, в которой Я и объект поменялись местами; это свидетельствует о том, что доктор Тэм мыслил в терминах стратегий 1 и 2. Его интервенции с пациенткой будут отражать этот подход. Следует отметить, что данный случай в образовательных целях был нами упрощен. Как и большинство пограничных пациентов, Гэбби приносила доктору Тэму намного больше хаотичного материала, производя путаницу между обсуждением ее чувств к нему и кризисов в ее браке, проблемами на работе, отсылками к прошлому и описаниями интенсивных, нестерпимых аффективных состояний. Поскольку мы считаем, что понимание внутренней структуры объектных отношений помогает разрешить весь этот спектр проблем, мы обучаем терапевтов фокусироваться на этом уровне, как и показано в описании случая. К примеру, Гэбби часто критиковала доктора Тэма из-за условий терапевтического контракта. Несмотря на то, что она согласилась на них, позднее она стала утверждать, что была вынуждена сделать это, чтобы получить лечение, и что она воспринимала эти условия как доказательство черствости и равнодушия доктора Тэма по отношению к ней. По словам Гэбби, эти условия были просто призваны облегчить его жизнь и помочь «прикрыть свой зад», если дела пойдут неважно. Она дошла до того, что начала ставить под сомнение соблюдение им медицинской этики, называть шарлатаном и высмеивать. Доктор Тэм попытался привлечь внимание Гэбби к тому, что он заметил в общении между ними. Хотя он принял описание переживания Гэбби себя самой как слабой и уязвимой, он предположил, что характер их взаимодействия раскрывал прежде неосознаваемые аспекты ее самой, такие как своего рода бездушная черствость, которую, по ее словам, она постоянно ожидала встретить в других. Гэбби отвергла эти интервенции, заявив, что она лишь делала то, что было необходимо, чтобы защитить себя.

Слушая реакции пациентки, доктор Тэм размышлял о том, что, казалось, представляло собой интенсификацию ее сознательной Я-репрезентации.

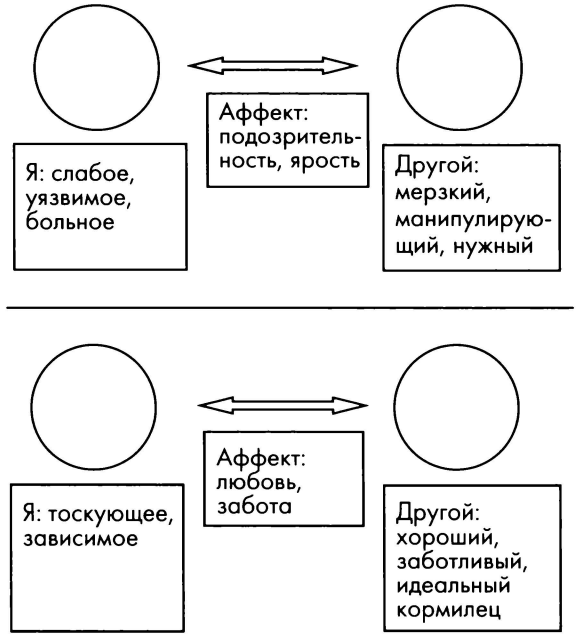
Он задумался, однако, о том, от чего она «защищалась». Подозревая действие проективного процесса, он представил, что, хотя Гэбби воспринимала его как угрозу, угроза, вероятно, была скрыта в глубине ее самой. Он ждал появления дополнительного материала, чтобы лучше понять эту угрозу. Он задумывался о том, что есть, возможно, другие чувства, которые вступают в конфликт с ее явной подозрительностью и недоверчивостью. Он отмечал это в те моменты, когда она, казалось, чувствовала близость по отношению к мужу, а также по отношению к самому доктору Тэму, например, когда она медлила по окончании сеансов и будто бы не хотела уходить. Доктор Тэм высказал это предположение Гэбби, но она стояла на своем, заявляя, что он заблуждается, а высказанное им наблюдение лишь доказывает его некомпетентность, равнодушие и отсутствие всякого представления о том, что она за человек.

Эта дискуссия характеризует собой первые два месяца терапии, в ходе которых во время сеансов всплывали и другие темы. Например, ее обычное чувство, что она неадекватна, как мать, и глупа. Гэбби связывала эти переживания со своим запросом о том, что все, что ей нужно, это просто стать сильнее. Доктор Тэм нашел в этих темах подтверждение идеи о том, что в ней была некая жестокая часть и что именно она стояла за этими нападками на саму себя. Пациентка отвергла эти комментарии. Между сеансами она продолжала отыгрывать, периодически нанося себе поверхностные порезы на руках и ногах.

На третьем месяце терапии доктор Тэм сообщил Гэбби, что в следующем месяце он в течение недели будет отсутствовать. Она выразила равнодушие по отношению к его отъезду и даже высмеяла его за то, что он придавал этому слишком большое значение. Когда он вернулся, она заявила, что неделя прошла рутинно и, на самом деле, лучше, чем обычно, поскольку ей не пришлось утруждать себя и приходить на сеансы. Доктор Тэм почувствовал внутреннее облегчение, поскольку она не среагировала на его отъезд тревогой и агрессией, как многие другие пациенты. В течение следующих двух месяцев в терапии звучали те же темы, что и прежде. Затем доктор Тэм объявил, что снова на неделю отлучится. В этот раз реакция Гэбби была иной. Она воскликнула, как если бы ее слова имели над ним власть: «Вам нельзя уезжать!» Доктор Тэм стал свидетелем того, как прорывалась отщепленная сторона внутреннего конфликта пациентки. Это позволило ему более открыто начать работать на уровне стратегии 3. В течение нескольких месяцев работы у Гэбби развилась интенсивная привязанность, но до сего момента пациентке удавалось это отрицать. И теперь появление этого материала в такой яркой форме дало доктору Тэму больше информации в поддержку его интерпретации о том, что Гэбби внутренне разрывалась из-за ужасного конфликта между

желанием чувствовать привязанность и заботу и желанием быть независимой и надменной: «Теперь мы видим часть вас, которая очень важна, но которую вам трудно выдерживать и переживать. Ваша реакция показывает, что, несмотря на ваше обычное восприятие окружающих как угрожающих и опасных, вы можете привязываться к людям. И я думаю, что вы привязываетесь, поскольку глубоко внутри вас у вас есть тоска по доброте и заботе, которой вам хотелось бы. Однако эта тоска для вас самая страшная вещь на свете, страшная из-за вашего убеждения, что в ответ вы встретите лишь боль и обман. Возможно, чем ближе вы к мысли, что кто-то может быть добр к вам и заботиться о вас, тем тревожнее вам становится. И как бы ни было плохо думать о других как о мерзких манипуляторах, это на самом деле менее страшно, чем думать, что кто-то может заботиться о вас, поскольку тогда вам может стать так больно — из-за обманутого доверия, из-за того, что вас соблазнят, чтобы воспользоваться, а затем бросить».

Тоска Гэбби по любви и заботе радикально отщеплена от ее недоверчивости и ярости, как это представлено следующими диадами:



Этот обмен репликами между доктором Тэмом и Гэбби обозначил прогресс в терапии. Однако работа над преодолением этого внутреннего расщепления продолжала быть интенсивной и сложной.

Гэбби признала, что она, вероятно, чувствовала некоторое желание к сближению, но указала на отлучку доктора Тэма как на подтверждение ее более сильного желания избавиться от этих чувств и стать полностью независимой: «Видите, я права. Я не могу ни на кого полагаться. Вы уезжаете… именно тогда, когда я начинаю вам доверять. Как вы можете так поступать? Вы как все остальные. Вы ждете, пока я начну нуждаться в вас, а потом исчезаете».

Доктор Тэм попытался поработать над потребностью Гэбби в идеальном объекте ради того, чтобы она почувствовала, что может кому-либо доверять, а также обсудил роль ее агрессии в ощущении собственной брошенности: «Теперь мы можем лучше понять, почему вам сложно позволить себе прожить эту тоску по привязанности. Если внимание к вам имеет какие-то изъяны, какие-то отклонения от идеала, вы воспринимаете это как доказательство того, что вы совершенно не заботите другого человека. И в этот момент, я подозреваю, происходит еще кое-что. Вы реагируете гневом и яростью на разочарование, которое чувствуете, и атакуете образ другого человека в вашем сознании. Например, я действительно собираюсь уехать. Но вы не удерживаете мой образ в голове — вместо этого ваша ярость стирает его, оставляя вас одинокой и опустошенной. Я думаю, что на самом деле не мой отъезд на неделю является причиной того, что вы чувствуете тотальную опустошенность, а, скорее, ваши атаки на мой образ в вашей голове».

Такого рода обсуждения между пациентом и терапевтом могут продолжаться в терапии в течение долгого периода — в течение месяцев и лет. Конечно, в них случаются вариации и происходит определенное развитие, тем не менее борьба между внутренними репрезентациями пациента и более реалистичной репрезентацией себя и других идет медленно. Гэбби продолжала обвинять доктора Тэма в том, что он «такой же, как все остальные», что он разочаровывает и даже предает ее, и все же она продолжала прилежно ходить на терапию, что позволяло предполагать существование стороны, которая чувствовала иначе. Доктор Тэм, вместо того чтобы пытаться убедить ее, что он был искренен и что ему можно доверять, пытался глубже исследовать ее перенос: если он на самом деле хотел заслужить ее доверие, просто чтобы обмануть и сделать больно, каким мог быть его мотив? Был ли он неискренен в том, что называл себя терапевтом, который хотел помочь ей? Возможно, он был садистом, получая удовольствие от страданий, которые видел в ней? Иногда Гэбби могла признать, что некоторые из этих идей выглядели экстремальными

и не соответствовали реальности, в которой доктор Тэм был доступен для нее на постоянной основе, как он и обозначил в самом начале терапии. Тем не менее время от времени реальность ситуации как будто теряла значение, и Гэбби переживала такие события как конец сеанса, как доказательство безразличия доктора Тэма по отношению к ней. Это чередование искаженного восприятия с более реалистичным может продолжаться в течение долгих периодов времени и требует терпения и искусных интервенций со стороны терапевта.

Как терапевт интегрирует материал из прошлого в работу над переносом? Когда терапевт раскрывает внутренние репрезентации пациента, по мере того как они проявляются в переносе, терапевт может использовать материал из прошлого, чтобы подкреплять понимание репрезентаций других у пациента. Однако при этом терапевт должен держать в уме, что описание прошлого, которое он слышит, отражает то, что пациент интернализовал, а не объективную репрезентацию прошлой реальности. И дело не в том, что описания пациента никак не связаны с прошлой реальностью: из-за неинтегрированной структуры психики пограничного пациента характеристики могут быть частичными или противоречивыми. Поэтому терапевт упоминает, например, «маму, которая..», а не «вашу маму». В случае Гэбби терапевт знал, что мать пациентки страдала от рекуррентной депрессии и вместо поиска помощи во время депрессивных состояний употребляла наркотики и выпивала. Говоря с Гэбби о Ее убежденности в том, что он к ней безразличен, доктор Тэм, описывая объектную репрезентацию, которая была активна в эти моменты в переносе, проводил связь с этой частью интернализованного прошлого пациентки: «Вы реагируете на меня так, будто я — это мама, которая «накачалась» наркотиками и совершенно безразлична к несчастной девочке перед ней. Ваше восприятие меня — это восприятие кого-то, кто совершенно ничего не выражает и ни на что не реагирует, как будто в наркотическом дурмане... или реагирует лишь в крайних обстоятельствах».

Эти отсылки к интернализованному прошлому расширяют обсуждение, позволяя уточнить внутренние образы, которые относятся к сохраненному в памяти прошлому и к элементам прошлого, которые, возможно, были подавлены или вытеснены. Часть прошлого может проявиться при повторном проживании в переносе, в отсутствие сознательных воспоминаний об этом прошлом. Именно путем повторного проживания в переносе пациент может осознать некоторые части своего внутреннего мира и, таким образом, получает возможность лучше интегрировать эти части в более осмысленное и целостное чувство Я.

Однако соединение материала переноса с интернализованными образами из прошлого само по себе не обязательно ведет к интеграции или к разрешению конфликтов.

Например, Гэбби согласилась с идеей доктора Тэма о «накачанной наркотиками матери», но это не привело к немедленному разрешению ее интенсивного негативного переноса. Она ответила: «Я 24 часа в сутки снова и снова проживаю эти тысячи внутренних перемен. Я не могу от этого никуда деться! Только в церкви я на минуту ощущаю облегчение». Ее слова о церкви дали доктору Тэму дополнительные сведения о возможном способе обратиться к ее внутреннему расщеплению: «Похоже, что вы можете верить лишь в чью-то доброту и заботу о вас в месте, которое можно определить как чистое добро, и даже тогда хорошее чувство очень скоротечно. Если есть двойственность или неопределенность, как это бывает в большинстве жизненных ситуаций, включая эту, вы переключаетесь в вашу «обычную» позицию восприятия другого как холодного и безразличного — "накачанного"».

Одна из причин, по которой установление такой связи между переносом и интернализованным прошлым не обязательно ведет к интеграции, заключается, конечно, в том, что интернализованные образы частичны и отщеплены друг от друга. Гэбби, как и многие другие пациенты, может переключаться от негативного образа своей матери к идеализированному: «Но она была инвалидом... чего еще от нее можно ожидать? Я знала, что она хотела для меня лучшего. Наверное, со мной было что-то не то, раз я не смогла сделать ее счастливой. Я просто слишком тупая... и сейчас, и когда была ребенком». Терапевту опять нужно использовать стратегию 2, следуя за реверсиями репрезентаций Я и объекта, пока она переключается между диадами.

Постепенно Гэбби стала демонстрировать признаки интеграции внутреннего мира. На самом деле, ее собственные слова звучат как любительское описание концепции Мелани Кляйн (Melanie Klein, 1946) о перемещении от параноидно-шизоидной к депрессивной позиции: «Я знаю, что люди не идеальны. Возможно, у меня были завышенные ожидания, но вы помогли мне осознать, что я не могу найти идеального человека. Но я хочу такую сказочную любовь, от которой просто улетаешь. Я всегда верила, что это возможно... такое бывало пару раз, но никогда не оставалось надолго. Это очень меня огорчает. Я — настоящий романтик... Если я люблю, это на 500%, но тогда я могу и с ума сойти». Эта фраза передает более высокий уровень

осознанности, но также и грусти, которая сопровождает утрату идеального объекта.

ИТЕРАТИВНАЯ ПРИРОДА РАБОТЫ

Даже для опытного терапевта необходимость повторных прояснений, конфронтаций и интерпретаций доминирующих отщепленных объектных репрезентаций в часы терапии может быть обескураживающей. Однако терапевт должен отдавать себе отчет о природе и ходе проведения повторных проработок. Безусловно, существует диагностический вопрос о разнице между плодотворной проработкой, которая оказывает терапевтический эффект, и бесконечным повторением, которое служит признаком неизменной работы защитных процессов в ситуации терапевтического тупика. Плодотворная и продуктивная проработка проявляет себя, по крайней мере, двумя способами: 1) пациент демонстрирует постепенное снижение отыгрывающего поведения между сеансами, и в то же время растет аффективная интенсивность объектных отношений, которые повторяются в переносе во время сеансов, и 2) происходит переход с начального этапа к более продвинутым этапам лечения, что во время терапии проявляется в соответствии с критериями, которые мы описали выше в обсуждении маркеров постепенной интеграции.

Ключевые клинические концепции

- Модель пограничной патологии на основе объектных отношений делает акцент на влиянии внутренних репрезентаций Я и других, организации этих репрезентаций и их влиянии на поведение.
- Стратегии ТФП отражают цель, которая красной нитью проходит через всю терапию: движение от расщепления и фрагментации к интеграции идентичности, или, иными словами, движение от проекции негативных мотивов к способности брать ответственность за собственные мысли, чувства и действия по мере их интеграции.
- Стратегии направляют терапевта к наблюдению 1) диад объектных отношений, активных в настоящий момент, 2) смены ролей внутри диад и 3) защитного отщепления идеализированных диад от персекуторных.

ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ЧТЕНИЯ

Britton R. Naming and containing, in Belief and Imagination. London: Routledge, 1998. Pp 19–28.

Britton R. Subjectivity, objectivity, and triangular space. Psychoanal Q 73:47–61, 2004.

Caligor E., Diamond D., Yeomans FE., et al. The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology. J Am Psychoanal Assoc 57:71–301, 2009.

Gill M. Analysis of transference // J Am Psychoanal Assoc 27:263–288, 1979.

Klein M. Notes on some schizoid mechanisms // Int J Psychoanal 27(Pt 3–4):99–110, 1946.

ГЛАВА 4

ФАЗА ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ

ПОДХОД К НОЗОЛОГИИ личностных расстройств, основанный на теории объектных отношений (см. главу 1 «Природа нормальной и анормальной личностной организации»), базируется на субъективном опыте пациента, наблюдаемом поведении и лежащих в основе психических структурах. Следовательно, предшествующая лечению клиническая оценка состояния должна исследовать каждую из этих трех областей: 1) субъективный опыт (например, такие симптомы, как тревога, депрессия), 2) наблюдаемое поведение (например, вовлеченность в отношения и работу, сферы дефицита функционирования) и 3) психические структуры (например, идентичность и диффузия идентичности, защиты, тестирование реальности) (Caligor & Clarkin, 2010). Этот метод оценки состояния не является чисто описательным, как это порой бывает свойственно психиатрическому подходу, который преимущественно фокусируется на симптомах. Однако это и не традиционно психоаналитический метод, с его фокусом на истории пациента и лежащей в основе динамике, связанной с прошлым. Мы, скорее, придерживаемся идеи, что ход лечебного процесса будет определяться уровнем личностной организации (невротической организации личности [НОЛ], высокоуровневой или низкоуровневой пограничной организацией личности [ПОЛ]), симптомами пациента и затронутыми областями функционирования.

Структура личностной организации имеет непосредственное отношение к тому, как пациент интегрирует и организует весь свой опыт и поведение. Специфические сочетания симптомов (депрессия, расстройства пищевого поведения, злоупотребление веществами, суицидальное поведение) и сферы дисфункции (социальные отношения, работа) варьируются на разных уровнях личностной организации. Первичная цель оценки состояния пациента, таким образом, заключается в том, чтобы правильно выявить симптомы пациента, сферы его дисфункции и личностную организацию, поскольку они напрямую влияют на фокус, процесс и исход терапии. После выявления этих сфер и установления подходящей терапевтической рамки (см. главу 5 «Установление терапевтической рамки») может начаться лечение, которое фокусируется на возникающих в переносе темах и лежащей в их основе психодинамике.

Пациент с ПОЛ часто хочет «начать терапию», не уделяя внимания предварительным деталям — сбору анамнеза и заключению терапевтического контракта. На самом деле, многие пациенты с ПОЛ обращаются за терапией во время, по их собственному определению, «кризиса», требуя немедленного внимания к таким проблемам, как назначение препаратов, внезапная вспышка суицидальных идей или прерывание предыдущей психотерапии, которая пошла не туда или завела в тупик. Наш подход состоит в том, чтобы тактично признать ситуацию пациента, но в то же время провести адекватную оценку состояния, прежде чем приступать к лечению как таковому. В ответ на всякий запрос о начале работы терапевт должен объяснить, что оценка состояния необходима для понимания природы проблем и формулирования соответствующих лечебных рекомендаций. Тем самым терапевт, выражая уважение к потребности пациента в немедленном начале терапии и изменениях, указывает, что эффективная помощь зависит от понимания проблем и ясного соглашения между двумя участниками о том, как действовать дальше. Если ситуация представляет собой клинический кризис, пациент перенаправляется в экстренные службы. Тщательную оценку состояния и заключение терапевтического контракта можно будет произвести позднее, после того как неотложная ситуация разрешится.

Поскольку пациенты с ПОЛ страдают от дефективной внутренней структуры и организации, что проявляется в хаотическом поведении, внешняя структура, которую предоставляет терапевтический процесс, для таких пациентов является ключевым элементом лечения. Из дальнейшего описания хода лечения станет ясно, каким образом терапия, фокусированная на переносе (ТФП), обеспечивает пациенту эту структуру, уже начиная с процедуры оценки состояния.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ

Цель клинической оценки состояния, которую обычно проводят в течение одного-трех сеансов (мы рекомендуем сдвоенный первичный сеанс) перед заключением лечебного контракта, состоит в уточнении диагноза и, если речь идет о личностном расстройстве, в выявлении тяжести расстройства и его организации — НОЛ, либо высоко- или низкоуровневой ПОЛ. Оценка состояния не только предоставляет терапевту информацию о симптомах, критических зонах дисфункции и уровне личностной организации, но также и пациенту обеспечивает начальный опыт взаимодействия с помогающим другим и вдумчивого взгляда на его трудности. С точки зрения последующего заключения терапевтического контакта, важно, чтобы клиницист получил информацию о предыдущих попытках терапии, особо уделяя внимание качеству отношений, которые развивались у пациента с предыдущими терапевтами, а также тому, как завершились предыдущие курсы терапии. Может оказаться полезным связаться с предыдущими терапевтами (с разрешения пациента), с тем чтобы обсудить, в особенности, что препятствовало ходу терапии и/или привело к ее завершению, а также что бы терапевт сделал иначе, если бы возникла такая возможность.

Критерии расстройства личности в DSM-5 (Американская психиатрическая ассоциация, 2013) обладают ограниченной клинической пользой, и поэтому мы подчеркиваем важность оценки состояния, которая рассматривает текущие симптомы и психический статус, уровень личностной организации и текущее функционирование в ключевых сферах адаптации (работа, социальная и интимная жизнь, творчество), критически важных для психических процессов, составляющих идентичность.

СТРУКТУРНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Структурное интервью (Kernberg, 1984) — это метод клинической оценки, который фокусируется на симптоматике пациента, в настоящем и в прошлом; на организации личности пациента, включая представление о себе и других; и на качестве взаимодействия между пациентом и специалистом, проводящим интервью, «здесь и сейчас». Терапевт фокусируется на основных трудностях пациента, тактично проводя оценку переменных, имеющих ведущее значение для диагностики: 1) интеграция или диффузия идентичности, 2) характерные защиты и 3) уровень тестирования реальности. Специалист также оценивает степень осознания внутренних конфликтов — в противоположность экстернализации — в психике пациента. Предполагается, что это исследование создает достаточное напряжение, чтобы проявилась

доминирующая защитная или «структурная» организация психического функционирования. Структурное интервью фокусируется больше на психическом функционировании пациента «здесь и сейчас», чем на традиционном психиатрическом сборе анамнеза, хотя включает обзор личной истории пациента. Структурный диагноз по большей части зависит от того, как пациент в ходе интервью справляется с исследованием его зон трудностей.

В сравнении со структурированными или полуструктурированными психиатрическими интервью, которые используются для исследований, структурное интервью проходит не по полностью предопределенному сценарию: оно носит название структурного, поскольку его задача — определить психическую структуру. Хотя его начало и окончание довольно четко определены, варианты развития интервью и включения тех или иных диагностических элементов не так жестко фиксированы. Они зависят от того, что проявляется в поведении пациента и в его ответах на вопросы специалиста. Важной особенностью структурного интервью является цикличность процесса (см. рис. 4–1). В этой модели расположение ключевых симптомов по периметру круга делает возможным для специалиста следовать от одного ведущего симптома к другому и постепенно вернуться в исходную точку, при необходимости начав новый цикл беседы. Это отличается от модели беседы по типу «дерева решений», которая имеет фиксированный паттерн развития. Циклический разбор ключевых симптомов позволяет специалисту возвращаться к одним и тем же проблемам в разных контекстах столько раз, сколько необходимо, перепроверяя первоначальные выводы на более поздних этапах интервью. Задача не в том, чтобы систематически однообразно исследовать ключевые симптомы. В зависимости от более ранних выводов мы рекомендуем применять разные подходы в этом цикличном процессе исследования.

Структурное интервью имеет три части, рамку каждой из них задает один или несколько ключевых вводных вопросов. Первая часть начинается с того, что интервьюер задаст следующие четыре вопроса:

1. Что привело вас сюда?
2. Каков весь спектр ваших проблем и трудностей? (Терапевт стремится получить полный перечень проблем пациента, включая те, которые не являются причиной обращения за настоящей консультацией).
3. Как вы понимаете свои проблемы?
4. Каковы ваши ожидания от лечения?

В дополнение к сбору информации, одновременная постановка всех этих вопросов в начале интервью служит средством оценки когнитивного функционирования и возможных дефицитов. Пациент, имеющий нарушения памяти или концентрации внимания, с трудом сможет отвечать на эти вопросы одновременно. Если пациент испытывает затруднения, терапевт должен тактично их исследовать. Читателю стоит иметь в виду, что

пациенты могут обнаруживать симптомы, которые прежде не были диагностированы, и оценка состояния должна служить скринингом как для выявления личностных расстройств, так и для таких возможных проблем, как аффективные расстройства и когнитивные или органические нарушения.

Открытые вопросы предоставляют пациенту возможность обсудить свои симптомы, основные причины обращения за лечением и другие трудности, которые он испытывает в жизни. Слушая ответы пациента, специалист может оценить, насколько пациент осознает свою патологию и потребность в лечении, а также оценить его ожидания (реалистичные или нереалистичные) от лечения. Пациенты без психотических или органических трудностей часто говорят о сложностях в межличностных отношениях, что позволяет предполагать наличие патологических черт характера и подтверждает в целом адекватный уровень тестирования реальности.

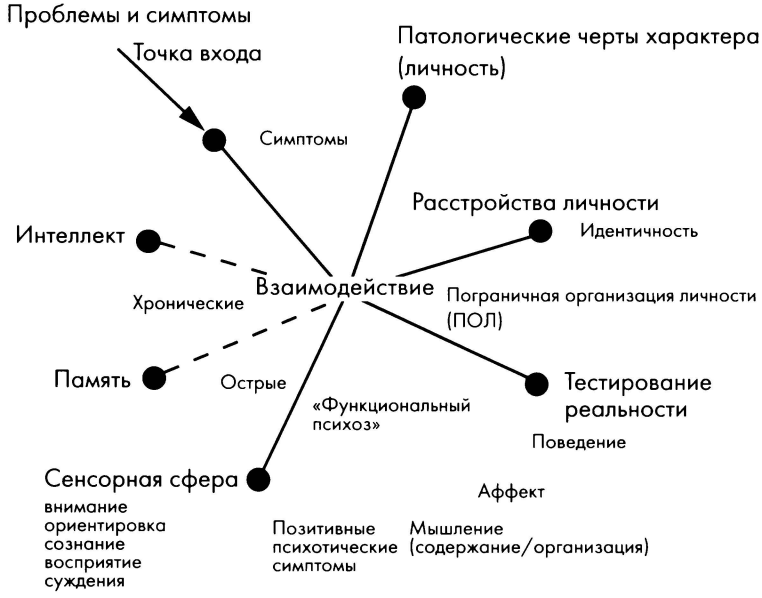


РИСУНОК 4–1. Цикл структурного интервью

Замечание. Рассмотрите любые симптомы, которые говорят о серьезных аффективных, тревожных или психотических расстройствах.

Уровень понимания пациентом собственных проблем может предполагать использование примитивных защитных механизмов, которые экстернализуют ответственность и проецируют аспекты внутреннего мира вовне. Например, одна пациентка заявила, что попытка суицида, которая

привела ее на терапию, была не признаком какого-то психиатрического заболевания или проблемы в ней самой, а рациональной реакцией на жизнь с мужем, которого она считала «монстром». Терапевт на этом этапе еще не знает реальной ситуации и должен придерживаться нейтральной позиции. В этом случае нейтральная позиция будет заключаться в том, чтобы принять к сведению, что муж пациентки действительно может быть монстром, но также предположить, что пациентка, возможно, проецирует элементы ее собственного внутреннего мира на мужа (иными словами, терапевт размышляет о том, какие характерные защиты склонна использовать пациентка). С началом лечения, развитие переноса может помочь разобраться в этих проблемах (см. главу 6 «Техники лечения», где приведено подробное обсуждение нейтральной позиции терапевта). Позиция нейтральности, по сравнению с открытой поддержкой позиции пациента («Наверняка ужасно иметь такого мужа»), может привести к некоторому возрастанию тревоги, в случае присоединения к той стороне пациентки, которая ставит под сомнение ее проекцию и ту роль, которую проекция играет в снижении ее внутреннего конфликта. Нейтральность терапевта — это часть внимательной оценки того, насколько пациентка способна осознавать свой внутренний конфликт, вместо того чтобы оставаться в рамках совершенно ригидной защитной системы мышления.

Способ пациента выслушивать вопросы специалиста и отвечать на них дает косвенные данные о сенсорной сфере и памяти, а также некоторые сведения об интеллекте. Например, пациент может продемонстрировать снижение памяти, ограничения способности к абстрактному мышлению или даже вовсе конкретное мышление. Пациент может адекватно отвечать на вопросы, но в процессе прояснения ответов уходить в детали и терять нить рассуждения. В случае пациентов с пограничной организацией, подробная оценка суицидального поведения и других видов самодеструктивного поведения, пищевых расстройств, злоупотребления веществами, а также природа и степень выраженности депрессии может вызывать трудности, поскольку эти темы затрагивают одновременно и аффекты, и защиты против аффектов.

Во второй части интервьюер просит пациента вначале описать, насколько возможно полно, себя самого, а затем какого-то значимого в его жизни человека. Это задание помогает оценить идентичность или диффузию идентичности, и оно не так просто, как кажется, поскольку требует саморефлексии и понимания себя. Пациент с интегрированной идентичностью способен представить насыщенное и сложное описание себя и других, в то время как у пациента с диффузией идентичности это описание будет ограниченным и поверхностным. На видеозаписи 1–1 доктор Отто

Кернберг демонстрирует проведение этой части структурного интервью с участием актера в качестве пациента. Пациент по имени Альберт обратился за лечением, поскольку его девушка Саския, с которой они встречаются в течение четырех лет, внезапно ушла от него. На этом этапе жизни он чувствует себя подавленным и потерянным. В ходе интервью перед доктором Кернбергом стоит задача составить диагностическую картину, в том числе основываясь на понимании Альбертом произошедших событий. Доктор Кернберг также просит Альберта описать себя и Саскию. Как видно в этом видео, Альберт дает поверхностные и одномерные описания, характерные для людей, не имеющих интегрированного чувства Я и других. Он описывает себя как очень любящего человека, совершенно упуская из внимания свои вспышки гнева. Когда его просят описать Саскию, он начинает с ее внешности, затем создавая поверхностный идеализированный образ. Мы приглашаем читателей ознакомиться с полным вариантом структурного интервью на диске *«Psychoanalytic psychotherapy»*, который вы также можете найти по адресу http://www.psychotherapy.net/video/psychoanalytic-psythotherapy-otto-kernberg.

▶ **Видео 1–1: Описание себя и описание другого (4:24)**

В заключительной части интервью предпринимается исследование прошлого пациента, в его отношении к текущим трудностям. Поскольку внимание терапевта фокусируется на внутреннем мире пациента, так, как он разворачивается «здесь и сейчас», крайне важно обладать информацией о семье и истории развития пациента, с тем чтобы понимать взаимодействие между его внешней реальностью, имея максимально ясное представление о ней, и внутренним миром. В каждом разделе интервью специалиста интересует не только содержание ответов пациента (например, депрессивный пациент описывает себя как человека без близких отношений), но, что более важно, форма (стиль) ответов, а также то, как пациент строит общение с интервьюером, и любые трудности, которые возникают у пациента при ответах на вопросы.

ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОЕ ИНТЕРВЬЮ

Для клиницистов, которые не обучены проведению структурного интервью, а также для читателей, заинтересованных в проведении клинических исследований, мы включили сюда полуструктурированное интервью, «Структурированное интервью по организации личности — пересмотренное» (Structured interview for personality organization —

revised, STIPO-R), которое можно найти онлайн по адресу http://www.personalitystudiesinstitute.com/pdf/Structured-Interview-of-Personality-Organization.pdf. STIPO-R составлено из структурированных вопросов и предоставляет клиницисту путеводитель для оценки ключевых областей, необходимых для психодинамической диагностики и дифференцирования пациентов с ПОЛ и НОЛ (см. таблицу 1–1 в главе 1). Хотя в STIPO-R не хватает клинической интуитивности и тонкости структурного интервью, оно предлагает стандартизованный вариант сбора информации и ее объективной оценки, что очень полезно для исследовательских целей. Цель STIPO-R состоит в формулировании структурного диагноза (НОЛ, либо высоко- или низкоуровневая ПОЛ) с помощью тщательной оценки семи ключевых элементов: идентичности, копинга и ригидности, примитивных защит, тестирования реальности, качества объектных отношений, агрессии и моральных ценностей.

Личность с НОЛ демонстрирует консолидированную идентичность, относительно стабильные и длительные межличностные/объектные отношения, а также отсутствие примитивных защит и варьирующуюся степень ригидности в копинге. Моральные ценности могут быть откровенно строгими и ригидными, а тестирование реальности интактно.

У пациента с высокоуровневой ПОЛ имеет место диффузия идентичности, от легкой до умеренной степени, расщепленные и поверхностные межличностные/объектные отношения, с некоторой степенью стабильности, и проблемы с эмпатией. Такой человек использует примитивные защиты и дезадаптивные способы копинга. Его агрессия направлена против себя и других, но присутствует также желание любви и близости. Моральные ценности переменчивы, и также есть умеренные трудности с тестированием реальности.

Пациент с низкоуровневой ПОЛ несколько более «тяжелый», чем пациент с высокоуровневой ПОЛ, по всем семи показателям, и наиболее явно это выражается в низком качестве объектных отношений (отсутствии эмпатии, способности поддерживать стабильные межличностные отношения), агрессии (опасный уровень агрессии по отношению к себе и другим), а также в отсутствии организованной системы ценностей (антисоциальные черты, поведение).

Другие исследователи также занимались различными аспектами диагностики пациентов с личностными трудностями. Для оценки состояния пациентов с позиции дифференциальной реакции на краткосрочную психотерапию, используется Шкала качества объектных отношений (The quality of object relations scale, Piper & Duncan, 1999) — проверенный инструмент для проведения интервью. В частности, Шедлер и Вестен (Shedler, Westen, 2010) обратили внимание, что клиницисты часто оце-

нивают состояние пациента на основе описаний себя и других, извлеченных из его межличностного взаимодействия. Такие интервью могут быть структурированы и затем достоверно ранжированы с помощью техник Q-классификации.

ПОКАЗАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ

Если рассматривать весь спектр диагнозов ПОЛ, для некоторых пациентов на верхней его границе может быть показан психоанализ (например, для нарциссических пациентов высокого уровня организации). Однако для пациентов с такими расстройствами, при которых, исторически, в относительно неструктурированном сеттинге аналитической кушетки часто наступает дезорганизация, в целом показаны модели терапии, разработанные специально для ПРЛ. ТФП, терапия, основанная на ментализации (mentalization-based therapy, MBT; Bateman & Fonagy, 2004) и психодинамическая поддерживающая психотерапия (Kernberg, 1984; Rockland, 1992) в разной степени основаны на психоаналитических концепциях. Диалектическая поведенческая терапия (dialectical behavioral therapy, DBT; Linehan, 1993) и схема-терапия (Beck et al., 2004) — это интегративные методы, основанные на принципах когнитивно-поведенческой терапии и поведенческой терапии. Существующие на сегодняшний день исследования позволяют говорить о том, что DBT и MBT могут быть клинически показаны для подгруппы пациентов с ПОЛ с активными суицидальными и парасуицидальными тенденциями, хотя ТФП также обращается к этим проблемам на этапе заключения контракта и при последующей установке границ. Существуют исследования, которые в своих выводах приходят к тому, что работа с переносом особенно полезна для пациентов с низким качеством межличностных отношений (Høglend et al., 2008), а некоторые обнаруживают, что пациенты с изначально низким уровнем рефлексивного функционирования удерживаются в ТФП дольше, чем в DBT или психодинамической поддерживающей терапии (Levy et al., 2011).

Мы заметили, что некоторые пациенты, которым помог поведенческий контроль над симптомами с помощью DBT, затем обращаются к ТФП по причине продолжающихся трудностей в отношениях, в особенности близких. Более нарциссическим пациентам, которым трудно принимать советы, возможно, лучше подойдет ТФП, чем DBT. Для пациентов с ПОЛ с многочисленными симптомами, негативистским настроем на лечение и малым объемом ресурсов для терапии больше может быть полезен поддерживающий подход (Rockland, 1992). Хорошая Психиатрическая поддержка (Good Psychiatric Management, GPM; Gunderson, 2014) — это лечебный подход,

который предоставляет клиницистам базовые принципы поддерживающего лечения ПРЛ. Его можно использовать для лечения наиболее простых случаев высокоуровневой ПОЛ, а также для стабилизации в более сложных случаях, которые затем могут быть направлены на ТФП для более глубинной терапии.

Обычно в вопросе выбора лечения решающее значение имеет не какая-то одна характеристика пациента, а их совокупность. Характеристики, которые указывают на будущие сложности в лечении, включают: антисоциальное расстройство личности или антисоциальное поведение, выраженное высокомерие, которое препятствует научению у терапевта, вторичная выгода, низкое качество объектных отношений, значительные жизненные трудности, вызванные употреблением наркотиков и/или алкоголя, а также тяжкая жизненная ситуация, которую невозможно изменить. Позитивные, с точки зрения большинства видов психотерапии, характеристики пациента, включают: мотивацию к изменениям, реалистичное количество времени для инвестиции в процесс самосовершенствования, чувство ответственности за лечение, интеллект, какой-нибудь настоящий талант и человеческая привлекательность.

ТФП показана пациентам с ПОЛ, которые обладают, по крайней мере, средним интеллектом и имеют умеренные или тяжелые симптомы, серьезно подрывающие их функционирование в работе или профессии, в любви и сексуальной жизни либо в социальной жизни и творчестве (Таблица 4–1). Интересно, что пациенты иногда демонстрируют высокий уровень профессионального функционирования, но испытывают выраженные затруднения в сфере отношений. Высокая степень саморефлексии, выявленная во время структурного интервью, имеет важное преимущество в ТФП, однако мы знаем также успешные случаи с пациентами, которые во время первичной оценки состояния демонстрировали минимальный уровень саморефлексии.

Психоанализ и ТФП (Caligor et al., 2007) являются подходящими видами лечения для пациентов с НОЛ — то есть истерических, обсессивно-компульсивных или депрессивно-мазохистических личностей. Оба эти метода также могут быть показаны для индивидов с комбинацией инфантильных и истерических черт. Пациенты с нарциссическим расстройством личности (НРЛ) на высокоуровневом краю спектра ПОЛ могут хорошо откликнуться на психоанализ при условии отсутствия явных пограничных черт импульсивности в поведении, наличия толерантности к тревоге и сублиматорное канализирование. В ином случае пациентов с НОЛ следует направлять на ТФП (Diamond et al., 2001, Stern et al., 2013).

Мы проиллюстрируем принципиальные элементы структурного интервью на примере случая Бетти, к которому обратимся также в главе 8 «Начальная фаза лечения», как например, ТФП пациента с высокоуровневой ПОЛ.

ТАБЛИЦА 4–1. Гетерогенность пациентов и планирование лечения

Коморбидные расстройства личности	Коморбидное антисоциальное расстройство личности может сделать невозможным психодинамическое лечение.
Симптомы	Лечение должно быть структурировано для контроля над злоупотреблением веществами или над нарушениями пищевого поведения (см. главу 5); лечение включает возможное назначение препаратов при большой депрессии или других биологических расстройствах.
Структурные различия	Диффузия идентичности может быть замаскирована патологическим грандиозным Я, структурой, которая характеризует нарциссическое расстройство личности и требует особых терапевтических нюансов.
Сексуальность и близость	Лучше прогноз у пациентов с тоской по привязанности, с некоторой способностью к влюбленности и некоторым уровнем интеграции эротизма с нежностью.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ: СЛУЧАЙ БЕТТИ

Начальная часть интервью

Бетти, 33-летняя одинокая женщина, обратилась за терапией из-за чувства фрустрации в связи с отсутствием улучшения на фоне других методов лечения. С 16 лет, после полученной передозировки, она проходила множество терапевтических курсов. Ее первичный диагноз был «эпизод большой депрессии». С течением лет диагноз изменился на биполярное расстройство. Пациентка дважды лечилась в стационаре: после первой передозировки и затем в возрасте около 30 лет, когда она почувствовала, что жизнь безнадежна, и произошла вторая передозировка. В течение этих лет ей назначали трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, нейролептики в низкой дозе, анксиолитики, стабилизаторы настроения и электросудорожную терапию. На момент оценки состояния Бетти принимала габапентин 1200 мг в день. Курсы лечения, которые она проходила, включали множество попыток индивидуальной терапии (поддерживающей и когнитивно-поведенческой), групповой

терапии и дневной стационар, а также две госпитализации, которые следовали после каждой передозировки. В ответ на первоначальные вопросы структурного интервью Бетти сказала: «Я бываю в такой депрессии, что не могу встать с кровати. У меня нет сил, нет интереса ни к чему. Иногда я практически довожу себя до обезвоживания, потому что не могу встать за стаканом воды. Это может длиться неделями. Это со мной в течение всех последних шести месяцев. Встать и прийти сюда — это максимум, что я смогла сделать уже и не знаю с какого момента».

Терапевт Бетти, доктор Эм, подробно расспросил Бетти о нейровегетативных симптомах депрессии (проблемы со сном, аппетитом, концентрацией, сексуальным влечением и т. д.) и о предыдущих попытках лечения (описанных в предыдущем параграфе). Затем он поинтересовался, какие мысли приходили Бетти на ум, когда она лежала в постели, будучи в таком депрессивном состоянии. Бетти ответила, что она думала о том успехе и славе, которых могла достичь в качестве автора, если бы на нее не обрушилась эта «неизлечимая депрессия». Она сравнивала свои писательские способности с талантами самых успешных современных авторов. Этот материал предоставил доктору Эм важную информацию о Я-репрезентации Бетти и о возможной роли нарциссической патологии характера в ее депрессивных симптомах.

Средняя часть интервью

Затем доктор Эм расспросил Бетти о ее профессиональном, социальном и межличностном функционировании, о том, какое влияние ее симптомы оказывали на эти сферы, если вообще влияли на них. Для терапевта, проводящего интервью, крайне важно получить всестороннее и глубокое видение текущей жизненной ситуации пациента и его функционирования. Бетти сообщила, что она ушла из колледжа через полтора года после начала обучения из-за трудностей с концентрацией и с общением с одноклассниками, а именно: она всегда чувствовала себя исключенной из их мероприятий. Бетти объясняла это так: «Их раздражал мой талант» — объяснение, проистекающее из защитной проекции и экстернализации. После того как Бетти бросила колледж, ее увольняли со всех работ, на которые она устраивалась. Она схожим образом объясняла это раздражением людей, например, тем, что она зачастую разбиралась в вещах лучше своего начальника. Что касается социального функционирования, у нее не было друзей и никогда не было близких отношений. Ее сексуальный опыт ограни-

чивался встречами на одну ночь. С большинством членов своей семьи она поддерживала интенсивные и конфликтные отношения. Бетти жила одна в маленькой квартире и последние шесть месяцев провела в затворничестве за просмотром телевизора. Когда ее накопления иссякали, она обращалась к родителям за помощью, чтобы оплатить аренду. Она не проявляла интереса к какой-либо деятельности, включая саму жизнь. Она не считала это проблемой и заявляла о своем отсутствии интереса к жизни в провокативной манере, как будто это должно быть не ее проблемой, а проблемой терапевта, даже несмотря на то, что этот настрой противоречил самому факту ее прихода на терапию.

Далее доктор Эм стал собирать сведения о значимом другом в жизни Бетти, пытаясь понять ее уровень концептуализации других: «Теперь я бы хотел спросить вас о людях, которые наиболее важны для вас в вашей сегодняшней жизни. Пожалуйста, опишите кого-нибудь, чтобы я мог сформировать реалистичное, живое впечатление об этом человеке». Это исследование может раскрыть степень интеграции или диффузии идентичности как в виде среза на данный момент времени, так и в аспекте протяженных, длительных отношений с другими в течение жизни.

Бетти так описала своего отца: «Он как Сталин. Я знаю, вы не верите мне, но он как Сталин. Я не преувеличиваю. Ему безразличны люди. Его интересовали только оценки. Ему было все равно, если я плакала в своей комнате. Я его практически не видела. Вы сказали, что я могла бы попросить его помочь оплачивать терапию! Вы не знаете его. Он никогда и пальцем не пошевелил для меня. Он хочет только, чтобы его семья выглядела хорошо. Ему все равно, что ты чувствуешь. Все, что он делал в жизни, — это добивался результатов. Он хочет, чтобы мы были такими же, как он».

Пару минут спустя, описывая свою мать, Бетти вернулась к теме отца: «Он очень о ней заботится. У нее бывали кризисы. Может, именно из-за этого она не могла быть рядом с нами. Но когда у нее случается кризис, он делает все, что может. Он, на самом деле, не знает, что делать, не такой он человек. С ней действительно очень сложно иметь дело. Я сама не знаю, как с ней иметь дело».

Доктор Эм отметил противоречия в описаниях отца Бетти, а также крайности, присущие первому описанию, и счел их признаками диффузии идентичности. Он обратил внимание на противоречие между двумя частичными и не связанными друг с другом репрезентациями отца, чтобы посмотреть, сможет ли Бетти хотя бы как-то интегрировать их.

Доктор Эм: Вы сейчас сказали о том, что ваш отец делал все, что мог, но прежде вы говорили, что он был как Сталин. Как вы это объясняете?

Бетти: Он и *был* как Сталин. Вы не понимаете? Может быть, именно поэтому у моей мамы и была депрессия.

Возвращение Бетти к полностью негативному видению ее отца, без каких-либо признаков способности интегрировать его плохие и хорошие качества, служит дополнительным признаком расщепления внутренней психической структуры и диффузии идентичности.

Затем, чтобы продолжить исследование идентичности пациентки, доктор Эм попросил Бетти описать себя: «Вы рассказали мне о своих симптомах и трудностях, и теперь я бы хотел побольше узнать о вас как о человеке. Опишите себя, вашу личность, то, что, по вашему мнению, мне важно знать, чтобы получить реальное представление о вас как о человеке».

Этот вопрос требует от пациентки перейти в режим саморефлексии и сконструировать связное вербальное описание себя, которое может включать различные уровни описания и абстракции. Во время клинической оценки ответа пациента интервьюер обращает внимание не только на содержание ответа, но также на процесс думания мыслей и установление связей пациентом. Степень способности пациента к ясному, подробному, многоуровневому конструированию описания себя является признаком интеграции или диффузии идентичности и помогает определить уровень личностной патологии. Интеллект пациента и образование влияют на уровень и стиль саморефлекции, но высокий уровень интеллекта не обязательно коррелирует с хорошей способностью к рефлексии.

Бетти ответила на просьбу описать себя следующим образом:

Бетти: Я в депрессии. Я уже вам сказала. И люди меня не любят. Не знаю почему. Может быть, потому что я жирная. Как только я сажусь на автобус, я вижу, что все начинают на меня пялиться. Иногда они говорят обо мне. Это еще одна причина, почему я не выхожу из дома.

Доктор Эм: Есть ли еще что-то, что вы могли бы рассказать мне о себе?

Бетти: Однажды у меня был парень. Мы несколько раз ходили на свидания. А потом он попытался меня изнасиловать.

Доктор Эм: Изнасиловать вас?

Бетти: Да, мы вернулись домой из кинотеатра, и он захотел секса, но я его прогнала.

Эти сведения открыли тему сексуальных отношений и привязанностей, внутри которой у Бетти имелось множество конфликтов. Кроме того, доктор Эм обратил внимание, что Бетти никак не сообщила в сво-

ем самоописании об упомянутом ранее стремлении стать писателем. Это упущение подкрепило его ощущение скудного и фрагментарного характера этого самоописания, что стало дополнительным свидетельством диффузии идентичности пациентки.

Третья часть интервью

Релевантная информация о прошлом пациента часто естественным образом вытекает из вопросов о его текущем состоянии и отношениях с другими. При работе с пациентами с ПОЛ прошлое предпочтительно исследовать лишь в общих чертах, поскольку для них подробности прошлого контаминированы трудностями настоящего и могут быть искажены неинтегрированными внутренними репрезентациями. Элементы прошлого, которые наиболее важно оценить, включают историю осмысленных межличностных отношений, учитывая отношения с предыдущими терапевтами, а также любой анамнез антисоциального поведения.

Бетти рассказала об истории в целом несостоятельных и конфликтных межличностных отношений. У нее не было друзей. Ее увольняли со всех мест работы. У нее не было сексуальных отношений. Единственные ее отношения с «парнем» закончились, как только он попытался перейти к постели. Ее описание предыдущих терапевтов было сосредоточено вокруг их некомпетентности. Она подала жалобу на одного из них по поводу неправильного ведения ее лечения. Члены семьи были единственными людьми, с которыми она поддерживала регулярные контакты. Бетти описала эти контакты как негативные, акцентируя на критике и отвержении со стороны ее семьи. Единственный человек, которого она описала с позитивными чувствами, был пожилой терапевт, который, как ей показалось, действительно пытался понять ее. Однако, хотя Бетти была благодарна ему за усилия, она чувствовала, что они не помогли ей измениться. Тем не менее она жалела, что из-за ухода терапевта на пенсию их работу пришлось прекратить. Этот пример отношений, в которых негативные чувства не преобладали, был единственным указателем, позволявшим предполагать способность формировать привязанность. Это качество доктор Эм расценил как признак того, что пациентка находилась не на самом нижнем краю спектра ПОЛ.

История развития Бетти переплеталась с описаниями отношений с другими. Семья часто переезжала, поскольку ее отец был военным. Она описала его как человека, который не заботился о своих детях и интересовался только их академической успеваемостью, а также

добавила, что ни ей, ни ее братьям никогда не удавалось сделать достаточно, чтобы его порадовать. В школе она всегда чувствовала себя аутсайдером. Ее мать была не в состоянии адекватно заботиться о детях, поскольку у нее то и дело случались «капризы». Даже когда Бетти, казалось, была на высоте, она ушла из колледжа после второго курса, по причине сложностей в общении с окружающими, затворившись в своей комнате и перестав учиться. Благодаря влиянию отца Бетти удавалось устраиваться на работу, но, как было сказано ранее, ее каждый раз увольняли, после чего следовали периоды полного бездействия, один из которых как раз предшествовал текущей диагностической беседе.

После оценки идентичности, в особенности в случае тяжелой диффузии идентичности, терапевт должен исследовать аспекты поведения пациента, процессы и содержание мыслей, аффекты, которые выглядят странными, гротескными или неуместными, с точки зрения контекста общего направления взаимодействия пациента с терапевтом. Замечая подобного рода поведение, мысли или аффекты, терапевт тактично высказывает пациенту свое замешательство, таким образом поднимая вопрос о том, понимает ли пациент это замешательство диагноста и может ли дать пояснения, которые помогут сделать выражения пациента более доступными для понимания терапевта.

Способность пациента предоставить такие пояснения — иными словами, способность к эмпатии к обычным критериям социальной реальности, которая в данном случае представлена терапевтом, — указывает на хорошее тестирование реальности и уточняет направление диагностики личностного расстройства. Нехватка у пациента способности к эмпатии по отношению к тактичной конфронтации терапевта с тем, что в поведении, мыслях или аффектах пациента представляется ему странным, указывает на утрату тестирования реальности и, таким образом, на вероятность наличия у пациента психотического расстройства или органического психического расстройства. Это практический и относительно простой способ дифференцировать ПОЛ от этих более тяжелых и регрессивных состояний.

Доктор Эм вернулся к комментарию Бетти, который, как он думал, мог отражать проблемы с тестированием реальности:

Доктор Эм: Вы сказали, что, когда вы садитесь на автобус, все на вас пялятся и говорят о вас. Вы полностью уверены в этом, или речь, скорее, о вероятности, что это может происходить?

Бетти: Мне кажется, что они говорят обо мне, но откуда я знаю? Думаете, я могу читать мысли?

Этот ответ, пусть и в несколько агрессивной форме, продемонстрировал способность Бетти учитывать альтернативные точки зрения и показал, что, по крайней мере, на данный момент у нее не наблюдается полной утраты тестирования реальности.

Завершение интервью

Доктор Эм завершает структурное интервью, сообщая, что он выполнил задачу, и спрашивает Бетти, хочет ли она предоставить дополнительную информацию или обсудить вопрос, который до этого не поднимался в беседе. Здесь бывает полезен такой вопрос: «Как вы думаете, о чем еще мне нужно было спросить вас, о чем я еще не спросил?» Ответ Бетти на этот вопрос был выразителен: «Вы здесь эксперт».

ОБОБЩЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗАДАЧИ

ТФП имеет двойной фокус, который рассматривает как поведение пациента во время сеанса в отношении терапевта, так и текущее функционирование пациента вне сеансов в повседневной жизни. Таким образом, диагностическая задача терапевта состоит в том, чтобы одновременно исследовать субъективный опыт и мир пациента, наблюдать за поведением пациента и его взаимодействием с интервьюером, а также использовать свои аффективные реакции на пациента, чтобы понять лежащие в основе активные объектные отношения, которые пациент привносит в интервью. Интервьюер конструирует модель образа Я пациента (Я-репрезентации — одной или нескольких) и оценивает, насколько пациент осознает это видение и способен передать его. Подобным образом исследователь создает модель значимых других в жизни пациента, а также репрезентацию взаимодействия между Я и Другим. В этом смысле, интервью является предшественником процесса лечения ТФП.

Кроме того, интервьюер получает подробную картину текущего функционирования пациента на работе, в социальных и близких отношениях, в сферах творческой активности и культурных интересов.

Обобщение оценки состояния: концептуализация случая

В отличие от предыдущих диагнозов Бетти, таких как рекуррентные большие депрессивные эпизоды и биполярное расстройство,

структурное интервью привело к постановке диагноза ПОЛ с нарциссическими чертами и характерологической депрессией. Диагноз ПОЛ основан на признаках диффузии идентичности и примитивных защит — особенно расщепления и проективной идентификации (индуцирование в других проецированного гнева и агрессивных чувств) — а также на основе грандиозного качества некоторых ее Я-репрезентаций. Депрессия Бетти расценена как характерологическая из-за клинических особенностей и ее связей с внутренними объектными отношениями (грандиозный образ Я, который чередуется с жесткой самокритикой и отвержением в отношении самой себя), отсутствия *согласованных* нейровегетативных симптомов, слабой реакции на повторные попытки лекарственного лечения. Все сферы жизни Бетти были дисфункциональными: работа, социальная жизнь, любовные отношения и творческая активность.

Бетти была показана и рекомендована ТФП. Диагноз и предложенное лечение были обсуждены вместе с ней. Точнее, вначале доктор Эм объяснил Бетти, что, хотя у нее и может быть биологическая склонность к эмоциональному дистрессу, ее симптомы и дисфункции основаны, прежде всего, на глубинном психическом состоянии, которое можно понять и изменить с помощью психотерапии. В этом комментарии доктор Эм привел упрощенное описание понятия личностного расстройства, представив его как ригидный и ограниченный набор реакций на себя и других, которые ведут к трудностям в адаптации к сложностям жизни и обостряют тенденции к эмоциональной реактивности. Бетти чувствовала, что такое понимание ее проблем, вероятно, имело смысл, и согласилась перейти к заключению терапевтического контракта. План состоял в том, чтобы продолжать лекарственное лечение, пока она привыкала к терапевтической рамке, и затем отменить препараты.

Ключевые клинические положения

- Нозология личностной патологии, основанная на объектных отношениях, концептуализирует как степень дисфункции (идентичность, защиты, тестирование реальности, агрессию и моральные ценности), так и уровень организации (невротический, высокоуровневый и низкоуровневый пограничный).
- Клиническая оценка состояния сочетает как оценку симптомов, так и оценку идентичности, уровня защитных механизмов и качества те-

стирования реальности, фокусируясь на внутренних репрезентациях Я, других и на паттернах отношений.

- К рекомендации ТФП ведет сочетание факторов, включая пограничную организацию личности, средний уровень интеллекта и умеренный или выраженный уровень симптоматики. Основным противопоказанием является коморбидное антисоциальное расстройство личности.

ИЗБРАННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЧТЕНИЯ

Caligor E., Clarkin J.F. An object relations model of personality and personality pathology, in Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook / Ed. by Clarkin J.F., Fonagy P., Gabbard G.O. Washington: DC, American Psychiatric Publishing, 2010. Pp. 3–36.

Hörz S., Clarkin J.F., Stern B.L. et al. The Structured Interview of Personality Organization (STIPO): An instrument to assess severity and change of personality pathology, in Psychodynamic Psychotherapy Research / Ed by Levy R., Ablon J., Kachele H. New York: Springer, 2012. Pp. 571–592.

Kernberg O.F. Structural diagnosis and the structural interview, in Severe Personality Disorders. New Haven, CT: Yale University Press, 1984. Pp. 3–51.

PDM Task Force: Psychodynamic Diagnostic Manual, Personality Patterns and Disorders. Silver Spring: MD, Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006.

ГЛАВА 5

УСТАНОВЛЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАМКИ

КОНТРАКТ, МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И ВСПОМОГАТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ПЕРВООЧЕРЕДНАЯ терапевтическая задача после оценки состояния — установление терапевтической рамки. Это первый шаг в последовательности тактических приемов психотерапии, фокусированной на переносе (ТФП; другие тактические приемы описаны в главе 7 «Тактика лечения и клинические трудности»). Оценка состояния и установление контракта предшествуют началу терапии. Терапия не может начаться, пока не будут установлены ясные условия лечения (Yeomans et al., 1992). Контракт заключается устно, в процессе обсуждения и достижения взаимопонимания между терапевтом и пациентом. Контракт включает минимальный перечень ограничительных условий, необходимых для обеспечения среды, в которой может разворачиваться психотерапевтический процесс. Терапевтический контракт устанавливает рамку лечения, определяет ответственность каждого участника и подготавливает почву для наблюдения за динамикой пациента в определенном «пространстве». В сущности, контракт определяет реальную сторону терапевтических отношений. Важно, чтобы терапевт помнил об этом, так как влияния внутреннего мира объектных отношений пациента будут проявляться в попытках исказить реальные отношения. Поскольку эти искажения могут быть трудноуловимыми, терапевту важно зафиксировать реальность терапевтических от-

ношений в собственной голове как точку отсчета, любые отклонения от которой должны становиться объектом понимания. Простой пример: терапевт, который начинает чувствовать себя (в контрпереносе) эгоистичным и отчужденным, поскольку он не доступен по телефону для пациентки ночью, в момент, когда она сильно расстроена. Соотнеся свою реакцию с той частью контракта, которая касается общения вне сеансов, терапевт может вспомнить, что на самом деле он следует терапевтическому соглашению, а не проявляет безразличие. Это напоминание может помочь терапевту понять, что его контрперенос соответствует элементу внутреннего мира пациента, который следует обсудить.

НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ТЕРАПИИ

Начальный этап терапии представляет собой следующую последовательность шагов: оценка состояния (в среднем от одного до трех сеансов, как обсуждалось в главе 4 «Фаза оценки состояния»), установление терапевтического контракта (в среднем от двух до трех сеансов, но в сложных случаях может потребоваться и больше) и начало терапии (если пациент и терапевт достигают согласия по поводу контракта). Процесс определения условий, в которых может происходить психодинамическое исследование, включает 1) достижение согласия в том, что более глубокое понимание себя может помочь пациенту в решении его трудностей (в сравнении с чисто биологическим видением проблем), 2) контейнирование отыгрывающего поведения, с тем чтобы исследовательская работа не прерывалась из-за регулярных «фейерверков», и 3) определение того, что́ собой представляет терапия и терапевтические отношения.

Главенствующий принцип при установлении условий, в которых будет протекать лечение: чтобы ясно мыслить, терапевт должен чувствовать себя комфортно и безопасно. Это далеко не последний вопрос в лечении пациентов, часто создающих такой уровень тревоги, который может подвести терапевта либо к отказу от психодинамических техник в пользу любых средств, которые выглядят подходящими на данный момент, либо, что намного хуже, к отказу от пациента. Поступая таким образом, терапевты обычно участвуют в отыгрывании примитивной динамики пациента, а не помогают пациенту понять и разрешить ее. Еще одним направляющим принципом в установке рамки лечения является ограничение вторичных выгод пациента из-за болезни (использование симптомов для получения дополнительных выгод, таких как повышение доступности терапевта или медицинская инвалидизация). Ключевые функции терапевтического контракта обобщены в таблице 5–1.

ОБСУЖДЕНИЕ ДИАГНОЗА: ЭЛЕМЕНТ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ

Приступая к описанию условий лечения для пациента, терапевт должен опираться на свое впечатление о диагнозе, поскольку условия рекомендованного лечения происходят из понимания заболевания. Печальный факт заключается в том, что диагноз пограничного расстройства личности стигматизирован, поэтому многие терапевты неохотно озвучивают и обсуждают этот диагноз. Однако, когда терапевт объясняет пациентке, считающей, что она страдает от тревоги или депрессии, не понимая задействованных при этом глубоких психологических трудностей и источника хаоса в своей жизни, что диагноз указывает на расстройство личности, это может воодушевить ее. Бывает полезно объяснить, что ПРЛ включает 1) интенсивные и быстро сменяющие друг друга эмоции («жизнь, как эмоциональные американские горки»), 2) нестабильные и бурные межличностные отношения, 3) импульсивные поступки, которые могут иметь деструктивную природу, и 4) лежащую в основе нехватку ясности понимания пациентом себя, а также сложности в реалистичной оценке других, что в целом является корнем всех остальных проблем. Важно подчеркнуть, что, хотя отыгрывающее поведение может быть наиболее ярким проявлением болезни, не оно составляет ее суть. Скорее, ядром заболевания является фрагментированное и спутанное чувство Я.

ТАБЛИЦА 5–1. Функции терапевтического контракта

1. Установление взаимопонимания по поводу проблем(ы), которые будут решаться в ходе терапии
2. Определение реальной стороны терапевтических отношений
3. Определение ответственности пациента и терапевта касательно лечения
4. Защита пациента, терапевта и терапии, включая защиту способности терапевта ясно мыслить
5. Минимизирование вторичных выгод от болезни
6. Предоставление безопасного места для разворачивания динамики пациента
7. Подготовка почвы для интерпретации смысла отклонений от лечебной рамки, установленной контрактом
8. Предоставление организующей терапевтической рамки, которая позволяет терапии стать «якорем» в жизни пациента; интернализация обсуждений контракта часто становится первой внутренней связью с терапевтом
9. Начало определения выборов пациента; обсуждение возможных видов деятельности начинается с прояснения заложенных в них элементов идентичности и конфликтов

Обсуждая терапевтический контракт, терапевт должен затронуть 1) универсальные и важнейшие параметры лечения, которые применимы во всех случаях психодинамической терапии (Таблица 5–2) и 2) виды сопро-

тивления, которые могут возникнуть в форме конкретного поведения, угрожающего лечению. Эти поведенческие виды сопротивления связаны с тем, что исследовательская терапия угрожает хрупкому гомеостазу пациента. Пусть даже защитные механизмы, основанные на расщеплении, не обеспечивают хорошей адаптации к сложностям жизни, они приносят некоторое облегчение тревоги, структурируя мир пациента вокруг экстернализации через механизм проекции. Любое критическое рассмотрение этой системы и, вообще, любое изменение в защитной структуре человека вызывает тревогу, пока новая структура не займет свое место. Поведенческие виды сопротивления требуют установки особых параметров, которые выходят за рамки универсальных параметров психодинамического лечения и варьируются в зависимости от особенностей конкретного пациента. Примером может быть открытое прояснение терапевтом его позиции по отношению к пациенту, чей предыдущий терапевт был настолько активно вовлечен в неотложные мероприятия по купированию его суицидальных попыток, что не мог осуществлять осмысленное психологическое исследование.

Хотя пациент должен взять на себя обязательство постараться с самого начала работать в рамках параметров лечения, терапевту следует понимать, что до того, как будет в полной мере достигнута приверженность лечению, трудности с соблюдением контракта могут составлять главную тему в терапии. Несмотря на то что контракт заключается до начала терапии, работа в терапии часто включает отсылки к контракту и иногда его пересмотр или дополнение в ходе курса лечения.

Терапевт не должен брать на себя обязательство работать с конкретным пациентом, если этот пациент не готов принять фундаментальные аспекты лечения. Задача терапевта — удостовериться, что он предоставляет адекватное лечение. Это аналогично ситуации, в которой хирург не может начать операцию, пока не соблюдены важнейшие условия, например, не обеспечено стерильное операционное поле. Если пациент не принимает ключевых условий исследовательской терапии, терапевт должен либо предложить менее структурированную, более поддерживающую терапию, либо направить пациента на такую терапию к другому специалисту. ТФП — это интенсивное лечение с амбициозными целями, которое требует большой вовлеченности и от пациента, и от терапевта. Если пациент не готов или не способен взять на себя ответственность, либо не заинтересован в том, чтобы принять условия терапии, ему показано менее интенсивное и менее амбициозное лечение, по крайней мере, на данный момент.

Этап заключения контракта может включать встречу с родителями пациента, его супругом, супругой или партнером, если терапевт считает необходимым обсудить природу состояния пациента, а также ограничения

терапии. Такая встреча обычно происходит в случаях, когда пациент крайне зависим от этих людей и когда существует риск, что они не понимают либо характера заболевания, либо того факта, что лечение не гарантирует, что самодеструктивный пациент не навредит себе или не убьет себя, даже будучи в терапии. Терапевт, который приступает к лечению, не добившись этого понимания, обычно невольно тяготеет к идее «исцелить» пациента, что является контпродуктивным и ведет к отклонениям от вдумчивого следования роли исследующего терапевта. Это наиболее часто случается, когда у близких родственников создается впечатление, что пациент страдает от исключительно биологического состояния, которое должно среагировать на медикаменты. В тех случаях, когда пациенту в течение многих лет ставили ошибочные диагнозы, связанные с преимущественно биологически обусловленными состояниями (обычно это резистентная к терапии депрессия или биполярное расстройство), и проводили множество курсов лечения без эффекта, члены семьи часто испытывают облегчение, узнав о природе личностного расстройства и возможности эффективной терапии. В случае с молодыми людьми с тяжелыми антисоциальными чертами и лживостью может быть необходимо установить параметры лечения, которые включают общение с родителями или другими представителями третьих сторон (например, с консультантом по отказу от психоактивных веществ), чтобы удостовериться, что терапевт получает точную информацию.

ТАБЛИЦА 5–2. Ключевые элементы лечебного контракта[1]

1. Ответственность пациента:
   - Посещение терапии на регулярной основе
   - Оплата гонорара
   - Свободные ассоциации (стараться свободно сообщать о мыслях и чувствах, не «фильтруя» их) относительно проблем, по поводу которых пациент обратился за терапией
   - Стремление к рефлексии о том, что он озвучивает, а также о комментариях терапевта и об их взаимодействии
2. Ответственность терапевта:
   - Соблюдение расписания посещений
   - Равномерное уделение внимания материалу пациента
   - Стремление всеми способами помочь пациенту развить понимание самого себя и более глубоких аспектов своей личности и трудностей
   - При необходимости прояснение границ своей вовлеченности

1 *Примечание.* Это «модифицированное» свободное ассоциирование происходит из того, что пациенты могут использовать процесс свободных ассоциаций в качестве сопротивления оценке сложных, диссоциированных внутренних состояний. Эта проблема исследуется более подробно в главе 7, в обсуждении работы с «тривиализацией» в повествовании пациента.

ПРОЦЕСС ОБСУЖДЕНИЯ КОНТРАКТА

Процесс заключения контракта происходит не в форме одностороннего заявления терапевта, а в форме диалога, в котором терапевт уделяет основное внимание реакциям пациента на описание условий лечения. Это внимание нацелено как на исключение поверхностного бессмысленного согласия, так и на выявление ранних паттернов переноса по мере их проявления в этом процессе[1]. Важно, чтобы терапевт не соглашался на условия лечения, которые требуют необычных усилий или «героических» поступков. Искушение провести «героическую» терапию сигнализирует о начале трудностей, связанных с контрпереносом. Когда терапевт принимает на себя больше того, что представляется разумным с точки зрения стандартного терапевтического лечения, конечный результат может оказаться подкреплением для самодеструктивного потенциала пациента, поскольку терапевт принимает на себя ответственность, которая должна лежать на пациенте. Также это может вести к повышению вероятности развития контрпереноса, с которым не удастся справиться, вследствие чего терапевт начинает страдать от истощения, перегруженности и/или беспокойства (Carsky, Yeomans, 2012). Терапевту следует помнить, как стал бы действовать на его месте «достаточно хороший» терапевт, и в случае возникновения внутреннего порыва сделать больше исследовать собственные мотивы.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА

Сфера ответственности пациента, которую необходимо всегда обсуждать с каждым пациентом, включает посещаемость, участие в сообщении собственных мыслей и чувств без их цензурирования, оплату и усилия по рефлексии. Для некоторых пограничных пациентов, которые не чувствуют, что контролируют свои поступки и полагают, что задача терапевта состоит в заботе о них, идея о собственной ответственности за лечение может быть чуждой. Эти пациенты могут чувствовать, что сутью их заболевания является недостаток контроля. Такой настрой может поддерживаться членами семьи и терапевтами, которые считают, что пограничные пациенты неспособны контролировать свои поступки и что роль терапевта состоит в том, чтобы «взять это на себя». Наш обширный клинический опыт позволяет предполагать,

---

[1] На нашем веб-сайте (http://www.borderline-disorders.com/images/RITCS.pdf) доступна Шкала оценки контракта (Contract Rating Scale). Читатель может ознакомиться с этой шкалой для качественного понимания процесса оценки контракта, чтобы получить более подробное представление о том, какие виды поведения (как со стороны терапевта, так и со стороны клиента) в ней рассматриваются.

что эти пациенты в целом способны как к более высокому уровню контроля, так и к более высокому уровню активности, чем часто считают, и что в работе с ними это понимание способствует прогрессу в терапии и апеллирует к потенциалу пациента. Для терапевта бывает полезно объяснить, что он рассматривает отыгрывающее поведение пациента не как сущность его заболевания, а, скорее, как проявление лежащих в основе психологических трудностей, которые можно понять и изменить. Более того, терапевту следует указать, что, если диагноз пограничного расстройства личности установлен правильно, пациент способен, пусть с некоторым усилием, большую часть времени контролировать свои импульсы к отыгрыванию и обращаться за соответствующей помощью в те моменты, когда это не удается. Может статься, что пациент ранее никогда не предпринимал необходимых усилий, поскольку ни пациент, ни его близкие не считали, что он на это способен.

Посещаемость терапии

От пациента ожидается, что он будет приходить на каждый сеанс к назначенному часу и уходить по окончании отведенного на сеанс времени. Если пациент не может прийти на сеанс, он несет ответственность за то, чтобы информировать терапевта как можно раньше и, если возможно, перенести сеанс. Например, клиницист может сказать пациенту: «Ваша ответственность заключается в том, чтобы приходить вовремя на каждый сеанс и уходить, когда наше время заканчивается. Если вы заранее знаете, что не сможете прийти на сеанс, пожалуйста, дайте мне знать об этом как можно раньше. Хотя множество проблем могут затруднить ваш приход на сеанс, важно, чтобы вы постарались посещать каждый назначенный сеанс».

Хотя для терапевта эти условия касательно посещения могут выглядеть рациональными и очевидными, пациенты могут считать иначе. к примеру, эти условия можно расценить как угрозу вере пациента во всемогущего Другого: когда терапевт проясняет тот факт, что он не сможет помочь пациенту, если тот не придет, это может поставить под вопрос примитивное убеждение пациента, что существует всемогущий спаситель, который волшебным образом способен решить все его проблемы. Другая возможность состоит в том, что пациент будет воспринимать свою ответственность как принуждение или контроль со стороны терапевта. Наконец, альтернатива: пациент может заявить, что в некоторые дни у него просто не хватает энергии, чтобы выйти из дома. Если по какой-либо причине пациент протестует в ответ на ожидания касательно посещения терапии, терапевт ясно дает понять, что в этом случае он не рассуждает вслух, а просто указывает на реальность того, что терапия

требует посещения. Хотя мы и делаем акцент на необходимости обсуждения условий контракта, чтобы понять позицию пациента относительно их, базовые параметры — это *sine qua non* для данного вида терапии. Следовательно, если пациент возражает, терапевт отмечает это возражение и указывает, что понимание возражения пациента может предоставить ценную информацию для терапии. Однако затем, исходя из задачи начать терапию, терапевт озвучивает необходимость в регулярном посещении, объясняя, что это условие является необходимым для проведения терапии. Мы повторяем, что если терапевт и пациент не достигают согласия относительно условий терапии, то совершенно уместным исходом фазы заключения контракта для терапевта и пациента является отказ от совместной работы. По нашему клиническому опыту, пациенты редко отвергают контракт, если терапевт вступает в прозрачное обсуждение причин, которые стоят за условиями терапии.

Поскольку фаза заключения контракта предназначена для того, чтобы определить, возможно ли начать лечение, в рамках этой фазы интерпретации являются преждевременными, и, в целом, их следует избегать. На этом этапе цель состоит не в достижении полного понимания возражений пациента против условий, а в выяснении наличия или отсутствия у него готовности работать в рамках этих условий, поскольку они критически важны, а также исследовании значения этих возражений в ходе работы. Все это можно констатировать следующей фразой: «Я понимаю, что существует множество причин, почему это может выглядеть для вас трудным. На самом деле, я ожидаю, что рассмотрение некоторых из этих причин, если мы продолжим работать с вами, составит существенную часть нашей совместной работы. Однако на данном этапе важно отметить, что, если вы не являетесь на сеанс, работа не может продолжаться. Время от времени для вас может быть сложно приходить и продолжать посещать сеансы, и необходимо, чтобы мы обсуждали эти трудности, вместо того чтобы вы отыгрывали их в виде пропусков.

Ответственность по оплате

Пациент и терапевт должны оговорить стоимость сеанса, правила оплаты счетов и правила оплаты за пропущенные встречи. Если терапевт работает в рамках некоторого ценового диапазона, здесь можно обсудить гонорар с учетом возможностей пациента. Разные терапевты могут задействовать разные правила касательно оплаты пропущенных сеансов, переносов и сроков оплаты. Ключевой пункт состоит в том, что терапевт должен иметь последовательную политику и быть готовым к тому, чтобы придерживаться

ее. Установление базовых правил в отношении оплаты с самого начала образует точку отсчета, к которой терапевт может при необходимости возвращаться.

Например, пациентка начала терапию и не оплатила счет в установленный срок (к концу месяца). В то же самое время на сеансе она сообщает, что, с учетом истории ранней депривации, она чувствует, что должна быть освобождена от некоторых обязанностей в жизни: «Я просто не готова делать все, что делают другие. Несправедливо ожидать этого от меня. Если бы мне дали паузу, я бы могла справиться со своим гневом».

У терапевта может возникнуть искушение опустить обсуждение неоплаченного счета из-за страха, что гнев может сфокусироваться на нем. Однако, с точки зрения хода лечения, необходимо признание того, что аффект пациентки прямо связан со «здесь и сейчас» в переносе, и контракт служит подтверждением обязательства терапевта поднять этот вопрос в обсуждении с пациенткой, несмотря на сопротивление, которое может ощущать он сам. Вполне вероятно, что подобное сопротивление прямо соответствует аффективной значимости этого материала в переносе и что нежелание терапевта является следствием попыток пациентки контролировать других — качество, которое, вероятно, вносит вклад в проблемы пациентки с отношениями вне терапии. В данном примере отсутствие оплаты со стороны пациентки является разыгрыванием в переносе обсуждаемой ею темы. В других случаях отсутствие оплаты может иметь место без подобной ясной связи с вербальным содержанием сеансов, но это всегда следует рассматривать как отыгрывание по отношению к рамке терапии.

Роль пациента в терапии

Каждый вид психиатрического лечения, для того чтобы быть эффективным, требует той или иной формы участия пациента. Однако часто пациенты подходят к лечению с ожиданием, что будут пассивно получать лечение по мере того, как терапевт будет над ними работать. У пограничных пациентов это ожидание зачастую бывает особенно интенсивным по причине примитивной природы внутреннего объектного мира этих пациентов. Указание пациенту на необходимость в его участии в лечении и, что важнее, слова о том, что исход зависит от его активного участия, затрагивает многие темы, общие для пограничных пациентов, такие как ожидание всемогущего Другого и желание и/или страх зависимости.

ТФП модифицирует общее психоаналитическое правило свободных ассоциаций, предлагая сообщать все, что приходит на ум — все мысли и чувства, связанные с проблемами, которые привели человека на лечение.

Стабильные условия сеансов должны помочь пациенту получить доступ к более глубоким аспектам его внутреннего мира. Хотя в ТФП в целом соблюдается правило свободных ассоциаций, мы также заметили, что ассоциативный процесс иногда может быть использован в качестве защиты от доступа к диссоциированному материалу. Таким образом, терапевт должен постоянно уделять внимание двум другим каналам коммуникации — невербальному каналу и контрпереносу — для того, чтобы оценить, насколько вербальный канал конгруэнтен двум другим и аффективно наполнен, либо он представляет защитную тривиализацию.

Вот пример типичного информационного сообщения для пациента касательно метода лечения:

> Ваша роль в терапии состоит в том, чтобы свободно говорить обо всем, что приходит вам на ум, особенно если это относится к основным проблемам, которые привели вас сюда. Цель этого — понимание неизвестных мотивов ваших эмоций и поведения. Хотя иногда это может казаться вам трудным, важно, чтобы вы говорили все, что приходит на ум, не подвергая это цензуре, включая мысли, чувства, сновидения, фантазии и так далее. Ваши мысли, возможно, примут форму вопросов ко мне; в этом случае я могу ответить или не ответить в зависимости от того, какой вариант я сочту наиболее терапевтичным в данный момент. Поскольку наша цель состоит в том, чтобы углубить ваше понимание, более полезным может оказаться, если я буду стимулировать ваши собственные рассуждения, а не давать прямой ответ.
>
> Говоря об общем правиле свободно говорить во время сеанса, следует учесть, что если события вашей жизни будут сталкивать вас с риском навредить себе или другим, либо если они могут влиять на ход нашей терапии, в таком случае вам следует поднять эту тему прежде всего остального. Например, если бы вы получили плохой отзыв на работе, который поставил бы под вопрос вашу трудоустроенность и, таким образом, наличие у вас средств на оплату терапии, будет важно обсудить эту тему, прежде чем начать говорить обо всем остальном, что придет вам на ум.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ТЕРАПЕВТА

Сам факт того, что терапевт декларирует свою ответственность, подчеркивает его убеждение, что терапия — это двусторонний процесс. Ответственность подразумевает вовлеченность. Основная ответственность терапевта состоит в помощи пациенту достичь большего понимания себя, своей личности и своих трудностей, целью чего является помощь в решении этих

проблем. Другие зоны ответственности терапевта связаны с назначением регулярных встреч, выполнением терапевтической работы во время сеансов, ограничением своей вовлеченности в жизнь пациента рамками исследовательской терапевтической работы, а также соблюдением конфиденциальности.

Ответственность терапевта за соблюдение расписания

Клиницист обсуждает с пациентом график сеансов, включая договоренности о времени и процедуру уведомления пациента о пропусках со стороны терапевта. Терапевт должен ясно и лаконично озвучить свое предложение по поводу расписания, а также рассказать, что произойдет, если ему придется отменить сеанс. Например, клиницист может сказать: «Я предлагаю вам работу с периодичностью два сеанса в неделю, время которых мы с вами оговорим вместе. Каждый сеанс будет длиться 45 минут. Если мне нужно будет отсутствовать, я уведомлю вас о своих планах как минимум за 1 месяц, за исключением неотложных ситуаций. Если мне придется отменить сеанс в конкретный день, но я буду присутствовать в кабинете в другие дни недели, я постараюсь сделать все возможное, чтобы перезаписать вас на другой день недели. Я готов работать с вами на регулярной основе дважды в неделю».

Отношение терапевта к оплате

Сообщение терапевта о гонораре имеет важное клиническое значение. Обсуждая оплату, он декларирует, что предоставляемые услуги имеют ценность и за них предполагается компенсация. Хотя уведомить о гонораре можно в нескольких словах, многое передается на уровне отношения. Клиницист, который покашливает, понижает голос или отводит взгляд, говоря о деньгах, транслирует важное послание. Терапевт, который испытывает сомнения по поводу своей способности помочь пациенту, может обсуждать вопрос оплаты извиняющимся тоном, тем самым показывая, что он, вероятно, не сможет «отработать» деньги пациента. Говоря вкратце, обсуждение оплаты с этой группой пациентов, которых обычно характеризует ненадежная модель привязанности, затрагивает многие аспекты контрпереноса, так же как и многие аспекты переноса.

В идеале, клиницист обсуждает вопрос оплаты точно так же, как и любую другую тему. Это особенно важно с учетом склонности пограничного пациента искажать значение гонорара для терапевта. Терапевт информирует пациента, что его усилия компенсируются получаемыми деньгами, и что

он не потребует от пациента за свои услуги ни больше, ни меньше. Затем убеждения и настрой пациента по отношению к воспринимаемой позиции терапевта касательно терапии и гонорара можно будет проанализировать на предмет их значения в переносе.

Роль терапевта и метод лечения

Одна из целей обсуждения контракта состоит в просвещении пациента о природе терапии, которая ему рекомендована. Было бы наивно предполагать, что даже те пациенты, которые проходили лечение в прошлом, имеют четкое понимание ответственности каждого из участников. Сообщение о роли терапевта должно включать обсуждение его фокусирования на слушании и попытках помочь пациенту достичь понимания; правил, которыми терапевт будет руководствоваться, чтобы определять, когда ему стоит или не стоит говорить; отсутствия физического контакта с пациентом, а также сущности конфиденциальности. Приведем пример.

> Моя ответственность заключается в том, чтобы максимально внимательно слушать, что вы говорите, и делать комментарии, когда они, на мой взгляд, могут оказаться полезными для развития вашего понимания себя. Возможно, иногда вы будете задавать вопросы, на которые я не отвечу, или иногда вам может захотеться, чтобы я что-то сказал, но мне в этот момент нечего будет сказать. Как бы ни сложилась ситуация, мне всегда будет интересно ваше восприятие того, что происходит. Вполне возможно, что будут моменты, когда вы захотите, чтобы я дал вам совет или сказал, как вам поступить. Форма терапии, которую я вам рекомендую, предназначена для того, чтобы способствовать развитию вашей собственной способности размышлять о себе, о взаимодействиях и о ситуациях. Ее цель также состоит в развитии вашей автономии и независимого функционирования. Поэтому в большинстве случаев мои советы или прямые ответы (словно бы у меня есть все ответы) будут не столь полезны вам, сколько помощь в принятии ваших собственных решений. Кроме того, для меня было бы самонадеянным полагать, что я знаю, чего вы хотите и что для вас лучше. Исходя из всего этого, моя позиция будет заключаться не в том, чтобы говорить вам, что делать, а в том, чтобы постараться помочь вам понять, чего вы хотите и какие конфликты у вас связаны с тем, чего вы хотите. Что касается конфиденциальности, все, что мы говорим здесь, останется только между нами. Я не передам никаких сведений никому другому, если только прежде мы не обсудим это здесь и не придем

к согласию, и затем я попрошу вашего письменного разрешения на разглашение информации.

В работе с пациентами, у которых в анамнезе есть попытки суицида или агрессивные вспышки, может быть необходимым добавить: «Единственным исключением из этого правила будет ситуация, в которой вы можете быть опасны для себя или для кого-то другого. В этом случае я буду обязан предпринять все необходимые действия, в том числе включающие нарушение конфиденциальности, для защиты вас или любого другого человека, который будет вовлечен».

Важно, чтобы терапевт чувствовал себя комфортно в роли, которую он описывает. Начинающие терапевты порой не осознают, насколько это важно и трудно — поддерживать слушающую роль исследующего терапевта. Такие терапевты, вероятно, близко к сердцу принимают распространенный упрек, будто они «сидят и ничего не делают» перед лицом боли пациента с его хаотичной жизнью. Подобный упрек сочетается с примитивным верованием терапевта, что какой-то всемогущий Другой может волшебным образом «починить» его и не делает этого, сдерживая себя из садистических побуждений. Начинающий терапевт может обнаружить в себе склонность выйти из нейтральной позиции в ответ на подобный упрек. В реальности, однако, посвятить свое внимание и концентрацию интенсивному и хаотичному процессу развертывания внутреннего мира пациента — серьезное предприятие, и терапевт, вполне возможно, окажется единственным человеком в жизни пациента, способным принять эту роль и готовым погрузиться в интенсивные аффекты внутреннего мира пациента.

В зависимости от истории и текущего состояния пациента терапевт может захотеть более явно очертить границы своей вовлеченности в жизнь пациента, а точнее — сообщить, что терапия ограничена вербальным взаимодействием в стенах кабинета в течение оговоренного времени сеанса, за исключением истинно неотложных случаев. Приводим пример такого сообщения в следующем отрывке:

Вы сообщали мне, что прежде звонили своему терапевту, как только ощущали подавленность или тревогу. Хотя это помогало вам почувствовать себя лучше в краткосрочной перспективе, это не поспособствовало сколь-нибудь долгосрочному разрешению ваших проблем. Наша работа в этой терапии будет происходить в течение регулярных сеансов в рамках того временного промежутка, о котором мы договорились. Могут возникать ситуации, когда вам захочется пообщаться со мной вне сеансов по телефону, по почте, по e-mail или лично. В боль-

шинстве случаев я отложу такую беседу до встречи в кабинете в установленное время. Как я сказал раньше, эта форма терапии разработана для того, чтобы способствовать вашей собственной рефлексии, вашему независимому функционированию и нахождению ваших собственных решений. Это может означать, например, что я не смогу ответить вам по телефону, если дело не будет касаться практических вопросов, таких как перенос сеанса, или действительно неотложной ситуации.

Возможно, границы вовлеченности терапевта в лечение нужно будет прояснить более подробно, например, если у пациента в прошлом были случаи вторжения в личную жизнь терапевта.

На данном этапе обсуждения контракта часто возникает замешательство касательно неотложных ситуаций. Пациент может посчитать, что ситуация является неотложной каждый раз, когда он чувствует расстройство, тревогу или думает о суициде. Возможно, в прошлом у пациента были терапевты, которые соглашались с его пониманием неотложной ситуации. В ТФП терапевт проводит различие между хроническими, длящимися состояниями и неотложными состояниями, подобно тому, как это сделано в следующем примере:

В прошлом вы звонили своему терапевту, когда бывали расстроены и/или когда у вас были суицидальные мысли. Я не считаю, что это были неотложные ситуации, поскольку, к сожалению, подобные чувства представляют собой ваши хронические процессы адаптации на данном этапе жизни. Когда вы испытываете стресс, ваша привычная реакция состоит в том, чтобы почувствовать подавленность и желание покончить с собой. Это одна из основных целей, с которой вы обратились сюда за терапией, — изменить эти привычные реакции. На сегодняшний день, однако, мы можем предположить, что вы снова ощутите подобные чувства. В прошлом подходящим вариантом для лечения вашего состояния была длительная госпитализация. Такое лечение сегодня недоступно, поэтому нам нужны условия для организации лечения в амбулаторном режиме. Мы знаем, что у вас будут возникать эпизоды подавленности, тревоги и суицидальных мыслей. На вашей ответственности будет справляться с этими чувствами, когда они будут возникать в промежутках между сеансами. В таких случаях, возможно, полезным будет подумать о наших беседах здесь. Иногда может быть полезно позвонить семье или друзьям. И, если вы почувствуете, что есть риск потери контроля над собой, вам придется обратиться в больницу или позвонить в скорую помощь.

> Тем не менее могут быть неотложные ситуации, при которых звонки вне сеансов будут уместными. Я считаю неотложной ситуацией серьезное, непредвиденное стрессовое событие, что-то, что может оказать серьезное влияние на жизнь человека. Например, если бы вы узнали, что у вашего мужа диагностирован рак, или у вас дома случился пожар. В таких стрессовых ситуациях будет уместным позвонить мне. Я, возможно, помогу вам справиться с некоторыми аспектами ваших реакций. Может оказаться полезным назначить дополнительный сеанс. Даже в таких случаях, однако, вам следует помнить, что я не ношу бипер[1] и что могут пройти часы, прежде чем я получу ваше сообщение и смогу связаться с вами. Важно прояснить, что я провожу долгосрочную терапию, которая, как я думаю, поможет вам в долгосрочной перспективе, но я не предоставляю экстренные услуги в круглосуточном режиме и, с учетом природы нашей работы и наших целей, я не думаю, что это было бы полезным для вас, даже если бы я мог осуществлять это.

С технической точки зрения, терапевту важно указать время, когда он доступен, чтобы пациент мог сформировать реалистичные ожидания (например: «Я проверяю сообщения по будням в 9, в полдень, в 17 часов и в 21 час, а по выходным — во второй половине дня»).

Описание графика доступности терапевта важно как для установления реалистичных ожиданий пациента, так и в качестве модели измеримой стабильности, в противовес беспорядочным импульсивным контактам. Пациенты могут жаловаться, что терапевт не предоставляет им ничего, чтобы помочь справиться с дистрессом между сеансами. Однако терапия, которую мы предлагаем, поможет пациенту развить способность поддерживать стабильный позитивный образ и чувство привязанности к Другому, по мере того как интерпретативная работа (см. главу 6 «Техники лечения») помогает пациенту понять, как его внутренние аффекты склонны разрушать стабильность подобных образов.

Позиция, которую терапевт занимает по отношению к телефонным звонкам пациента, может варьироваться в зависимости от динамики ситуации. Примеры замечаний терапевта, приведенные выше, подразумевают работу с пациентом, чьи звонки мотивированы вторичной выгодой от дополнительного контакта с терапевтом, который ощущается как вознаграждение, но не способствует процессу изменений. Как объяснил терапевт, звонки оправданы

---

[1] Видимо, речь идет о специальных устройствах вроде пейджеров, которые в врачи в больницах США носят с собой, чтобы иметь возможность оперативно получать сообщения о вызовах.— *Примеч. перев.*

в экстренных ситуациях. Один из видов такой ситуации — когда пациент, как правило, без анамнеза телефонных звонков между сеансами, начинает переживать тяжелый дистресс и тревогу, по мере того как работа в терапии начинает ставить под сомнение его характерологическую защитную структуру. Примером этого является пограничный нарциссичный пациент, чья внутренняя структура основана на грандиозном, хотя и хрупком чувстве Я, и обесценивающей дисквалификации других. Дисквалификация других обычно подразумевает фундаментальное недоверие, убеждение, что зависимость от других может привести к брошенности и боли. Когда такой пациент начинает чувствовать зависимость (поначалу обычно скрытую) от терапевта, он, как правило, чувствует усиление тревоги. Это может проявляться в желании бросить терапию или даже в появлении суицидальных идей.

В подобной ситуации, когда необходимые сдвиги во внутреннем мире пациента (в данном случае чувство зависимости во внутреннем мире, который не позволяет этого) причиняют пациенту такой дистресс, что в течение некоторого периода времени кажутся нестерпимыми, терапевт может занять более активную роль следующим способом: 1) сообщая, что он понимает остроту сложностей, которые переживает пациент; 2) подтверждая, что, как бы ни были трудны эти переживания, они могут быть необходимыми для того, чтобы произошли важные изменения; 3) дав понять пациенту, что в этот период времени, когда пациент чувствует, что находится на пугающей «неизвестной территории», он *может* звонить терапевту, когда чувствует стремление завершить терапию или покончить с собой. На этом этапе терапевт может вновь подтвердить, что тревога пациента в этот период сдвига в его внутреннем мире понятна и объяснима. Терапевт также может предложить дополнительный сеанс, чтобы поработать над тревогой, которую вызывает продвижение в лечении.

Хотя это предложение, на первый взгляд, как будто противоречит общей политике в отношении уместности телефонных звонков лишь в экстренных ситуациях, в реальности, по мере продвижения в терапии, неотложные ситуации могут возникать и в переносе. Чаще всего они имеют место, когда у пациента развивается чувство зависимости в контексте хронического нарциссического («Вы не имеете для меня значения») или хронического параноидного («Вы собираетесь навредить мне») переноса. Если пациент продолжает звонить после того, как кризис прошел (хотя такие кризисы могут повторяться, прежде чем полностью разрешатся), терапевту следует исследовать, мотивированы ли эти звонки вторичной выгодой от более интенсивного контакта с терапевтом, и установить соответствующие границы.

ДИАЛОГ ТЕРАПЕВТА И ПАЦИЕНТА В ПРОЦЕССЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОНТРАКТА

Заключение терапевтического контракта — процесс интерактивный. Согласование контракта происходит в диалоге, хотя многие пункты контракта не подлежат обсуждению, поскольку они составляют *минимально необходимые* условия для терапии. Терапевт должен выяснить реакцию пациента на параметры терапии. Если у пациента есть возражения на них, терапевт просит пациента объяснить свои возражения и старается помочь пациенту понять, почему эти параметры необходимы.

Оценка способности пациента услышать и принять контракт

После того как клиницист сообщил какую-либо часть терапевтического контракта, он должен наблюдать за реакцией пациента, чтобы оценить значимость озвученного для пациента, а также начать наблюдение паттернов переноса. Во-первых, терапевту необходимо быть уверенным, что пациент слушал и услышал все, что сказал клиницист, а не ждал в это время с нетерпением, пока клиницист закончит, чтобы пациент мог наконец приступить к терапии. Во-вторых, если пациент услышал, клиницисту необходимо выяснить реакцию пациента на сказанное.

Клиницисту также необходимо учитывать готовность пациента принять условия контракта. Как готовность услышать, так и готовность принять выражается континуально. Даже если пациент ясно услышал и понял условия контракта, впоследствии он может решить отвергнуть их. Несогласие с контрактом чаще встречается у нарциссических пограничных пациентов, которые находят саму идею контракта оскорбительной для их чувства собственной значимости и наделенности особыми правами. Процесс заключения контракта может вызвать в таких пациентах массированный отказ от сотрудничества. Иногда возражение звучит в форме вызова: «Если я должен согласиться с такими условиями, значит вы для меня не подходите как терапевт». В ином случае вызов по отношению к контракту может быть не столь явно агрессивным: «Я думаю, дело пойдет лучше без этих правил. Почему бы просто не начать встречи и не посмотреть, как пойдет наша работа?» Обсуждение возможных модификаций, которые могут оказаться полезными в процессе заключения контракта с нарциссическими пациентами вы найдете в работе Д. Даймонд, Ф. Йоманс и Б. Л. Стерн «Клиническое руководство по лечению нарциссической патологии: терапия, фокусированная на переносе (D. Diamond,

F. E.Yeomans, B. L. Stern. «A clinical guide for treating narcissistic pathology: a transference focused psychotherapy», готовится к изданию).

Еще один вариант отвержения контракта состоит в том, что пациент, на поверхностном уровне, соглашается с условиями, однако легкость этого согласия в данном случае сигнализирует о том, что на самом деле пациент отвергает всякое настоящее принятие контракта. Например, пациент может прервать клинициста, прежде чем тот завершит описание контракта, и сказать: «Ну ладно, я в деле. Давайте уже закончим мусолить детали и приступим к работе».

Более многообещающую позицию внутри континуума принятия лечения представляет пациент, который *не* заявляет о своем согласии со всеми аспектами, но и не выражает серьезных возражений в отношении базовых условий терапии, а также демонстрирует, что обдумал их; в этом случае согласие носит характер «да, но»: «Я понимаю, что вы имеете в виду, что значит говорить обо всем, что придет на ум, но не уверен, что смогу это сделать». Пациент, который способен выразить возражения вдумчивым образом, с большей вероятностью будет сотрудничать в терапии, нежели тот, кто сразу соглашается со всеми аспектами без каких-либо сомнений. На самом деле, во втором случае диагност должен вслух поинтересоваться: «Как так получается, что у вас нет совсем никаких вопросов или сомнений в отношении сказанного мной?»

Имея в виду существующие варианты выбора видов терапии для пограничной личности, пациенты иногда спрашивают, почему психодинамический подход предпочтительнее прочих. Если терапевт изучил показания к терапии, представленные в главе 4, он сможет ответить, что рекомендация ТФП основана на его убеждении, что наиболее полное разрешение проблем пациента возможно, если мы адресуемся к психологическому ландшафту, лежащему в основе конкретных симптомов пациента, и что работа на этом уровне с наибольшей вероятностью позволит достичь нормального функционирования в сфере работы, любовных отношений, межличностных отношений, творчества и досуга.

Реагирование на ответы пациента

Процесс заключения контракта подвержен влиянию динамики диады пациент — терапевт. Создание рамки заключает в себе намного больше, чем простой пересказ пунктов о взаимной ответственности. Клиницист, представив общие условия лечения и внимательно выслушав реакцию пациента, должен решить, принять ли ответ пациента как адекватный для начала терапии или продолжить исследование неявных или явных возражений пациента на условия контракта. Навык исследования реакции пациента на различные части контракта — это важный фактор в установлении адекватной лечебной рамки. Неопытный терапевт может

среагировать на возражения пациента извинениями, отказом от некоторых условий лечения или отказом от своей роли, позволяя пациенту устанавливать условия.

Например, клиницист, который конфронтирован вызывающим и обесценивающим пациентом, может решить отложить перечисление всех сфер его ответственности, сказав себе, что пациент нуждается в облегчении вхождения в терапевтический процесс. Всякий раз, когда клиницист избегает обсуждения аспектов контракта, он проявляет контрпереносную реакцию. Если клиницист не может позволить себе описать необходимые условия лечения, сложность в формулировках, скорее всего, проявит себя и дальше в ходе лечения, в форме избегания конфронтаций или интерпретации грандиозности пациента, его агрессии или претензии на особые права. Вот почему терапевт, подходя к началу лечения, должен иметь ясное интернализованное чувство контракта и терапевтической рамки. Терапевт должен быть чутким к любым отклонениям со своей стороны и рассматривать их как красный флаг, который указывает на необходимость в этот момент исследовать собственный контрперенос, будь то страх, жалость либо другая дискомфортная эмоциональная реакция.

В другой вариации этой проблемы клиницист может полностью озвучить сферы ответственности, но затем разными способами отказаться от своих слов. Вот несколько примеров:

1. После того как достигнуто согласие, что ответственность пациента заключается в том, чтобы вовремя приходить на сеанс, терапевт может добавить: «Конечно, будут дни, когда вы не сможете прийти на сеанс вовремя, и в таком случае я постараюсь наверстать упущенное время в конце сеанса».
2. В ответ на решительный отказ от самой идеи какого-либо контракта в принципе, клиницист может сказать: «Ладно, возможно это чересчур — требовать всего сразу. Давайте посмотрим, сможем ли мы поработать в этом направлении».

Может случится и так, что слова терапевта подобраны идеально, но их «мелодия» может производить совершенно иное впечатление. Например, терапевт, который тревожится о том, что делает, может слишком поспешно рассказать об ответственности пациента, упоминая все необходимые пункты, но не давая пациенту времени на размышление и ответ.

В другой версии отступления от условий контракта специалист игнорирует возражения пациента и действует так, будто согласие на начало лечения было достигнуто. Приняв псевдосогласие, можно уйти от конфронтации, но столкнуться со сложностями позже в процессе лечения. Более удачная, но все еще не оптимальная позиция заключается в том, что клини-

цист отвечает на возражения пациента, запрашивая дополнительные прояснения, но не возвращается к факту, что обсуждаемые условия являются необходимыми условиями для начала лечения[1]. Например, терапевт может сказать: «Расскажите подробнее о том, что может вам помешать посещать сеансы на регулярной основе». Однако после ответа пациентки, что ей может понадобиться несколько дополнительных часов для учебы, терапевт не делает никаких комментариев и переходит к другому вопросу.

Терапевту может понадобиться неоднократно возвращаться к необходимости конкретного условия лечения, каждый раз объясняя причину (например: «Терапия не может происходить, если вас здесь нет»), рассматривая возражение пациента и стараясь убедиться, что пациент понимает, что, хотя ему, возможно, придется столкнуться с сильными чувствами в связи с затронутыми проблемами, терапия — это специфический процесс с определенными требованиями. В работе с пограничным пациентом терпение, настойчивость и повторение являются краеугольными камнями работы терапевта.

На другом краю спектра находится пример, когда неопытный терапевт ожидает нереалистично ригидного и безупречного согласия на контракт (что возможно, является отыгрыванием сурового наказующего объекта в контрпереносе). В работе с реакцией пациента на контракт клиницисту необходимо стремиться к адекватной степени гибкости.

Наверняка будут пациенты, которые, несмотря на неполное согласие с рекомендациями, проявят достаточную готовность сотрудничать, чтобы клиницист увидел возможность для начала лечения. На самом деле, для понимания того, достигнута ли достаточная степень согласия для начала терапии, основополагающе значение имеет клинический взгляд. Было бы наивно ожидать, что большинство пограничных пациентов придут к чистосердечному и недвусмысленному согласию со всеми аспектами контракта. Терапевт должен оценить, когда пациент уловил суть условий и, похоже, готов попробовать, пусть и с некоторым недовольством. Для клинициста важно выразить свое понимание, что пациент продолжает испытывать некоторую амбивалентность, и упомянуть, что если эта амбивалентность вырастет в открытый протест, он должен стать приоритетным вопросом для обсуждения.

---

[1] На данный момент мы не рассматриваем аспекты терапевтического контракта, которые разрабатываются в ответ на конкретные мешающие лечению виды поведения для данного пациента. Обсуждение сейчас сосредоточено скорее на минимальных требованиях для проведения исследовательской психотерапии. Это условия, которые определяются природой психотерапии, а не терапевтом, хотя пациент часто отвечает так, будто условия определяются терапевтом, и обвиняет его в навязывании произвольных правил, единственная цель которых — облегчить жизнь терапевту.— *Примеч. авторов.*

Поведение пациента во время сеансов, посвященных заключению контракта, может расходиться с его вербальным согласием. В таком случае клиницисту необходимо обратиться к этому очевидному противоречию: «Несмотря на то, что вы согласились, в случае если мы начнем терапию, приходить дважды в неделю, за время, пока мы обсуждаем условия лечения, вы уже пропустили два сеанса». Хотя важно не совершать незаметного перехода от заключения контракта к терапевтическому процессу, терапевт должен обращаться к поведению пациента, связанному с обсуждением тех или иных пунктов контракта, с тем чтобы не упустить из вида важный источник информации. В приведенном случае терапевт может сказать: «Сейчас не самое подходящее время, чтобы пытаться понять глубокие мотивы ваших пропусков сеансов. Пока что наша задача в том, чтобы достичь ясного согласия по поводу условий нашей работы. Пропуск вами двух сеансов означает для меня, что вы не полностью согласны с условиями проведения этой терапии, как вы вначале сказали. Важно, чтобы вы могли открыто выразить мне свои сомнения. В ином случае, есть вероятность, что они будут повторно проявляться в виде действий, и это создаст риск для всей терапии».

Таким образом, хотя процесс заключения контракта предшествует началу лечения, он подвержен интенсивным аффектам и силам, с которыми придется иметь дело в терапии. Терапевт, который берется за эту работу, должен достаточно комфортно чувствовать себя во взаимодействии с пограничной патологией, чтобы быть способным довести заключение контракта до конца, не чувствуя себя запуганным или обесцененным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО КОНТРАКТА: ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

В дополнение к общим условиям, необходимым для начала работы с любым пациентом в рамках ТФП, важной целью заключения контракта является выяснение форм сопротивления исследованию, которые могут поставить под угрозу продолжение лечения и которые с большей вероятностью разовьет конкретный пациент, а также разработать условия, которые будут учитывать эту угрозу и снижать ее. Этот процесс индивидуализирован для каждого пациента и может быть весьма тонким и сложным. Для терапевта важно освоить способ мышления, который является частью этого этапа заключения контракта, поскольку потребность в установлении условий контракта, связанных с угрозой терапии, не ограничена лишь этой предварительной стадией лечения. Во многих случаях пациенты проявляют новые виды сопротивления и привносят новые угрозы терапии по мере

ее продвижения. в таких случаях терапевт должен быть готов вернуться к процессу, который описан в этой главе.

ВОЗМОЖНЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФОРМЫ СОПРОТИВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЮ

Потенциальные угрозы лечению варьируются в диапазоне от серьезной суицидальности и самодеструктивного поведения до более опосредованных факторов, таких как недовольство родителей пациента, которые оплачивают лечение (см. таблицу 5–3). Сопротивление может состоять из форм поведения, которые оказывают прямое влияние на терапию и/или терапевта, либо из форм поведения, которые создают внешние ситуации, угрожающие терапии. Примерами последнего может быть отчуждение пациента от члена семьи, чья финансовая поддержка необходима для лечения, угроза для трудоустроенности пациента (по причине его хронической усталости), которая необходима для того, чтобы он мог оплачивать терапию, либо ситуации, когда пациент настраивает члена семьи настолько враждебно по отношению к терапевту, что тот начинает угрожать терапевту.

Угрозы терапии обычно основаны на сопротивлении, которое является результатом примитивных защитных механизмов, стремящихся поддержать хрупкий status quo, в котором конфликтующие стороны внутреннего мира пациента удерживаются расщепленными и отыгрываются, а также на получении вторичной выгоды от болезни. Устранение последнего является задачей начальной фазы лечения. В ходе всего курса лечения устранение вторичной выгоды в целом ведет к тому, что пациент полнее участвует в лечении и очищает поле для эффективной интерпретации примитивных защитных механизмов.

ТАБЛИЦА 5–3. Примеры видов сопротивления/угроз лечению

1. Виды суицидального и серьезного саморазрушающего поведения
2. Гомицидные импульсы и действия, включая угрозы терапевту
3. Ложь или сокрытие информации
4. Зависимость от психоактивных веществ и злоупотребление ими
5. Нарушения пищевого поведения
6. Менее серьезные виды саморазрушительного поведения (царапание, а не порезы)
7. Плохая посещаемость сеансов
8. Чрезмерно частые телефонные звонки и другие интрузии в жизнь терапевта
9. Пропуски оплаты или создание обстоятельств, которые мешают оплате
10. Создание проблем вне терапии, которые мешают продолжению терапии
11. Поддержание хронически пассивного стиля жизни, поддержание вторичной выгоды от болезни

Слова пациента о нанесении вреда себе или другим создают напряжение и отвлекают, что может мешать терапевту мыслить свободно и спонтанно в ходе сеанса и привести с тому, что терапевт начнет вовлекаться в действия пациента в его повседневной жизни (вызывать пациенту скорую помощь, отправлять полицию к нему домой или на работу и т. д.). Терапевт, который начинает принимать активное участие в жизни пациента, обычно отыгрывает одну из ролей внутреннего мира объектных отношений пациента и теряет способность помочь пациенту наблюдать, рефлексировать и понимать структуру этого внутреннего мира и ее влияние на функционирование пациента.

Не все угрозы эффективному лечению представляют собой активные поступки. Если образ жизни пациента настолько хронически пассивен или социально изолирован, что лечение является единственным видом его активности, терапевт может обсудить с пациентом необходимость какого-то вида работы или обучения как условия лечения. Для терапевта принять факт, что пациент будет неопределенно долго ничего не делать, помимо посещения сеансов, означает поддержать точку зрения, что пациент беспомощен и должен вечно существовать как пассивный, зависимый реципиент, получающий уход и помощь. По нашему опыту, пограничные пациенты крайне редко неспособны к улучшению и к повышению уровня независимого существования. Это более оптимистичный взгляд, чем полагают многие клиницисты. Действительно, пессимизм многих терапевтов, которые не ждут от пациентов развития некоторого уровня независимости, равно как и связанная с этим вероятность, что выгоды от нетрудоспособности будут продолжаться неопределенно долго, мешает прогрессу многих пациентов. Перспектива оставаться в зависимой позиции может быть привлекательной, однако, по нашему опыту, многие пациенты демонстрируют и ту сторону себя, которая заинтересована в функционировании на более высоком уровне, и откликаются, хоть часто не без конфликта и борьбы, на послание о том, что они, очевидно, способны на большее.

ОЦЕНКА СПЕЦИФИЧЕСКИХ УГРОЗ ЛЕЧЕНИЮ

Диагностическое впечатление

Важно иметь в виду, что план лечения основывается на адекватном диагностическом впечатлении. *Прежде* чем заключить контракт, терапевт должен убедиться, что пациент организован на пограничном уровне и в настоящий момент не страдает другой серьезной патологией, такой как большой депрессивный эпизод или психотическое состояние. Если терапевт начинает работу над контрактом с пациентом, а затем меняет курс из-за возникающих подозрений, что пациент может страдать другой серьезной патологией,

необходимо вначале установить, основаны ли его сомнения в диагнозе на реальности или являются проблемой контрпереноса (например, пациент зарождает в терапевте сомнение, включающее чувство вины, не требуют ли от него слишком многого). В таком случае подходящим шагом, с точки зрения техники, будет произвести явный переход к повторной диагностической оценке и отложить заключение контракта до того, как этот вопрос будет решен. Если, однако, терапевт отреагирует свои сомнения в диагнозе, меняя оговариваемые условия, как если бы его сомнения немедленно требовали изменения условий контракта, он рискует таким образом отыгрывать свой контрперенос. Более терапевтичный подход, который продемонстрирован в следующем клиническом примере, заключается в том, чтобы вначале исследовать свою реакцию, равно как и проявляющуюся картину пациента, чтобы установить, какую дополнительную информацию о внутреннем мире аффектов и объектных отношений можно получить из этой картины.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка с нарциссическим расстройством личности (НРЛ) на пограничном уровне организации проявляла антисоциальные черты, которые включали получение пособия по инвалидности за «резистентную к терапии депрессию». В ходе диагностической оценки состояния настроение пациентки не выглядело депрессивным. Диагноз терапевта НРЛ был основан, среди прочего, на впечатлении, что анамнез депрессии пациентки, похоже, был связан с разрывом между ее образом желаемой роли в жизни (известная писательница) и реальностью — низкофункциональным статусом, который она списывала на счет депрессии. Пациентка была готова рассмотреть новый диагноз личностного расстройства и с готовностью согласилась на общие условия лечения (посещать сессии, говорить без цензурирования и т. д.). Однако, когда терапевт заговорил о необходимости включиться в какую-то деятельность, вроде работы или учебы, пациентка угрожающим тоном ответила, что любая деятельность неминуемо приведет к обострению тяжелого депрессивного и опасного для жизни состояния. Первоначальный контрперенос терапевта включал чувство вины за то, что он предложил условие лечения, которое может причинить вред. Однако, внутренне пересмотрев основы своего диагностического впечатления, он вернулся в более спокойное аффективное состояние и продолжил обсуждение необходимости для пациентки начать работать, теперь уже исходя из понимания, что за ее заявлением о вреде, который будет причинен этим параметром

лечения, стояли пассивные антисоциальные черты пациентки. Имея в виду, что пациентка пытается защитить вторичную выгоду от болезни, терапевт продолжил тему активной вовлеченности в структурированную деятельность, напомнив пациентке, что решение о том, начинать или не начинать лечение, остается за ней.

Важность диагностического заключения невозможно переоценить, поскольку пограничные пациенты могут быть подвержены кратким психотическим эпизодам, а также эпизодам трансферентного психоза и/или эпизодам аффективных расстройств. Некоторые из наиболее сложных моментов в последующей терапии могут касаться того, как понимать такие феномены и как с ними справляться. Эти обстоятельства напрямую зависят от деталей заключения контракта, поскольку ожидания от контракта подразумевают, что пациент способен взять ответственность за себя, а не перекладывать ее на кого-то другого.

Внимание к предыдущим курсам терапии и взаимодействию «здесь и сейчас»

Определяя, к каким именно аспектам следует обращаться в работе с каждым отдельным пациентом, терапевт должен быть внимателен к тому, что происходило в предыдущих курсах лечения (в особенности к тем факторам, которые привели к прерыванию или/и завершению терапии), а также на взаимодействие пациента с терапевтом «здесь и сейчас». Позиция и поведение пациента во время сеанса особенно важны, потому что терапевт узнает о них не с чужих слов (пациента, предыдущего терапевта, семьи и т. д.), а может непосредственно наблюдать во время сеанса. Теоретически оба участника могут сходиться во взглядах по поводу этой информации, в то же время степень расхождения предоставляет ценные сведения о статусе их соглашения и о динамике, которая разворачивается в диаде пациент — терапевт. Например, если пациент опоздал на три диагностических интервью, будет упущением со стороны клинициста не упомянуть, что опоздания могут стать проблемой во время лечения, и обсудить, как они совместно могут подготовиться к этому возможному повороту событий. Когда потенциально угрожающие терапии виды поведения всплывают на этапе диагностики, это предоставляет определенное преимущество, поскольку, предположительно, пациент и терапевт могут прийти к согласию в том, что эти действия имели место, даже если они не сойдутся в мнении относительно выводов о том, как это может повлиять на дальнейшую работу. Например, несмотря на то, что пациент и специалист, проводящий диагностику, могут согласиться с тем, что паци-

ент опоздал на несколько сеансов, пациент может заявить, что это поведение никоим образом не прогнозирует его поведение, «когда начнется терапия». Терапевту, по крайней мере, надо исследовать, на чем основывается воодушевление пациента и, если только он не сочтет целесообразным поступить иначе, включить риск хронических опозданий в список вопросов для обсуждения при заключении контракта.

В качестве источника данных о вероятных угрозах лечению изучение предшествующей истории лечения пациента уступает по значимости только исследованию непосредственного поведения пациента с клиницистом. Пограничные пациенты, даже в относительно юном возрасте, часто имеют обширный анамнез лечения. Особенно важно узнать несколько вещей: 1) чего пациент ожидал от своего лечения, от терапевта и от себя; 2) как опыт пациента повлиял (если повлиял) на изменения в его понимании, в поведении, в желаниях или ожиданиях по поводу лечения; 3) что пациент хотел бы изменить в том, как было проведено лечение; 4) какую роль пациент, по его мнению, сыграл (если сыграл) в окончании каждого из предыдущих курсов лечения; 5) как бы он привнес эти знания в создание нового терапевтического сеттинга. Разумеется, необходимо получить разрешение пациента на то, чтобы связаться с его предыдущими терапевтами и узнать их видение ситуации. Также важно поделиться мнением предыдущих терапевтов пациента с ним самим, уделяя особое внимание тому, как пациент обходится с какими бы то ни было расхождениями между своим восприятием и восприятием его бывшего терапевта.

Клиницисту следует ясно раскрывать пациенту причины особой озабоченности, точно приводя предоставленную самим пациентом информацию, которая послужила сигналом для необходимости обсуждения и формирования интервенции: «Поскольку вы сказали мне, что три ваших прошлых курса терапии закончились, потому что вы звонили терапевту домой ночью, нам, прежде чем мы начнем, нужно обсудить политику телефонных звонков, чтобы мы могли защитить этот лечебный курс от того, что случилось в предыдущих курсах». Вслед за этим клиницист наблюдает за реакцией пациента на свой комментарий, с тем чтобы определить, насколько серьезно пациент воспринимает свое собственное поведение.

Фокусируясь на прошлом или настоящем поведении пациента, клиницист транслирует идею, что его взгляд на то, что составляет угрозу лечению, происходит *напрямую* из собственных действий пациента, а не из капризов или прихоти терапевта. Пациент часто воспринимает установление того или иного параметра с точки зрения негативной внутренней объектной репрезентации — как причинение ущерба со стороны корыстного или наказывающего человека. Терапевт должен оспорить эту репрезентацию, ясно давая

понять пациенту, что его намерение — помочь пациенту и что его помощь включает установление параметров, которые защитят процесс лечения. Терапевт может ответить на претензию пациента — «Зачем все это нам нужно?» или «Почему вы настаиваете на этих вещах?» — объяснением, что именно пациент определяет необходимость во всех условиях для защиты лечения, а не навязывающий свою волю клиницист. Например, клиницист может сказать: «Поскольку на последние два сеанса вы приходили в состоянии опьянения и, как сами признались, не могли ясно соображать, это не я ни с того ни с сего говорю, что выпивка создает проблемы, а вы мне говорите, что выпивка мешает вам думать и, как следствие, мешает вашим сеансам. Раз вы хотите помощи в том, чтобы думать о себе самой, вы тем самым говорите мне, что вам нельзя выпивать и после этого приходить на сеансы». (Более подробное обсуждение включает конкретные детали об участии в программе по поддержанию трезвости, например, посещение собраний Анонимных алкоголиков [АА], а также возможность прохождения теста на алкоголь как одно из условий лечения).

Оценивая потенциальные угрозы терапии, терапевт должен помнить, что фундаментальная задача контракта — установить рамку, внутри которой может разворачиваться процесс лечения, создать и поддерживать среду, в которой терапевт и пациент достаточно защищены для выполнения каждым своих задач. Пациент должен быть способен, насколько возможно, держать себя самого и терапевта в курсе того, что с ним происходит, а также быть открытым к воздействию терапевта и терапевтического процесса на свои убеждения, чувства и реакции. Терапевт должен быть способен, сохраняя относительный комфорт, насколько возможно открыто слушать; свободно пользоваться своими собственными знаниями, опытом, эмоциональным и рациональным переживанием терапии; и должен быть готов менять свой взгляд на основе меняющегося материала, с тем чтобы давать терапевтические комментарии. Ничто в рамках лечебного процесса не должно угрожать пациенту или терапевту настолько, чтобы кто-либо из них утратил способность участвовать в процессе спонтанным, вдумчивым и творческим образом.

Не случайно, что перечень угроз лечению (см. таблицу 5–3) в определенной степени соответствует иерархии приоритетных тем, которые терапевту предложено затронуть (см. главу 7), поскольку первые вопросы, которые нужно рассмотреть на сеансе, касаются угроз лечению, если таковые имеются. В процессе заключения контракта относительно конкретных угроз лечению клиницист должен отслеживать широкий спектр вариантов отыгрывающего поведения. Помимо распространенных форм этого поведения — порезов и передозировок — саморазрушительное поведение может проявляться в нанесении себе ожогов, в опасной езде на автомобиле, в беспорядочных половых связях, в злоупотреблении наркотиками или алкого-

лем и т. д. Поведение, угрожающее лечению, включает как варианты поведения во время сеансов, так и в жизни вне терапии.

ПРОЦЕДУРА ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОНТРАКТА ОТНОСИТЕЛЬНО КОНКРЕТНЫХ УГРОЗ ЛЕЧЕНИЮ

В целом, процедура заключения контракта относительно конкретных угроз та же, что и в отношении универсальных условий лечения. Однако существуют некоторые различия. Во-первых, заключение контракта относительно конкретных угроз требует от терапевта большей активности в вынесении суждений, поскольку оставляет на его усмотрение решить: 1) какие аспекты поведения и анамнеза конкретного пациента могут представлять угрозу лечению и 2) является ли угроза настолько серьезной, что необходимо установить строгое условие до начала терапии (например: «Чтобы начать терапию, вы должны прекратить употреблять любые наркотики и регулярно посещать встречи 12-шаговой программы»), либо терапия может начаться вместе с проработкой проблемного поведения («Я знаю, вы все еще боретесь с аноректическим поведением, но пока вы согласны регулярно посещать диетолога и поддерживать вес выше минимального уровня, мы можем продолжать наше лечение»). Во-вторых, внесение в контракт специфических условий зачастую вызывает у пациента большее сопротивление, чем обсуждение универсальных положений лечения. Пациенты могут чувствовать, что формы поведения, которые рассматриваются терапевтом как угрожающие лечению, представляют собой именно те копинговые механизмы, которые помогают им получать облегчение или даже выживать. Соответственно, они могут неохотно отказываться от них, как, например, в случае с пациенткой, которая настаивала, что не могла переносить стрессовое воздействие терапии и жизни в целом без продолжения ежедневного употребления вызывающих зависимость транквилизаторов. Пациенты могут отрицать серьезность поведения, обозначенного терапевтом как угроза лечению; они могут заявлять, что их прежнее поведение воспринимается искаженно или преувеличенно и не соответствует сегодняшней действительности.

Таким образом, первым делом терапевт должен озвучить, что именно он рассматривает как конкретную угрозу лечению, и спросить пациента, какой отклик у него вызывает это предположение. Если пациент выражает понимание, следует продолжить исследовать, какие шаги можно предпринять, чтобы максимально обезопасить лечение. Если же пациент не может разделить озабоченность терапевта, следует предоставить данные, на которых она основана. Например, терапевт может сказать: «Два ваших предыдущих терапевта в качестве причины завершения лечения назвали тот факт, что вы стали так редко посещать сеансы,

что они, по их мнению, не могли выполнять свою работу. Кроме того, вы пропустили два диагностических сеанса, которые мы запланировали. Вот почему я озабочен вашей посещаемостью и считаю, что нам нужно подумать, что мы можем сделать, чтобы этот образ действий не разрушил еще один курс лечения». Если после этого пациент не может признать наличие оснований для озабоченности, тогда у терапевта не остается выбора, кроме как указать, что заключение контракта невозможно, если стороны не могут прийти к соглашению о том, что представляет угрозу для лечения.

Хотя большинство пациентов соглашаются на условия контракта, некоторые из них в ходе обсуждения ясно дают понять, что не готовы ни признать, что их поведение теми или иными путями угрожает возможности проведения лечения, ни сделать что-то, чтобы снизить интенсивность этой угрозы. В таких случаях позиция пациента делает невозможным успешное лечение. В подобных ситуациях предпочтительно, чтобы терапевт оформил свой комментарий таким образом, чтобы оставить пациенту открытой возможность обратиться за терапией позже, когда он будет в большей степени готов рассмотреть релевантность поднятых вопросов. Далее мы приводим пример подобного сообщения:

> Очевидно, на данном этапе мы с вами не можем прийти к согласию, что ваше злоупотребление спиртным ставит лечение под угрозу. С вашей точки зрения, я преувеличиваю факты. Однако мой опыт, когда вы пришли на один из наших диагностических сеансов в состоянии опьянения, а также случаи, о которых мне сообщили другие терапевты, ясно дают мне понять что любые попытки лечения, предпринятые в таких рискованных условиях, не просто с большой вероятностью закончатся неудачей, но также ставят меня в положение, при котором я поддерживаю ваше убеждение, которое считаю нереалистичным, — что вы можете серьезно выпивать и в то же самое время участвовать в процессе лечения. Я не знаю, почему вы настаиваете на сохранении этого убеждения, и, кстати говоря, если бы вы были в терапии, это было бы темой, крайне важной для исследования. На данном этапе, однако, эффективное лечение в имеющихся условиях невозможно. Если в будущем вам покажется, что в моих словах есть смысл и вы захотите связаться со мной по поводу возможности лечения, я с радостью буду готов продолжить наш разговор.

Следование плану по обеспечению безопасности лечения

В случае, если пациент соглашается с озабоченностью терапевта, следующим шагом будет предложить ему участвовать в плане по обеспечению

безопасности лечения относительно конкретной угрозы. Например, терапевт может спросить: «Как мы могли бы защитить лечение от опасности со стороны суицидальных угроз,— опасности, которая привела, на сегодняшний день, к окончанию трех курсов терапии и к тому, что вы чуть было не покончили с собой?» Самым вдохновляющим признаком сотрудничества пациента на данном этапе будет его активное участие в разработке плана — озвучивая сомнения и возражения касательно того, что говорит терапевт, в то же самое время обнаруживая способность рассматривать альтернативы своим собственным представлениям.

Согласование контракта в отношении суицидального поведения

Риск суицида представляет вероятный аспект в работе с пограничными пациентами, который создает наибольшие трудности для терапевтов. Следовательно, для терапевта важно иметь ясный план по тому, как иметь дело с этой проблемой. Приведенная ниже беседа представлена в обобщенном виде на рис. 5–1.

Если пациентка испытывает стремление покончить с собой между сеансами, существует три возможных сценария:

Сценарий 1

Пациентка переживает суицидальные мысли, но чувствует, что может контролировать свое поведение, тогда:
(в соответствии с контрактом)
Пациентка не звонит терапевту, а обсуждает этот импульс на следующем сеансе.

Сценарий 2

(в соответствии с контрактом) или

Пациентка обращается в скорую помощь, и далее:
- Пациентку консультируют амбулаторно, и она приходит на следующий сеанс, либо
- Рекомендована госпитализация.

Если рекомендована госпитализация, то одно из двух:
- Пациентка соглашается и возвращается в терапию после выписки, либо
- Пациентка отказывается, требуя направления на другую амбулаторную терапию (в нарушение контракта).

Пациентка звонит терапевту, который напоминает о контракте, и тогда одно из двух:
- Пациентка обращается в скорую помощь, либо
- Пациентка отказывается обращаться в скорую помощь. Тогда терапевт делает то, что необходимо для обеспечения безопасности пациентки и, когда восстановлены безопасные условия, обсуждает с пациенткой, может ли продолжаться терапия.

Сценарий 3

Пациентка совершила суицидальное действие, тогда одно из двух:

(в соответствии с контрактом)	(в нарушение контракта)
Пациентка звонит семье, другу или в скорую помощь, чтобы получить медицинскую помощь. Принимается решение о том, направляется ли пациентка в больницу или возвращается в терапию.	Пациентка звонит терапевту, который делает все, что может, чтобы помочь пациентке сохранить жизнь. Затем, когда восстановлено спокойствие и нейтральность, терапевт поднимает вопрос о том, может ли продолжаться терапия этого типа.[2]

РИСУНОК 5–1. Заключение контракта в отношении суицидальности у хронически суицидальной пограничной пациентки вне большого депрессивного эпизода.

Формулируя лечение для пациента, чей анамнез включает самодеструктивные действия, которые привели к нарушениям рамки предыдущих курсов терапии, терапевту следует донести до пациента, каким образом самодеструктивные действия будут рассматриваться в контексте обсуждаемой терапии. Следующий пример иллюстрирует подобное обсуждение:

Терапевт: в прошлом ваши суицидальные попытки и намерения уже становились фокусом вашего взаимодействия с терапевтами. В ходе недавнего курса терапии вы звонили доктору Блэку ночью и сообщали, что вас беспокоят мысли о суициде, или же вы не могли уйти из ее кабинета в конце сеанса, чувствуя желание покончить с собой. Она продлевала ваши сеансы, или вызывала вам кризисную бригаду, или отвозила вас в отделение скорой помощи. Можно сказать, что она стала для вас круглосуточной неотложной службой. Этот подход представляет собой один из возможных способов помочь вам иметь дело с вашей самодеструктивностью. Однако серьезным недостатком этого подхода является то, что как случилось в вашем лечении с доктором Блэк, лечение начинает зависеть от ваших действий в такой степени, что становится трудно работать над пониманием более глубоких чувств, которые лежат в основе поведения и мотивируют его. Кроме того, не наблюдалось никакого улучшения в отношении вашей суицидальности. Моя оценка ситуации приводит меня к заключению, что наибольшим потенциалом помочь вам преодолеть ограничения проблем, которые вы описываете, обладает терапия, основанная на понимании чувств и конфликтов, находящихся на данный момент вне вашей сферы осознавания и ведущих к повторным разрывам в отношениях, увольнениям, чувству гнева, отчаяния, суицидальным попыткам и так далее.

Хотя вы и говорите, что согласны с моими комментариями, но не видите конфликта между этим взглядом и вашим собственным поведением в терапии с доктором Блэк, я смотрю на это иначе. Если мы начнем терапию, нацеленную на исследование ваших внутренних чувств и конфликтов, любая активная вовлеченность с моей стороны в вашу жизнь повредит моей способности наблюдать, размышлять и стараться понять, что лежит в основе ваших действий. Я не смогу одновременно участвовать в вашей жизни и выполнять исследовательскую работу с вами. [Замечание авторов: терапевт описывает простыми словами необходимость соблюдения терапевтической нейтральности.]

Таким образом, если вы заинтересованы, я хотел бы описать вам подход к вашим суицидальным переживаниям, который подразумевает этот вид терапии. [Пациентка проявляет интерес.] Когда вы будете испытывать суицидальные переживания, вы будете нести ответственность за то, чтобы оценить свою способность контролировать и контейнировать их. [Замечание авторов: согласно нашему клиническому опыту, пациенты в целом способны оценить, когда они больше не могут контролировать себя. Это состояние требует обращения в экстренные службы.]

Если вы чувствуете, что можете контролировать эти переживания, вы сможете обсудить их на следующем сеансе. Если вы чувствуете, что не можете контролировать их, ваша ответственность будет заключаться в том, чтобы предпринять все необходимые шаги, чтобы защитить свою жизнь. Это может быть телефонный звонок семье, друзьям, в кризисную службу или в скорую помощь. Это может быть выбор между тем, чтобы отправиться прямо в больницу или на амбулаторную консультацию для оценки состояния. Кто бы ни проводил оценку состояния, он может попробовать связаться со мной, но от него — не от меня — будет зависеть окончательное решение о том, нужна ли вам госпитализация, поскольку у этого человека будет наиболее достоверная информация о вашем текущем состоянии.

Достижение такого рода договоренностей снижает вторичную выгоду пациента от вовлечения терапевта в свою жизнь, исключая последнего из «петли» принятия решения и действия. Хотя врач больницы может побеседовать с терапевтом для получения информации, он никаким иным образом не вовлекается в ситуацию.

Терапевт: в таком случае, в вашей ответственности принять рекомендации по итогу оценки состояния. Если вам рекомендована

госпитализация, и вы от нее отказываетесь, я не смогу продолжить терапию с вами, потому что вы таким образом поместите себя в ситуацию, которую ваш врач будет расценивать как опасную. Эта терапия требует, чтобы вы чувствовали себя в безопасности и могли исследовать все, что приходит вам на ум. Это будет невозможно, если мы оба будем знать, что вы отказались от рекомендации лечь в больницу, когда это было расценено как необходимая форма помощи.

Если вы попадете в больницу, вы окажетесь под присмотром персонала больницы, и я не смогу играть активную роль в вашем лечении до того момента, когда встанет вопрос о выписке. Тогда я смогу принять участие в обсуждении с вами и вашим терапевтом в стационаре показаний касательно продолжения нашей терапии. в этот момент нам обоим было бы важно подумать: вам — о том, какой вид терапии вам будет наиболее полезен, а мне — обратиться к условиям нашей терапии, с тем чтобы проверить, требуется ли внести в них какие-либо изменения. Как вам все то, что я сказал?

Пациентка: Ну, это точно звучит совсем по-другому. С одной стороны, звучит так, будто вы совсем не хотите беспокоиться из-за любых реальных проблем, которые у меня могут возникнуть, будто вы из тех терапевтов, которые сидят, едят конфетки и разглагольствуют об умных вещах. С другой стороны, поскольку я уже три года то ложусь в больницу, то выписываюсь, будучи в терапии с прекрасным терапевтом, который, как я думала, готов отдать за меня жизнь, но я не думаю, что мне стало хоть сколько-нибудь лучше, то, возможно, вы знаете, о чем говорите.

Терапевт: Хорошо, я продолжу, но если ваше мнение изменится и вы начнете думать, что я не понимаю, о чем говорю, будет важно, чтобы вы мне сказали об этом. То, что я описал до сего момента, основано на предположении, что вы смогли добраться до скорой помощи прежде, чем совершили какие-либо самодеструктивные действия. Может возникнуть ситуация, в которой вы совершили суицидальное действие, прежде чем связаться с кем-либо еще. Эта вероятность, конечно, отражает реальный риск, что вы можете на самом деле покончить с собой. Как я и сказал раньше, ваша жизнь полностью в ваших руках. Хотя я могу постараться помочь вам развитьспособностьконтролироватьсвоюсамодеструктивность, я не могу гарантировать вашу безопасность — только вы можете это сделать. Если вы предприняли суицидальное действие, например, совершили передозировку, а затем решили сохранить

свою жизнь, в вашей ответственности будет обратиться за врачебной помощью для оценки состояния и психиатрического осмотра. Опять же, вам решать, захотите ли вы позвонить семье, друзьям, в скорую помощь или в кризисную службу. Если ваше состояние посчитают нестабильным с медицинской точки зрения, вас направят в отделение общемедицинского профиля, прежде чем решать вопрос о психиатрической помощи. Если вы откажетесь от госпитализации, вы поставите меня в положение, в котором мне придется закончить нашу терапию, чтобы не сотрудничать с вами в создании небезопасной для вас ситуации, как и в описанном ранее случае, если вы отказываетесь от рекомендованного психиатрического лечения в стационаре.

После того как терапевт изложил все эти требования относительно действий пациента в случае возникновения суицидальных импульсов, он запрашивает у пациента его реакцию и мысли по поводу этих условий терапии. После обсуждения реакции пациента на описанные условия, терапевт продолжает излагать параметры, которым он будет следовать в ответ на отклонения от ожидаемых действий при возникновении этих импульсов.

Терапевт: Если вы позвоните мне между сеансами с вопросами, касающимися вашей самодеструктивности, я предложу вам обсудить эти чувства на нашем следующем сеансе. Если вы скажете, что не можете ждать сеанса, я напомню, что обращение в экстренные службы лежит на вашей ответственности. Если вы скажете, что не будете этого делать, я сделаю все, что смогу на тот момент, чтобы помочь вам получить необходимую в кризисной ситуации помощь, а затем, по завершении кризиса, нам будет необходимо встретиться и обсудить значение того, что произошло, и поговорить о том, подходит ли вам эта терапия, которая акцентируется на развитии вашей автономности. Подобным образом, если вы позвоните мне, чтобы объявить о том, что собираетесь совершить суицидальное действие, например передозировку, или уже совершили его и не предприняли ответственных действий по обращению в экстренные службы, я сделаю все необходимое, что будет в моих силах, чтобы помочь вам сохранить жизнь. Затем, когда ситуация стабилизируется, мы встретимся и обсудим, показано ли вам продолжать терапию в таких условиях, либо ваши действия отражают отвержение того вида лечения, о котором мы договорились, что потребует направления вас на другую терапию.

В этом случае пациент может обвинить терапевта в пренебрежении.

Пациентка: То есть вы, на самом деле, не предлагаете мне помощь. Вы организуете ситуацию, в которой я буду платить вам, чтобы вы обо мне позаботились, вашей же основной заботой будет, чтобы я вас не беспокоила.

Возможно, понадобится неоднократно возвращаться к разъяснению пациенту сути терапии и необходимости в рамке, которая бы дала терапии шанс выжить там, где другие попытки лечения потерпели неудачу, пока пациент поймет, что предложенные условия проистекают не из прихоти терапевта, а из требований лечения. На восприятие пациентом процесса заключения контракта влияют его внутренние объектные репрезентации, например, он может воспринимать терапевта как безразличную фигуру, исполненную пренебрежения. Для терапевта уместно отдельно подчеркнуть свое желание помочь пациенту и показать, как он предлагает двигаться в этом направлении, добавив, что это можно сделать лишь в том случае, если согласованы необходимые условия.

Терапевт: Я нахожусь здесь, чтобы постараться помочь вам. По этой причине я обсуждаю с вами условия нашего лечения. План терапии, который я предлагаю, основан на том, что я знаю о вас, благодаря нашим диагностическим сеансам, вашему анамнезу и истории ваших прошлых попыток терапии. Но прежде чем мы перейдем к этому, я хотел бы также объяснить, что тот вид лечения, который я рекомендую,— это терапия, фокусированная на исследовании ваших внутренних чувств и конфликтов. Ваша идея о том, что вы будете платить мне за то, чтобы «я о вас позаботился», предполагает, что у вас иное представление о лечении,— как о чем-то вроде поддерживающей работы с консультантом, который будет помогать вам принимать решения и день за днем продвигаться по жизни, поскольку вы оба согласны в том, что вы не можете функционировать независимо. Хотя вы можете выбрать и этот вид лечения, я вам его не рекомендовал, поскольку вы получали подобную помощь раньше, но не ощутили какого-либо долгосрочного улучшения вашей способности справляться с жизнью и получать от нее удовлетворение. На самом деле, одна из причин, по которой вы искали вариант исследовательской терапии на данном этапе, состоит в том, что вы неоднократно разрывали отношения с разными консультантами из-за повторяющихся яростных споров, в ходе которых вы обвиняли их в том, что они

намеренно действовали вам во вред. У вас по-прежнему есть вариант попытаться работать с консультантом в поддерживающем ключе, и мы можем обсудить эту возможность. Однако в таком случае, непосредственно сейчас встает вопрос, почему вы не смогли использовать такой вид поддерживающей помощи, чтобы изменить свои поведенческие паттерны. Если вы уверены, что вам сейчас нужна именно поддерживающая работа или любой другой вариант лечения, отличный от того, что я вам рекомендую, было бы важно прояснить это прямо сейчас.

У меня есть чувство, что один из аспектов того, что сейчас здесь происходит, состоит в том, вы воспринимаете меня как безразличного, пренебрегающего и действующего в своих интересах человека, который лишь делает вид, что предлагает вам помощь. Моя точка зрения в этом отношении иная. Я думаю, что я делаю все, что могу, чтобы постараться помочь вам. Если мы достигнем согласия по поводу терапии, будет полезно понять это различие во взглядах. Однако мы не сможем на самом деле приступить к терапии, если мы не придем к согласию о том, каковы ваши проблемы и как подойти к их решению. Если вы хотите узнать об этом лечении поподробнее, я могу ответить на ваши опасения относительно того, что озвученные условия лечениямогут иметь целью преследовать мои интересы в ущерб вашим. [Пациентка выражает желание узнать больше.]

Как я уже сказал, эти условия основаны на том, что мы знаем о вас и вашей истории. Мы знаем, что в вашей предыдущей терапии вы так часто звонили доктору Блэк между сеансами, с тем чтобы сообщить о своих суицидальных импульсах, что она больше не могла отличать действительно серьезную угрозу от ложной тревоги в таких условиях она посчитала небезопасным для себя продолжение работы с вами. Она также сообщила, что ей было трудно оставаться нейтральной и объективной, слушая вас во время сеансов, поскольку каждый раз после ваших поздних звонков она чувствовала себя истощенной на следующий день. Эти звонки влияли на ее способность слушать вас с полным вниманием, концентрацией и объективностью. Все терапевты — люди, и я тоже не исключение. В этом смысле есть доля правды в том, что, по вашим словам, я настаиваю на этих условиях, чтобы «вы меня не беспокоили». Поскольку ваше поведение между сеансами с доктором Блэк беспокоило ее до такой степени, что она не смогла дальше работать с вами, я предлагаю условия, которые могли бы

защитить процесс лечения, включая мою способность работать с вами терапевтичным образом.

Обсуждение контракта в части, касающейся злоупотребления веществами, вызывающими зависимость

Проводя оценку состояния пациента, употребляющего алкоголь или наркотики, терапевт должен установить, подпадает ли его поведение под определение злоупотребления или зависимости. Осмысленная работа в рамках ТФП требует трезвости. По нашему опыту, до начала ТФП желателен период трезвости в течение, по крайней мере, трех месяцев. Этот период времени показывает, может ли пациент соблюдать трезвость и нуждается ли он для этого в каких-либо внешних поддерживающих факторах. Наиболее частым внешним поддерживающим фактором является участие в 12-шаговой программе. Пациенты с тяжелой зависимостью от алкоголя или наркотиков на момент оценки состояния могут нуждаться в детоксикации в условиях стационара и прохождении реабилитационной программы, прежде чем участвовать в амбулаторном лечении. Для решения проблемы с приемом алкоголя или наркотиков может быть полезно направить пациента к специалисту по работе с химическими зависимостями.

Если пациент придерживается трезвости, терапевт должен обсудить условия лечения, которые будут служить предупреждению рецидивов. Эти параметры всегда включают соблюдение трезвости и обычно подразумевают продолжение или начало участия в 12-шаговой программе. В случаях, когда у пациента в анамнезе частые рецидивы либо когда терапевт сомневается в том, что пациент честно сообщает об употреблении алкоголя или наркотиков, терапевт может включить эпизодический скрининг на алкоголь или наркотики в качестве обязательного условия лечения.

Обсуждение контракта в части, касающейся пищевых расстройств

Как и в случае злоупотребления алкоголем и наркотиками, пищевые расстройства могут варьировать в разной степени тяжести. В наиболее тяжелых случаях анорексия может представлять угрозу для жизни. Когда в анамнезе пациентки есть эпизоды снижения массы тела ниже нормы, до начала ТФП необходима консультация диетолога, нутрициолога или врача-терапевта. Консультирующий специалист устанавливает минимальный уровень массы тела для пациентки. Если пациентка не добирает в весе, ей прежде начала

ТФП показано поведенческое лечение пищевого расстройства. Это лечение она может проходить в стационарном или амбулаторном режиме, в зависимости от тяжести случая. Когда масса тела пациентки находится выше минимально допустимого уровня, ТФП-терапевт может продолжить подготовительный этап терапии. Необходимым условием будет прохождение пациенткой в начальной фазе лечения периодического взвешивания при участии диетолога, нутрициолога или врача-терапевта. Если масса тела пациентки снижается ниже минимальной границы нормы, ТФП приостанавливается, и пациентка возвращается к поведенческому лечению пищевого расстройства, пока ее вес не вернется к приемлемому уровню.

В целом, булимия не содержит в себе такой прямой угрозы для здоровья, по сравнению с анорексией. Обычно компульсивное переедание с последующим вызыванием рвоты представляет собой медленный, хронический вид самодеструктивного поведения, которое можно исследовать в ходе терапии. Однако, если пациент вызывает рвоту по несколько раз в день, необходима консультация с врачом-терапевтом для того, чтобы определить, представляет ли рвота медицинский риск, например связанный с дисбалансом электролитов. В таких случаях необходимым параметром лечения в начальной фазе может быть регулярное медицинское наблюдение. В целом, прогресс в терапии ведет к постепенному сокращению этих и других форм отыгрывания.

Обсуждение контракта в части, касающейся вопросов социальной зависимости

До обращения за лечением многие пограничные пациенты считаются инвалидизированными, нетрудоспособными и, таким образом, имеющими права на социальное обеспечение. Эта ситуация может как сразу привлечь внимание терапевта, так и оставаться скрытой в течение какого-то времени, если пациент предпочитает ее не касаться. Таким образом, терапевт должен всегда задавать вопрос об источнике финансовой поддержки пациента. Если пациент получает пособие, клиницисту нужно 1) оценить, может ли пациент работать, и 2) оценить готовность пациента действовать на основании способности работать либо его сопротивление работе по причине психологической или финансовой вторичной выгоды, которая способствует сохранению пассивного образа жизни.

Мы не хотим сказать, что на момент начала терапии все пограничные пациенты не функционируют ни в каком качестве; многие из них учатся, работают или строят карьеру. Даже те, которые ведут зависимый образ жизни, часто переживают амбивалентность и внутренний конфликт

относительно их пассивного, зависимого состояния. Однако пациенты обращаются за лечением, проявляя разные стороны этого конфликта. Хотя некоторые пациенты покидают терапию, когда становится ясно, что в рамках лечения от них ожидается функционирование на адекватном уровне, другие могут находить такие ожидания желательными, испытывая фрустрацию, связанную с их низким уровнем функционирования, и стремясь к более активной роли. Есть некая ирония в том, что ряд пациентов, чье расстройство выражается, главным образом, в виде незрелой зависимости и преследования вторичной выгоды и которые не выглядят «настолько больными», как пациенты, которые демонстрируют тяжелые формы самодеструктивного поведения, продвигаются в терапии не так быстро, как пациенты из этой второй группы, поскольку им проще чувствовать себя комфортно в своей патологии. Для пациента с тяжелым самодеструктивным поведением сложнее отрицать тяжесть своей болезни. Патологически зависимый пациент с большей вероятностью будет избегать терапии или выпадет из нее, чем постарается добраться до корня своей болезни и достичь фундаментальных изменений. Пациент такого типа с большей вероятностью застрянет в статусе хронического больного, особенно в социальном окружении, где этот статус поддерживается альтернативными видами лечения и системами социальных выплат. Лучшая стратегия для ТФП-терапевта состоит в том, чтобы поставить под вопрос этот выбор хронической зависимости и поддержать стремления пациента к более автономному функционированию.

В процессе установления условий терапии терапевту следует всегда учитывать текущий уровень повседневного функционирования пациента и обсуждать реалистичный уровень структурированной деятельности. Виды деятельности могут варьироваться, начиная с посещения дневных курсов и заканчивая полноценным трудоустройством. Терапевту нужно рассмотреть различные сценарии:

1. С пациентами, которые не работают и у которых нет явных психологических или физических оснований для нетрудоспособности, на этапе заключения контракта должна быть обговорена задача трудоустройства в течение установленного периода времени. Пациенты с пограничной организацией личности (ПОЛ) в целом способны функционировать либо на учебе, либо на работе. Тем не менее пациенты с ПОЛ с пассивными, инфантильными, зависимыми и/или антисоциальными чертами часто избегают трудностей, связанных с работой, несмотря на потенциал к функционированию, и вместо этого эксплуатируют систему социальной поддержки — иначе говоря, помощь со стороны правительства или со стороны семьи. Это

поведение может происходить из комбинации внутренних конфликтов вокруг функционирования (внутренний мир пациента часто включает дефективную, некомпетентную Я-репрезентацию, подверженную безжалостной и жесткой критике со стороны объектной репрезентации), эмоционального реагирования на других (основанного на комбинации генетических факторов и внутренних репрезентаций) и желания, чтобы внешний мир компенсировал их прошлую историю реального или воспринимаемого ими пренебрежения или плохого обращения. Даже при наличии таких проблем, по нашему опыту, большинство пациентов способны к функционированию, и это функционирование составляет неотъемлемую часть любого реального продвижения и имеет важные психологические выгоды (такие как помощь человеку в принятии жизненных решений, что помогает разрешить диффузию идентичности и поддерживает пациента в межличностной ситуации, в которой стрессовые факторы можно пережить, обсудить и понять).

2 Для пациентов, которые не работают из-за таких симптомов, как депрессия или тревога, должна быть проведена оценка природы симптомов. Если пациент переживает большой депрессивный эпизод, может быть необходимо лечение антидепрессантами, прежде чем он будет способен начать повышать уровень собственного функционирования. Что касается тревоги, некоторым пациентам помогают низкие дозы атипичных антипсихотических препаратов. Однако также полезно исследовать природу тревоги, которая мешает функционированию. Мы обнаружили, что тревога часто включает параноидную позицию по отношению к другим, то есть ожидание, что окружающие на учебе или на работе будут критиковать пациента, относиться к нему с презрением, обсуждать его у него за спиной и так далее. Обсуждение подобных страхов, как и того, что обычно эта тревога соответствует проекции строгой внутренней объектной репрезентации, может помочь пациенту начать занимать функционирующую роль. Однако такое обсуждение часто становится наиболее осмысленным после опыта переживания и исследования подобной динамики в отношениях с терапевтом.

3. Когда пациенты работают ниже своего потенциала, терапевту следует объяснить, что эта проблема будет затронута в терапии как для достижения понимания того, почему это происходит, так и, в случае заинтересованности пациента, в свете конкретного ожидания, что пациент начнет прилагать усилия, чтобы повысить уровень своего функционирования.

4. Частный случай подобного рода проблем, связанных с уровнем функционирования,— это активные пациенты, вовлеченные, однако, в деятельность, связанную с опасными или антисоциальными аспектами (например, работа проституткой). В таких случаях терапевту следует занять позицию, при которой одной из целей лечения станет продвижение к работе с менее опасными и/или антисоциальными качествами.

ОГРАНИЧЕНИЯ В ЗАКЛЮЧЕНИИ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО КОНТРАКТА

Контракт обозначает проблемы, которые представляют очевидную угрозу для процесса лечения, и предлагает план по предотвращению нарушения хода терапии. Было бы наивно предполагать, что в процессе заключения контракта пациент, еще до начала лечения, добровольно ликвидирует все свои скрытые резервы. Где-то между крайностями — с одной стороны, полным отказом меняться (например: «Но доктор, если бы я могла сделать это, мне бы не пришлось приходить сюда») и, с другой стороны, ожиданием немедленного устранения проблемы благодаря одной только постановке условия — находится точка, на которой фаза заключения контракта завершается и начинается лечение.

Отклонения от контракта или рамки лечения как сигналы для терапевта

Заключение контракта определяет границы ответственности каждого участника; оно определяет реальную сторону терапевтических отношений. По мере развития терапевтического процесса терапевт будет раз за разом переживать моменты, в которые ему не будет ясно, согласуется ли его сиюминутное ощущение с точной объективной характеристикой взаимодействия, либо оно определяется элементами, спроецированными из внутреннего мира пациента. Терапевт, захваченный контрпереносной реакцией, может использовать контракт для отслеживания, адекватны ли его реакции лечебному методу и целям или они мотивированы силой воздействия пациента на его внутренние реакции. Например, если в ходе лечения пациент обращается к терапевту с обвинением в холодности и нечувствительности, поднимая в терапевте контрпереносные страхи, что претензии пациента точны, клиницисту, вероятно, придется потратить силы на то, чтобы оценить, является ли подтверждением валидности обвинения тот факт, что он не отвечал на звонки пациента по несрочным поводам. Однако, если

это пациент, чей анамнез включает избыточные звонки предыдущим терапевтам и если проблема обсуждалась как потенциальная угроза текущему лечению, терапевт в момент сомнения в собственной мотивации может подумать о контракте и осознать, что мысль о том, что он может наносить вред пациенту, отказываясь отвечать на его телефонные звонки, противоречит соглашению и, таким образом, сигнализирует о проблеме контрпереноса. Этот ход мыслей поможет терапевту избежать отыгрывания, включаясь в телефонные беседы, вместо того чтобы исследовать активную диаду.

Заключение контракта дает терапевту ориентиры для последующей исследовательской терапии. Если пациент начнет отклоняться от соглашения, терапевт сможет свериться с этим соглашением и постараться понять, что в текущей ситуации может быть ответственно за отклонение пациента от курса. Это способ приблизиться к важному динамическому материалу, прежде чем его «прорвет» в более явном отыгрывании. Терапевт может сказать: «До начала лечения мы пришли к согласию, что ваша амбивалентность в отношении терапии может всплывать в форме пропусков на учебе, что приведет к тому, что ваш отец не станет оплачивать счет. Теперь вы говорите, что вы не учитесь и подумываете отказаться сдавать экзамены. Если у вас есть сомнения по поводу терапии, нам лучше обсудить их сейчас, чтобы вы не отыгрывали их нерефлексивным способом».

Возможные угрозы терапии также требуют от клинициста усилий к тому, чтобы обеспечить как адекватное обсуждение природы проблемы, так и чуткую и продуманную отзывчивость к реакциям пациента. Заключение контракта *не избавляет* от проблемы; оно делает и пациента, и терапевта более *бдительными* как к природе угрозы, так и к потребности иметь план, чтобы контейнировать опасность. Оно предоставляет клиницисту точку отсчета, к которой можно возвращаться, если такая угроза возникнет в ходе лечения : «Как мы и говорили до начала нашей совместной работы, ваша склонность [вести себя таким образом] всплыла на поверхность. Нам нужно будет выяснить, почему это происходит сейчас, но вначале мы должны обратиться к той части вас, которая ставит под сомнение лечение и выражает себя посредством действия, и попытаться понять ее таким образом, чтобы, надеюсь, предотвратить ее отыгрывание с вашей стороны». Если пункт контракта был нарушен после начала терапии, общий принцип требует обратиться к ситуации с точки зрения установленных границ, а также с помощью интерпретации, касающейся причины и значимости нарушения контракта и установленных границ.

Если пациент нарушает контракт, для терапевта важно дать пациенту второй шанс, а именно: начиная с этого момента необходимо последовательно

конфронтировать пациента с риском внезапного и неожиданного окончания лечения в случае еще одного нарушения контракта. Значение этого риска в особенности тяжелых самоповреждающих импульсов со стороны пациента требует интеграции в интерпретативную работу. Иначе есть вероятность цикла повторных отыгрываний неисследованных агрессивных и аутоагрессивных импульсов. Хотя это, должно быть, очевидно, но в клинической практике терапевт может присоединиться к пациенту, избегая полного исследования эпизодов отыгрывания; это вариант негласного сговора с диссоциативными защитами, которые защищают от осознавания болезненных и неприятных аффектов, лежащих в основе тяжелого отыгрывания.

Распространенные проблемы терапевта во время заключения контракта

Заключение контракта представляет собой микрокосм динамики, которая будет разворачиваться в ходе лечения. Таким образом, терапевт должен оценивать сложности, которые возникают вокруг заключения контракта, и избегать преждевременного перехода с фазы заключения контракта к терапии. Чтобы предотвратить преждевременное «соскальзывание» в терапию, терапевт также должен избегать искушения начать интерпретацию сопротивлений, прежде чем будет достигнуто согласие об условиях лечения. Вместо этого терапевту следует сфокусироваться на технике фазы заключения контракта, которая прежде всего представляет собой повторные прояснения условий лечения и реакций пациента на эти условия. Однако для любого правила существуют исключения, и возможность интерпретирования во время фазы заключения контракта не исключена, если она может повлиять на то, уйдет пациент или останется. Например, терапевт может сказать нечто вроде следующего:

> «После того как я обсудил с вами важность сообщать мне обо всем, что приходит вам на ум, ничего не цензурируя, я слышал, что вы прошептали: «Пошла-ка я отсюда» — и выглядели встревоженной. Хотя мы можем по-настоящему понять что-то лишь после начала терапии, я спрашиваю себя, представляет ли собой ваша реакция чувство страха. Это может быть страх того, что вам придется встретиться с неодобрением с моей стороны. Не исключено, это страх, что открытое высказывание своих мыслей приведет к возникновению здесь близости, которая может вас тревожить. Это может быть что-то еще. Если вы продолжите терапию, мы сможем исследовать все варианты. Но на данный момент мы можем посмотреть на них как на причины для внешне заметной тревоги и, возможно, отказа вернуться сюда для продолжения нашей беседы.

Неудачи в следовании за реакцией пациента

Трудности с заключением контракта могут возникнуть и в том случае, если терапевт сделал все верно в части, касающейся перечисления необходимых условий лечения, но затем не смог адекватно исследовать реакцию пациента. Этот тип ошибки встречается часто, поскольку пациенты нередко отвечают поверхностным согласием, мало или ничего не сообщая о своих более глубоких мыслях. Поверхностный ответ, такой как: «Что ж, мне это подходит», нужно исследовать, чтобы убедиться, что пациент действительно услышал, вник и обдумал слова терапевта. Терапевт может сказать: «Могли бы вы сформулировать свое понимание условий, на которые вы соглашаетесь?» Еще одна распространенная причина ошибки такого рода состоит в том, что терапевты могут предпочитать избегать сложностей и сопротивления, которые возникают при тщательном взвешивании ответа пациента. Это выглядит как недальновидный способ «отвести глаза» от проблем, которые наверняка со временем возникнут в терапии. Принцип ТФП состоит в том, что лучше выложить эти трудности на стол как можно раньше, а не столкнуться с их отыгрыванием на более поздних этапах терапии.

Терапевт может с неохотой следовать за развитием понимания Я пациента, из опасения, что исследование поднимет более глубокий протест или гнев пациента. Страх того, что пациент может отвергнуть условия лечения, часто основан на опасении терапевта, что пациент может действительно отказаться от лечения, которое ему предлагают. Это опасение наиболее типично для начинающих терапевтов, которые часто судят о своем успехе или неудаче по тому, могут ли они удержать пациента в лечении. Для терапевта важно держать в уме, что важнейшая часть работы на этом этапе состоит в установлении условий лечения, которые позволят происходить исследовательской терапии. Для пациентов нет никакого проку от участия в лечении, в котором отсутствие ясной рамки позволит им продолжить избегать переживания — и продолжать переводить в действие — конфликтов и аффектов, которые лежат в основе дезадаптивного поведения. Некоторые авторы заявляют, что наиболее важно встретить пациентов «там, где они есть», и начинать работу с этой точки. По нашему опыту, пограничные пациенты, чьи истории зачастую пестрят неудачными попытками лечения, в целом демонстрируют свою способность следовать ожиданиям и брать на себя ответственность, даже если они сами, как и их предыдущие терапевты, полагают, что неспособны к такому изменению. Часто ни один из предыдущих терапевтов не подходил к этим пациентом с убеждением, что они способны принять на себя определенную ответственность и контролировать

свое поведение. Наш клинический опыт показал, что такое убеждение не лишено оснований.

Помимо опасения, что пациент может отказаться от лечения, терапевт может бояться, что появление мощного протеста пациента по отношению к условиям контракта спровоцирует негативный перенос. Важно помнить о роли трансферентных и контртрансферентных аспектов в фазе заключения контракта, в особенности потому, что само слово «контракт» предполагает однозначно когнитивный процесс. Однако сложности, которые обычно всплывают во время фазы заключения контракта, иллюстрируют, как даже наиболее когнитивный и рациональный элемент лечения может стать полем, на котором отыгрывается внутрипсихическая динамика. На этом этапе мы делаем акцент на *осознавании* переноса и контрпереноса, в рамках процесса заключения контракта без перехода к их анализу. Осознание этих проблем важно для направления интервенций терапевта во время этого этапа лечения, в то же время интерпретации должны быть минимальными, делая акцент на прояснении, с необходимой конфронтацией несоответствий. Если пациент начинает транслировать негативный перенос (например: «Теперь я вижу, что вам наплевать на меня, вам важна лишь "чистота" вашего лечения»), терапевту следует транслировать признание и понимание чувств пациента, а также заинтересованность в углублении их понимания после начала терапии. Однако терапевт должен ясно дать понять, что задача на этом этапе состоит в объяснении основ условий лечения, с тем чтобы убедиться, что пациент хочет начать его. Выражение интереса, без оборонительного подтекста, к любой негативной реакции пациента по отношению к терапевту может воодушевить пациента; важная первоначальная задача терапевта заключается в трансляции того, что он может контейнировать негативные аффекты пациента.

Терапевт, который боится столкнуться с серьезными возражениями на условия контракта, ощутив потенциально агрессивную и обесценивающую реакцию со стороны пациента, может начать уклоняться от любого исследования или конфронтации из-за страха перед высвобождением такого отклика. Подобная реакция является ошибочной в двух аспектах. Во-первых, терапевт будет работать в иллюзии, что он способен контролировать все, что будет исходить от пациента. Это будет иллюзией не только потому, что терапевт в принципе не может осуществлять такого рода контроль, но и потому, что в таком случае именно пациент будет на самом деле контролировать поведение терапевта во время сеанса. Во-вторых, терапевт пытается избежать проявления негативного переноса. Перенос и контрперенос проявляются на очень ранних этапах терапии с пограничными паци-

ентами. С этой группой работа с негативным переносом особенно важна. По нашему опыту, чем раньше в лечении возникнет негативный перенос, чем раньше терапевт сможет показать, что он может быть контейнирован в рамках терапии, тем более вероятно, что лечение продолжится и приблизится к главным проблемам.

Агрессивное следование за ответами пациента

Следование терапевта за откликами пациента на условия контракта также может ошибочно завести в *противоположное* направление: вместо избегания исследования ответов пациента терапевт может обращаться к пациенту с пристальной настойчивостью, которая приобретает агрессивное качество. Терапевт может начать с адекватных вопросов о реакции пациента, но затем продолжить все более подробно расспрашивать о других реакциях, о повторных подтверждениях, что он действительно понимает и принимает условия контракта. Эта ситуация служит примером тому, что любой материал, всплывающий в терапии, каким бы ни было его содержание, может быть использован защитным образом как терапевтом, так и пациентом. В этом случае, одним из возможных вариантов может быть то, что терапевт уже попал в проективную идентификацию и, вероятно, отыгрывает ее, придираясь к пациенту, в тот момент, когда в пациенте возникает агрессия. Другой возможный вариант состоит в том, что терапевт может отыгрывать собственную агрессию, будь то первичная агрессия или реакция на тревогу, вызванную перспективой работы с потенциально трудным пациентом. Терапевты не застрахованы от слепоты по отношению к собственному сопротивлению тому, чтобы взяться за клинический случай, а также по отношению к действиям, которые могут поспособствовать отказу пациента от лечения. Внимание к терапевтическому контракту, которое, по идее, должно укрепить и продвинуть лечение, может обернуться излишней придирчивостью и превратиться в арену для отыгрывания амбивалентности терапевта. Таким образом, внимание терапевта должно быть направлено также и на его собственное участие в процессе заключения контракта. Если у терапевта есть сомнения по поводу лечения конкретного пациента или пограничных пациентов в целом, он должен рассмотреть эту проблему напрямую и избегать превращения контракта в способ отделаться от нежелательного пациента. Одна из основных задач терапевтического контракта и рамки — сделать терапию достаточно безопасной для самого терапевта, чтобы он мог не чувствовать такого рода тревогу.

Амбивалентность терапевта по отношению к контракту

Более сложная разновидность трудностей, связанных с контрактом, возникает в случае, когда терапевт правильно усвоил процедуру заключения контракта и способен выполнить ее, но внутри себя скрывает протест против контракта как техники терапии. Эта проблема наиболее характерна для клиницистов, которые думают, что терапия не должна подразумевать ожиданий от пациента, а следовать по задаваемому им направлению, в контексте свободно установленной лечебной рамки. С одной стороны, протест терапевта может быть основан на действительно существующей разнице во мнениях относительно подходов в лечении, и в этом случае терапевт должен воздерживаться от применения этого подхода. С другой стороны, протест может быть основан на понимании терапевтом пограничной патологии. Например, терапевт может основывать свое понимание пограничной патологии пациентки на статусе пациентки как жертвы абьюза. Это понимание может укрепить взгляд, что пограничных пациентов незаслуженно делают козлами отпущения как особенно сложных и, впоследствии, может сформировать мнение, что особый фокус на заключении контракта вторит этой тенденции и унижает пациента, «требуя» от него согласиться на крайне жесткую рамку лечения. Разнообразные взгляды на пограничную патологию вызвали много интересных дебатов. Мы рассматриваем позицию терапевта, при которой пациент оказывается исключительно в роли жертвы — такой контртрансферентной позиции, в которой терапевт фиксирован на конкордантном контрпереносе с Я-репрезентацией пациента как слабой жертвы, оставляя отщепленной внутреннюю репрезентацию, наполненную агрессией, что делает более вероятным ее выражение в действии и/или фиксацию на внешнем объекте. Это отношение актуализируется в процессе заключения контракта таким образом, что терапевты, которые фокусируются на статусе пациента как жертвы, часто демонстрируют протест или затруднения по отношению к этому аспекту лечения.

Примером другого контрпереноса служит терапевт, который рассматривает пограничных пациентов как носителей такого выраженного конституционального дефицита, что требования контракта становятся нереалистичными: «Если пациент мог бы следовать этим ожиданиям, ему бы не понадобилась терапия; он оказался бы в конце своего лечения». Конечно, заключение терапевтического контракта — это трудная задача. Она требует навыка со стороны терапевта и усилий со стороны пациента, чтобы согласиться со всей той ответственностью, которую ему раньше никогда не приходилось принимать. Терапевт, который чувствует, что требова-

ния контракта являются для пациента нереалистичными, может подумать о своей тревоге касательно определения ожиданий или границ по отношению к пациентам, что характеризуется импульсивными и иногда гневными реакциями. Некоторые терапевты считают, что за действия пациента отвечают ограничения, которые ставят терапевты, а не сам пациент. Здесь мы, опять же, имеем дело с тонким вопросом границы между внутренним миром пациента и более объективной внешней реальностью.

ПЕРЕХОД ОТ ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОНТРАКТА К ТЕРАПИИ И ВОЗВРАЩЕНИЕ К ВОПРОСАМ КОНТРАКТА

На основе описанного выше понимания процесса заключения контракта терапевт должен решить, когда он достиг с пациентом достаточного уровня согласия, чтобы от завершения обсуждения условий лечения перейти к терапии. Далее терапевт произносит фразу наподобие следующей: «Похоже, мы достигли достаточно хорошего понимания относительно нашей совместной работы, чтобы приступить к ней. На этом этапе, если у вас больше нет вопросов, давайте начнем, как мы и обсуждали, с того, что вы расскажете, что сейчас приходит вам в голову».

У терапевта может возникать необходимость возвращаться к вопросам контракта в ходе терапевтического курса, действуя так же внимательно, как и в процессе заключения контракта. Это может происходить по двум причинам: 1) возникает новая проблема, которая не была представлена на момент начала лечения (например, первый эпизод нанесения себе порезов или злоупотребления психоактивными веществами), 2) пациент не соблюдает условия, которые обсуждались при заключении контракта. В первом случае терапевту просто следует уделить время тому, чтобы обсудить необходимость новых параметров: «Поскольку перед нами возникла эта новая проблема, нам следует обсудить, как она влияет на нашу терапию и какие условия имеет смысл привнести, чтобы справиться с ней».

Вторая проблема, несоблюдение условий, это часто встречающаяся форма сопротивления. Работа с такими нарушениями контракта обсуждается в главе 7. Вкратце, терапевт работает с сочетанием повторного установления параметров лечения и интерпретацией значения нарушений контракта, которые допустил пациент. Терапевтам рекомендуется дать пациенту второй шанс и рассмотреть возможность того, что пациент провоцирует отыгрывание жесткой наказующей объектной репрезентацией. Например, терапевт может сказать: «У нас было ясное понимание, что терапия может работать, только если вы будете сохранять

трезвость. Новость о том, что вы перестали посещать встречи АА и начали выпивать снова, является сигналом об экстренной ситуации. Чтобы мы могли вернуться к работе, вам необходимо вновь подтвердить вашу приверженность нашему первоначальному соглашению. Лишь затем мы можем надеяться, что разберемся в причинах этого возврата к саморазрушительному поведению». В подобной ситуации терапевт предупреждает пациента, что тот создал ситуацию, в которой лечению угрожает непосредственная опасность. Возвращаясь к первоначальным параметрам, пациент может возобновить лечение и двигаться дальше, но повторное нарушение контракта будет сигнализировать о нежелании или неспособности пациента работать в рамках этой формы лечения и может привести к тому, что пациент будет направлен к другому специалисту.

КОМБИНАЦИИ ТФП И ДРУГИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ТФП можно комбинировать с другими вмешательствами, включая лекарственное лечение для конкретных сочетаний симптомов и более поведенческие виды лечения для конкретных симптомных видов поведения, таких как пищевые расстройства, злоупотребление веществами или дефицит навыков (см. Koenigsberg et al., 2000b).

ТФП И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В лечении пограничных пациентов комбинация психотерапии и лекарственного лечения обладает значительным потенциалом синергизма. Препараты могут помочь пациенту полнее воспользоваться психотерапией. Например, воздействие интерпретаций в значительной степени обусловлено аффективным состоянием пациента на момент их проведения. Аффективная интенсивность и нестабильность пограничного пациента часто порождают периоды, когда он оказывается невосприимчивым к вербальным интервенциям. Препараты, которые сглаживают крайние проявления пограничных аффектов, могут повысить доступность пациента (хотя чрезмерное назначение препаратов пациенту может, напротив, ее снизить). Преходящие психотические феномены, такие как искажения реальности или нарушения мышления, также могут мешать психотерапевтическому процессу. В такой ситуации может быть полезно назначение низких доз нейролептиков. Препараты, которые улучшают контроль над импульсами, могут уменьшить отыгрывание, которое само по себе может разрушить лечение.

Поскольку для ПРЛ или ПОЛ не существует специфических лекарственных препаратов, сегодняшний стандарт практики предлагает рассмотреть конкретные симптомы пациента и использовать лекарственное лечение в качестве попытки в определенной степени достичь облегчения симптомов. Несмотря на некоторые противоречия в выводах (которые можно отчасти объяснить различиями в критериях выборок субъектов в разных исследованиях), можно отследить несколько паттернов симптоматических реакций.

Хотя в качестве мишеней для фармакотерапии можно рассматривать специфические симптомы ПРЛ — аффективную дисрегуляцию, нарушение контроля импульсивного поведения и когнитивно-перцептивные проблемы, — не существует однозначного выбора лечения для того или иного симптома. Кроме того, результаты исследований говорят о том, что эффекты лекарственного лечения пациентов с ПРЛ в целом низкие и неспецифические и могут снижаться со временем. Кроме того, пациенты с ПРЛ, похоже, особенно чувствительны к побочным эффектам (Silk & Friedel, в прессе). Если клиницист считает, что пациентам с ПРЛ может быть показано назначение препаратов, Силк и Фридель рекомендуют систематические, последовательные, основанные на реакции пробные курсы одного препарата за раз. Не всегда просто придерживаться такого плана с пациентами, которые могут оказывать на клинициста давление в поиске быстрого облегчения состояния и у которых могут быстро меняться жалобы и проявления симптомов. Поскольку часто наблюдается паттерн, при котором наблюдается быстрая реакция на препарат с последующим ее снижением по истечении времени, Силк и Фридель рекомендуют продолжать лекарственное лечение только при наличии отчетливых признаков, что пациент чувствует себя лучше через три или более месяца приема препарата. Сегодняшние тенденции лекарственного лечения специфических симптомов ПРЛ включают большую роль стабилизаторов настроения и низких доз антипсихотических препаратов, а также меньшую, но все же значимую роль антидепрессантов, которые долгое время считали препаратами первой линии (Silk & Friedel, в прессе; Stoffers et al., 2010).

Поскольку лекарственное лечение не излечивает патологию характера, клиницистам важно осознавать ограничения этого подхода и избегать искушения искать исцеления путем эскалации стратегии медикаментозной терапии. Существует риск, что клиницист, ожидающий слишком много от лекарственного лечения, может утратить психодинамический фокус, вовлекаясь в серию пробных лекарственных курсов, даже с учетом того, что вокруг взаимодействия по поводу лекарственного лечения может

отыгрываться важная динамика (см. раздел «Значение лекарственного лечения для пациента и для терапевта»).

Большинство пациентов, которые приходят на терапию, уже принимают препараты. Может быть клинически полезно продолжать лекарственное лечение, по мере того как пациент начинает терапию, если есть хорошее обоснование для лекарственного лечения и если пациент сообщает о положительной реакции; однако в целом задача лечения состоит в том, чтобы постепенно уйти от лекарственной терапии, после того как пациент начал терапию. Решение уйти от препаратов подразумевает внимательную дифференциальную диагностику между, например, характерологической депрессией и возможными периодами больших депрессивных эпизодов. Некоторым пациентам может быть целесообразно постепенно отменять лекарственное лечение в течение терапевтического курса, другим же пациентам, возможно, принесет пользу продолжительная лекарственная терапия; различие между двумя группами может быть связано с тем, в какой степени биологические факторы и факторы развития играют роль в заболевании конкретного пациента.

Симптомы, которые возникают в ходе курса психотерапии

В течение лечебного курса пограничный пациент может испытать большой депрессивный эпизод, маниакальный или психотический эпизод. Эти коморбидные состояния требуют адекватных биологических интервенций. Однако депрессивное настроение, преходящие психотические симптомы, паника, импульсивность или эмоциональная лабильность могут сами по себе быть проявлениями личностной патологии, а не коморбидных состояний. Таким образом, для терапевта критически важно оценить симптомы во всей полноте и понять их в контексте лечения. Если такие симптомы представляют реакции на процессы переноса или на события в жизни пациента, наиболее эффективным лечением является помощь пациенту в понимании истоков и значения симптома.

Комбинирование психотерапии и лекарственного лечения

Внимание к психотерапевтическому процессу может сделать многое для улучшения комплаентности лекарственному лечению и для удержания пациента в лечении достаточно долго, чтобы лекарственная терапия оказала эффект. Эффективная фармакотерапия требует альянса, в котором пациент прилежно сообщает о позитивных и негативных эффектах препаратов.

Субъективные переживания пограничных пациентов включают быстрые сдвиги состояний мышления и настроения, пока во внутреннем мире пациента преобладают сменяющие друг друга отщепленные объектные репрезентации. Следовательно, эти пациенты могут предоставлять искаженную информацию об эффектах препаратов. Сопутствующая психотерапия дает возможность диагностировать присутствие этих искажений и снизить их выраженность, используя интерпретацию для понимания внутреннего объектного мира пациента.

Значение лекарственного лечения для пациента и терапевта

Чрезвычайно важно значение, которое пациент придает лекарственному лечению. Прежде всего, исследования продолжают демонстрировать роль эффекта плацебо. Когда к лечению присоединяется медикаментозная терапия, терапевту следует определить ее значение с трех позиций: 1) сознательные убеждения пациента и фантазии о лекарственном лечении и его эффектах, 2) значение лекарственного лечения для пациента в контексте текущего состояния переноса и 3) значение назначения пациенту препаратов в контрпереносе.

Реакция пациента на лекарственную терапию будет в значительной мере окрашена текущим состоянием переноса. Препараты могут рассматриваться как средство контроля со стороны терапевта, как признак заботы, как дар, как доказательство нетерпимости терапевта к аффективным состояниям пациента либо как подтверждение отчаяния терапевта. Понимание значения лекарственной терапии в переносе может помочь терапевту понять сдвиги и напряжения в переносе и также помочь ему понять и интерпретировать бессознательные мотивации к несоблюдению условий терапии. Если можно ожидать серьезного отыгрывания в связи с лекарственным лечением, терапевт может решить предсказать и проинтерпретировать его заранее.

Когда рассматривается возможность лекарственного лечения, терапевту также следует проверить состояние контрпереноса. Например, терапевты могут обращаться к препаратам, когда они чувствуют себя особенно бессильными по отношению к поведению или настрою пациента. Терапевты могут испытывать искушение обратиться к препаратам в те моменты, когда чувствуют безнадежность по поводу лечения или пациенты заставляют их ощущать себя некомпетентными психотерапевтами. Лекарственная терапия также может использоваться для дистанцирования от пациента.

Симптомы, побочные эффекты и лекарственное лечение как защиты от исследования

Хотя для пациентов из любой диагностической группы симптомы могут служить каналом для межличностной коммуникации, пограничные пациенты особенно склонны использовать жалобы на симптомы для того, чтобы вызывать у терапевта конкретные реакции. Изменения в интенсивности симптомов или возникновение неприятных побочных эффектов могут отражать сдвиги переноса, так же как и истинные эффекты препарата. Важно постараться понять динамическое значение симптомов и побочных эффектов, если оно есть. Пациенты могут пытаться контролировать действия терапевта посредством того, как они сообщают о симптомах или побочных эффектах — обычно в качестве защиты от предлагаемого исследовательского курса. Терапевты, которые не уверены в фокусе на исследовательской работе и/или в правильности назначения препаратов, могут позволять пациенту устанавливать ритм определения изменений дозировок или смены препаратов. Следовательно, пациенты с ПРЛ часто получают неадекватные пробные курсы препаратов или могут оставаться либо на гомеопатических, либо на избыточных дозах в течение длительных периодов времени.

Важнейший принцип в использовании лекарственного лечения с пограничными пациентами — следование общепринятым рекомендациям о сроках фармакотерапевтических курсов и избежание искушения проводить внезапные изменения в лекарственной терапии. Поскольку для этих пациентов характерна аффективная и поведенческая нестабильность, клиницистам может быть сложно определить, является ли улучшение или ухудшение симптомов эффектом лекарственной терапии. Для того чтобы определить истинные эффекты лекарств, терапевту следует подождать, чтобы выявить долгосрочную тенденцию поверх фоновых колебаний аффективных состояний и явлений переноса.

Осложнения комбинированного лечения пограничных пациентов

Форма лечения, которую получает пациент (психотерапия и/или лекарственная терапия) может подталкивать его к тому, чтобы держаться либо за биологическую, либо психологическую Я-репрезентацию. Если доминирует биологический взгляд на Я, импульсы и состояния чувств связываются с химическими и физическими событиями. Если доминирует психологический взгляд на Я, эти состояния связываются

с сознательными или бессознательными желаниями, страхами и ценностями. Когда проводится комбинированное лечение, задействованы обе модели. Пограничные пациенты могут прибегать к этим двум системам отсчета с защитными целями. Они могут защищаться против проявлений внутри психических конфликтов или межличностных переживаний, приписывая свои состояния чувств исключительно биологии. В ином случае они могут защищаться от признания роли препаратов с помощью низкой комплаентности, минимизируя улучшения, связанные с препаратами, либо приписывая чисто физиологические эффекты психологическим процессам. Это особенно выражено у пациентов с нарциссическими чертами, которые воспринимают необходимость в лекарственном лечении как признак слабости и несовершенства. Одна из задач терапевта в интенсивной психотерапии с лекарственной поддержкой состоит в интерпретации таких защитных позиций.

Вопрос о том, кто проводит лекарственное лечение

Если возникает подозрение, что пациенту необходима фармакотерапия, далее нужно определить, кто будет проводить лекарственное лечение. Если терапевт, который осуществляет психодинамическое лечение, является психиатром, стоит ли ему также заниматься подбором препаратов? На каких условиях лучше всего привлекать другого человека, который будет заниматься назначением препаратов? Если психодинамический терапевт не является врачом, каковы принципы коммуникации между терапевтом и психофармакологом? На вопрос о том, кто должен заниматься подбором препаратов, не существует однозначного правильного ответа, но здесь применимы определенные принципы.

1. Если лечение проводится раздельно, доктор, ответственный за назначение препаратов, *должен* быть знаком с психодинамической моделью терапии. Хотя это знакомство не гарантирует, что между специалистами не будет расщепления, по крайней мере, оно создает ситуацию, в которой такие процессы можно обсуждать в рамках лечения. Важнейший аспект лечения, который должен принимать врач, проводящий лекарственное лечение, — симптомы, особенно депрессивные чувства, тревога и эмоциональная лабильность могут представлять собой внутренние аффективные состояния, на которые оказывают катализирующее влияние процессы переноса или другие события в жизни пациента.
2. Если лечение не разделено, терапевт — будь он психиатр или нет — должен быть достаточно хорошо знаком с препаратами, чтобы понимать, каких реалистичных эффектов можно от них ожидать. Если это

не так, терапевт может обнаружить склонность к назначению препаратов для того, чтобы разрешать терапевтические тупики, которые на самом деле могут относиться к сфере психотерапевтических интервенций.

Преимущества и недостатки сочетания двух ролей

Вопрос о том, отделять ли лекарственное лечение пациента от психотерапии, зависит от клинического взгляда терапевта. Традиционно эти роли были разделены на основании мнения, что оценка и отслеживание симптомов, равно как и назначение препаратов, выводит терапевта из исследовательской роли; однако становится все более очевидно, что хорошо обученный терапевт может учитывать динамику, которая развивается вокруг включения этих элементов в исследовательскую работу. Возможный риск связан с тем фактом, что терапевт, назначающий препараты, порой должен быть директивным, активно интересуясь изменениями в симптомах и побочными эффектами и в то же время рекомендуя изменение дозировок. Эта задача может представлять сложность для психодинамического психотерапевта, который хочет играть менее директивную роль и старается избегать отклонений от технической нейтральности.

Терапевт, который выбирает двойную роль, должен решить, каким образом в рамку лечения можно встроить обсуждение лекарственной терапии. Терапевт может решить следовать принципу, согласно которому пациенту позволяется начать сеанс и самостоятельно поднять вопрос о препаратах в подходящий момент. Если в ходе сеанса подходящего момента не возникает, терапевт за несколько минут до окончания может сказать, что теперь нужно уделить внимание вопросам лекарственной терапии. Альтернативный подход предлагает выделить фиксированное время в начале сеанса (например, раз в неделю) на обсуждение вопросов фармакотерапии, написание рецептов и краткий обзор лечебных и побочных эффектов препаратов.

Преимущества и риски разделения двух ролей

Роли терапевта и психофармаколога чаще всего разделяются. Это требует вдумчивой координации действий и бдительности относительно процессов расщепления. Зачастую пациент обращается с фармакологом как с «хорошим объектом», чему способствует тот факт, что фармаколог может менее строго соблюдать границы и техническую нейтральность, таким образом выглядя для пациента более открытым, доступным и эмоционально теплым. Пациент может жаловаться на то, что терапевт в сравнении с ним

холоден и сдержан. Терапевт может исследовать и работать с этим набором отщепленных объектных репрезентаций.

В ином случае фармаколог может восприниматься как «плохой объект», который создает трудности в расписании, не отвечает на звонки, говорит грубо, не слушает или не уделяет должного внимания и т. д. Эта перцепция может создать для терапевта дилемму: он может начать переживать из-за валидности этих жалоб и сомневаться в профессионализме своего коллеги. Крайне важно, чтобы терапевт 1) достаточно хорошо знал фармаколога, чтобы иметь базовое доверие его профессионализму, и 2) понимал, что прояснение и исследование негативных переживаний пациента относительно фармаколога не должно выглядеть как обвинение пациента в ложных интерпретациях или лжи (хотя пациент может и заявить об этом), но направлено на то, чтобы помочь ему понять, в чем здесь может заключаться искажение (в восприятии фармаколога), связанное с переносом, а также чтобы лучше описать объектную репрезентацию во внутреннем мире пациента.

ТФП В КОМБИНАЦИИ С ПОДХОДАМИ, ОРИЕНТИРОВАННЫМИ НА ОБУЧЕНИЕ НАВЫКАМ

Конечная цель ТФП — достижение интегрированных представлений о Я и других, с чем также связаны изменения в стабильности настроения, Я-концепции, межличностных отношениях и удовлетворении в любовных отношениях и работе. Хотя такие элементы ТФП как терапевтический контракт вносят значительный вклад в то, чтобы помочь пациенту начать контролировать проблемное поведение, и в целом создают адекватные условия для исследовательской работы, могут возникать конкретные ситуации, в которых ТФП можно сочетать с индивидуальными и групповыми подходами поддерживающего, информирующего характера или с подходами, направленными на развитие навыков, применяемыми терапевтами вспомогательных направлений (см. Koenigsberg et al., 2000b). Конкретные примеры подходящих вспомогательных видов лечения включают 12-шаговые программы (такие как АА, Анонимные наркоманы), программа для похудения, работу с нутрициологом, с терапевтом по внутренним болезням, тренинг навыков, парную терапию и — для пациентов самого низкого уровня функционирования — программы дневного стационара. Все чаще те пациенты, которые получили хорошую симптоматическую помощь от когнитивно-поведенческих видов терапии, наподобие диалектической поведенческой терапии (Linehan, 1993), обращаются затем за ТФП, чтобы более глубоко проработать вопросы идентичности, межличностные

проблемы и трудности с вовлеченностью в жизнь. Эта последовательность лечения неоднократно показала свою пользу.

Ключевые клинические положения

- Терапевтический контракт устанавливает параметры, которые защищают пациента, терапевта и терапию, а также помогают терапевту понять внутренний мир пациента по мере продвижения терапии.
- В вербальном контракте между пациентом и терапевтом уточняются сферы ответственности каждой стороны касательно лечения.
- Процесс заключения контракта устанавливает реальность терапевтических отношений. Он помогает терапевту понять внутренний мир пациента, когда во время сеансов позиция и поведение по отношению к терапевту и лечению неизбежно начинают отклоняться от отношений, определенных в контракте.
- Внимательный обзор анамнеза пациента и предыдущих курсов лечения предоставляет информацию о видах поведенческого сопротивления, которые пациент может продемонстрировать в терапевтическом процессе. Параметры лечения предвосхищают эти возможные виды сопротивления и адресуются к ним, канализируя лежащие в их основе аффекты в терапевтический процесс.
- В зависимости от конкретных симптомов пациента и сфер дисфункции, ТФП можно комбинировать с лекарственным лечением и другими вспомогательными видами лечения.

ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ЧТЕНИЯ

Silk K.R., Friedel R.O. Medication in the context of integrated treatment, in An Integrated Modular Treatment for the Personality Disorders / Ed. by Livesley W.J., DiMaggio G., Clarkin J.F. New York: Guilford, in press.

Yeomans F.E., Selzer M.A., Clarkin J.F. Treating the Borderline Patient: A Contract-Based Approach. New York: Basic Books, 1992.

ГЛАВА 6

ТЕХНИКИ ЛЕЧЕНИЯ

РЕГУЛЯРНО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИНТЕРВЕНЦИИ И МЕХАНИЗМЫ ИЗМЕНЕНИЙ

ТЕХНИКУ ПСИХОТЕРАПИИ, фокусированной на переносе (ТФП), составляют своевременные интервенции, которые терапевт регулярно направляет пациенту во время сеанса. В этой главе мы подробно описываем четыре базовые техники, используемые в ТФП: интерпретацию, анализ переноса, техническую нейтральность и контрперенос. Мы обсуждаем техники по отдельности, но читатель должен помнить, что в голове терапевта техники присутствуют в постоянном взаимодействии друг с другом и в отношении к рамке терапии.

То, как терапевт воспринимает пограничного пациента в процессе взаимодействия, определяется фрагментированным внутренним миром последнего и может от момента к моменту претерпевать драматичные изменения. В этих трансферентных отношениях с терапевтом пациент переживает восприятия, отношения, аффекты и фантазии, которые являются бессознательными повторениями интернализованных перцепций. Реакции переноса — это повторение в настоящем паттернов интернализованных объектных отношений, которые превратились в структуры, определяющие то, как человек переживает текущую реальность и, в особенности, отношения. В случае пограничных пациентов, эти интернализованные парадигмы отношений сохраняют примитивные характеристики, происходящие из неразрешенных с детства конфликтов между любовью и ненавистью, и влекут за собой патологические отношения к себе и другим

в настоящем. Разворачивание этих внутренних парадигм в реакциях пациента на терапевта станет основным инструментом для понимания внутреннего мира пациента и создания интервенций.

Теория объектных отношений делает акцент на том, что активация переноса включает базовые диадические элементы репрезентаций Я и объекта, связанных специфическим аффектом. Эти диадические элементы играют определяющую роль в том, какое выражение находят влечения и как переживаются аффекты, а именно: эти диады представляют собой пути как удовлетворения, так и торможения влечений. Диады объектных репрезентаций, таким образом, служат средством переживания внутрипсихического конфликта. При нормальных условиях психического развития — по мере того как ребенок начинает осознавать отношения между родителями, диадические элементы ранних аффективных переживаний становятся триадическими. Эта способность к развитию триадических элементов инициирует способность к рефлексии о природе внутренних действующих единиц, что является важнейшим элементом ментализации. В терапевтических отношениях эта способность проверяется интерпретативными прояснениями терапевта и интерпретацией диадических элементов в переносе. Пограничные пациенты испытывают ограничения различной степени в своей способности к идентификации с таким взглядом «третьего». Нетерпимость к триангуляции, к наблюдающей позиции (Britton, 2004) относится к особо тяжелому искажению интернализованных объектных отношений, к виду регрессии, при которой пациент не в состоянии вынести никакие мысли, отличные от его собственных, и *начальная* роль терапевта может состоять в том, чтобы подтвердить такое видение пациента и обеспечить реальность и стабильность этого разделенного с ним опыта, а не вступать сразу в угрожающий мир различных точек зрения, что неминуемо вызвало бы усиление тревоги.

Здесь мы вводим важное дополнение к концепции *активных диад* в переносе. До тех пор, пока пациент проявляет отношение к терапевту, существует потенциал, скрытая надежда (в большей степени бессознательная на этом этапе), что терапевт не будет воспроизводить проблемы прошлого, а вместо этого введет в отношения новое «действующее лицо». Кроме того, роль терапевта состоит в том, чтобы, одновременно, переживать спроецированную пациентом преходящую идентификацию с его Я-репрезентацией или объектной репрезентацией и занимать наблюдающую позицию на дистанции от той части себя, которая вовлечена в перепроживание этих эмоциональных отношений. Терапевт действует подобно исключенной третьей стороне, которая подрывает примитивные объектные отношения с помощью интерпретативных интервенций, включающих знания, полу-

ченные из вербального повествования пациента, наблюдает за его невербальным поведением и анализирует контрперенос. Диадические отношения в переносе, таким образом, постоянно открыты для потенциальной триангуляции.

Диады, которые активируются в переносе, могут представлять собой как выражение влечений, так и защиты против них. Для трансферентной реакции пациента на терапевта типична ситуация, когда вначале, в форме объектного отношения, представляющего защитную сторону конфликта, активируется структура, защищающая от импульса. Например, пациент, чья первоначальная реакция на терапевта представляет собой его гневное обесценивание за холодность и безразличие, может таким образом защищаться от либидинального импульса, укорененного в отщепленной диаде, где терапевт представляется как желанный питающий Другой. Альтернативный пример — пациент, изначально идеализирующий терапевта таким образом, что это защищает от отщепленных параноидных и агрессивных чувств. Позднее в переносе проявляются объектные отношения, отражающие импульсивную сторону конфликта. Точка зрения, основанная на теории объектных отношений, предоставляет терапевту структуру для понимания того, что поначалу выглядит как хаотическое взаимодействие, и осознания паттернов осцилляций и чередований в диадах отношений по мере того, как они активируются в переносе. Это понимание дает основу, опираясь на которую терапевт проводит интервенции с помощью техник, описанных в этой главе.

Объектные отношения, которые стимулируются в переносе пограничных пациентов, легче всего понимать как комбинацию реалистичных и фантастических, искаженных репрезентаций прошлых отношений с значимыми другими. Таким образом, интерпретация переноса при работе с пограничными пациентами и с пациентами невротического уровня организации имеет отличия. У невротических пациентов примитивные, утрированные, отщепленные внутренние репрезентации ранних фаз развития интегрированы в более сложные, связные интрапсихические структуры, составляющие Я и внутренний объектный мир (с относительно ясным чувством идентичности), а также Суперэго (с относительно согласованным представлением о моральных ценностях и внутренних запретах). В терапии с невротическими пациентами анализ сопротивления активирует в переносе относительно глобальные и согласованные характеристики этих структур (например, запреты Суперэго против влечений Ид). Эти структуры обладают связным качеством, поскольку аспекты Я у невротика связаны воедино, так же как связаны воедино аспекты объекта. Иными словами, Я-репрезентация «сцеплена» с остальными аспектами Я, и то же самое

справедливо для объектной репрезентации. При невротическом уровне организации отщепленные неинтегрированные репрезентации Я и других могут меняться местами только в моменты крайней регрессии.

В сравнении с этим, у пограничных пациентов примитивные внутренние репрезентации остаются отщепленными от других Я- и объект-репрезентаций, которые, в свою очередь, хронически не интегрируются в более глобальную, более связную структуру. Результатом этого является более хаотичный субъективный опыт, более беспорядочное поведение и более болезненные межличностные отношения. Внутренние конфликты выражены не в виде стабильного паттерна с фиксированными импульсивными и тормозящими силами, а в виде диссоциированных Эго-состояний, основанных на примитивной защите расщепления. Эти диссоциированные Эго-состояния могут внезапно переключаться с одного на другое, в результате чего человек идентифицируется в каждый момент времени исключительно с одной стороной конфликта.

ТЕХНИКИ ТФП

В ТФП существуют четыре базовые техники: интерпретативный процесс, анализ переноса, использование технической нейтральности и использование контрпереноса.

Интерпретативный процесс

Интерпретация — это процесс раскрытия бессознательных, преимущественно вытесненных или диссоциированных/отщепленных конфликтов. У пограничных пациентов бессознательные конфликты, которые реактивируются в переносе, включают относительно типичные эдиповы проявления с темами желания, конкурентными стремлениями и соперничеством, а также с чувством вины и тревоги, плотно соединенных с доэдиповыми темами интенсивного желания быть накормленным, страха брошенности и ярости против воспринимаемых агрессоров. Хотя эдиповы конфликты, особенно агрессивно заряженные, являются всепроникающими, в данном случае преобладают именно доэдиповы, включая наиболее ранние конфликты привязанности, иногда маскирующие тяжелые интенсивные конфликты, которые проявляются позже.

В ранней фазе ТФП интерпретативный процесс качественно отличается от традиционной аналитической работы, что связано с исходными переживаниями переноса у пограничных пациентов. Примитивные объектные отношения, активируемые в переносе, могут вначале восприни-

маться исключительно в виде сильных аффектов (обычно ненависти или идеализации), которые затапливают клиническое взаимодействие. Так, восприятие пациентом терапевта отличается конкретностью, при этом пациент обладает ограниченной способностью осознавать различия между внутренней и внешней реальностью. Терапевт не *похож* на отвергающего Другого — терапевт и *есть* отвергающий Другой. Активируется опыт объектных отношений, лишенный когнитивной репрезентации. Пациент поначалу может быть неспособен к установлению какой-либо дистанции для наблюдения или перспективы относительно своего непосредственного опыта в переносе. И терапевт, и пациент вначале испытывают чувство замешательства и тревоги. Характер переноса, как правило, наиболее ясно проявляется в поведении пациента и/или в контрпереносе. Из-за отсутствия дистанции для наблюдения пациент вначале недостаточно стабилен для того, чтобы извлечь пользу из традиционных интерпретаций более глубоких тревог и защит, организующих его опыт. Кроме того, пациент может воспринимать любые интервенции как критику или нападение. В такой ситуации он, возможно, способен использовать более базовые интервенции, направленные на контейнирование и холдинг аффективного опыта и возможности формирования когнитивных представлений о нем. Способность терапевта контейнировать аффект служит цели сообщить пациенту о том, что аффект можно проживать без катастрофических последствий. В такой ситуации первым шагом в интерпретативном процессе становится просто *называния* происходящего, прежде чем может быть уместно какое-либо *объяснение* того, что лежит в основе этих переживаний.

Пример такого процесса называния можно видеть в работе с Бетти на видео 2 «Сеанс перед отпуском». Терапевт, доктор Эм, вначале пытается применить вполне классическую интерпретацию, замечая, что гнев Бетти и ее обесценивающий настрой является ответом на то, что он — не тот идеальный заботливый родитель, которого она ищет. Не увидев, что эта интервенция продвигает понимание, он формулирует проще: «То, что происходит сейчас [гнев и обесценивание], на самом деле является сильной реакцией на чувство, будто вы начинаете привязываться к кому-то, — и, похоже, когда это случается, вы реагируете именно так». Интервенция основана на элементах невербальной коммуникации Бетти — невысказанная эмоциональная теплота проявлялась временами как на предыдущих сеансах, так и в контрпереносе доктора Эм, который включал либидинальные элементы, несмотря на агрессивные выпады пациентки. Этот комментарий доктора Эм является интерпретацией, поскольку, хоть он и не предлагает объяснения, осознание Бетти, тем не менее, продвигается на шаг вперед по сравнению с тем, что она видит в текущий момент: этот комментарий

позволяет ей установить контакт с либидинальной диадой, от которой она защищается и которую доктор Эм чувствует через другие каналы коммуникации. Холдинг аффекта доктором Эм и помощь Бетти в его назывании может постепенно привести к развитию ее способности к символической переработке и рефлексии о переживаниях переноса, которые она ранее отыгрывала вовне (Winnicott, 1949).

- **Видео 2-1**: Сеанс перед отпуском, часть 1 (9:24)

- **Видео 2-2**: Сеанс перед отпуском, часть 2 (6:12)

Прежде чем дать более подробное описание интерпретативного процесса, мы в самых общих чертах изложим наше понимание того, как использовать эту технику с пограничными пациентами. Из-за преобладания у пациентов с пограничным расстройством личности защитных процессов, основанных на расщеплении (а не вытеснении), интерпретация фокусируется на диссоциированных друг от друга аспектах опыта, которые доступны сознанию (а не стабильно вытеснены), хотя и в разные моменты времени. По мере прогресса лечения внутренняя психическая структура становится более интегрированной, диссоциативные защиты уступают защитам вытеснения, и тогда фокус интерпретаций может переместиться на вытесненный психический материал. Интерпретативный процесс следует базовым стратегиям ТФП (обсуждены в главе 3 «Стратегии психотерапии, фокусированной на переносе») и стремится помочь пациенту достичь интеграции идентичности. В самом общем смысле интерпретация поначалу выявляет характер доминирующих объектных отношений и трудности пациента с идентификацией обоих полюсов диады. Таким образом, на самой ранней фазе интерпретация каждый раз фокусируется на одной диаде и на чередованиях в пределах этой диады. Затем процесс переходит к работе с защитным расщеплением между персекуторными диадами и идеализированными диадами, исследуя причины, которые удерживают их разделенными.

Прояснение, конфронтация и интерпретация

Интерпретативный процесс можно, грубо говоря, разделить на четыре шага (Caligor et al., 2009):

1. Идентифицировать и понять состояние Я пациента в настоящий момент и выработать соответствующее понимание Другого/терапевта.

2. Рассмотреть возможные переживания Другого/терапевта в данный момент и осознать, что они могут отличаться от переживаний пациента, будучи частью процесса наблюдения за реверсиями в рамках диады.
3. Поместить исследуемый момент в более широкий контекст и сопоставить непосредственные переживания Я и терапевта с переживаниями, относящимися к другим моментам времени.
4. Обратиться к наслаиванию диад (расщепление, которое удерживает их разделенными), расщеплений и конфликтов, интерпретируя мотивацию к расщеплению диад с противоположными аффективными зарядами.

Прояснение и конфронтация являются частью интерпретативного процесса, которые подготавливают почву для самой интерпретации. Интерпретацию часто рассматривают как основополагающую технику в психоаналитически ориентированной терапии; ее можно выполнять разными способами. В нашей работе с пограничными пациентами мы делаем акцент на интерпретации трансферентных взаимодействий «здесь и сейчас», по сравнению с «генетической» интерпретацией анамнестического материала. Мы также подчеркиваем, что интерпретативная работа — это процесс движения от прояснения к конфронтации и интерпретации как таковой.

Слушание трех каналов коммуникации. Эффективные прояснения, конфронтации и интерпретации требуют пристального внимания к трем каналам коммуникации: пациент коммуницирует посредством того, что он говорит прямо, посредством действий и других невербальных видов коммуникации, а также посредством проективных процессов, которые предоставляют информацию через контрперенос терапевта. Несостыковки, конфликты или противоречия в коммуникации, с которыми нужно конфронтировать, часто можно заметить благодаря сравнению того, что передается по одному каналу, с тем, что передается по другому.

Прояснение. Прояснение — это первый шаг в интерпретативном процессе. Оно заключается в том, что терапевт приглашает пациента исследовать и искать объяснение любой информации, в которой присутствует неясность, неопределенность, странности или противоречия. Прояснение может фокусироваться на элементах внешней реальности, на прошлом пациента или на переживаниях настоящего момента, но оно всегда имеет целью развить наиболее полное понимание субъективных переживаний пациента. Прояснение имеет двойную функцию — освещение конкретных сведений и раскрытие того, как пациент переживает и в какой степени

понимает происходящее. Процесс прояснения помогает пациенту обнаружить новые элементы в отдельно взятом взаимодействии, которые могут пролить свет на ранее непонятные или неизвестные аспекты.

В целом, первоначальный субъективный опыт терапевта во взаимодействии с пограничным пациентом отличается спутанностью. Спутанность порождается неинтегрированной природой внутреннего мира пациента и тем обстоятельством, что пациент переживает внешнюю реальность в соответствии с внутренними объектными отношениями, которые могут недостаточно совпадать с внешней реальностью, при этом внутренние объектные отношения, которые определяют видение реальности пациента, могут в каждый следующий момент времени внезапно сменять друг друга. Помимо этого, сам коммуникативный стиль пограничных пациентов может отличаться спутанностью, поскольку у них нет ясности относительно того, что именно они пытаются сообщить; или же в силу того, что такие пациенты могут исходить из нарциссического предположения, что слушатель будет способен понять их и без того, чтобы предоставить ему достаточное объяснение; или же просто по причине тревоги.

Терапевты часто неохотно в полной мере используют прояснение. Пациенты зачастую открыто или неявно требуют немедленного понимания и обесценивают терапевта, который обнаруживает, что у него нет такого понимания, и над этим пониманием нужно работать. Несмотря на такого рода давление, терапевту следует без колебаний просить пациента прояснить, что он имеет в виду. Часто прояснение становится основным видом интервенции в течение первой фазы терапии. Чувство терапевта, будто он должен с самого начала понимать пациента, и связанная с этим нерешительность в отношении использования прояснения, отражает не только страх обесценивания со стороны пациента, но также и бессознательную попытку терапевта занять примитивную роль всезнающего Другого, которую пациент может проецировать. Неизбежно, однако, что в начале лечения терапевт будет разделять с пациентом это состояние спутанности, хотя и может лучше его осознавать, поскольку диссоциативный характер различных состояний пациента в определенной степени изолирует его от переживания спутанности, которое возникает вследствие контраста между этими состояниями. в любом случае терапевт, который обнаруживает сомнение: стоит ли обратиться к пациенту за прояснением какого-то неясного момента неважно, насколько простого, должен исследовать собственный контрперенос в отношении происходящего.

Вот несколько примеров прояснения со стороны терапевта:

- «Вы упомянули человека по имени Джон, но мне не совсем ясно, кто это». (Терапевт может избегать обращения даже к такому простому

прояснению. Он может опасаться, что пациент уже упоминал Джона раньше и теперь вопрос о том, кто такой Джон, будет означать, что терапевт забыл об этом. Страх терапевта быть нормальным человеком, способным забывать, соответствует неявному запросу пациента на совершенного Другого.)

- «Могли бы вы более подробно объяснить, что имели в виду, когда сказали, что вы были "обычным подростком"?»
- «Не могли бы вы объяснить, что происходит в клубах, которые вы упомянули?»
- «Что вы имели в виду, когда сказали, что ваша мама была "святой"?»
- «Вы сказали, что, несмотря на сексуальные проблемы, которые у вас были с молодым человеком, это был "лучший секс из всех возможных". Могли бы вы дать мне представление о том, что это для вас значит?»
- «Вы сказали, что когда посещаете свою маму, вы "слишком спутаны, чтобы ясно думать". Не могли бы вы описать, каковы элементы этой спутанности?»

Конфронтация. Подобно прояснению, конфронтация — это предшественник интерпретации. Как и прояснение, конфронтация зачастую более активно используется на ранних этапах терапии (кроме ситуаций кризиса, когда терапевт, пытаясь спасти лечение, может быть вынужден быстрее переходить к глубинным интерпретациям). Задачей конфронтации является побудить пациента к рефлексии на тему неконгруэнтных аспектов материала, который он передает в вербальной и невербальной коммуникации с целью повысить осознавание внутренних несоответствий и конфликтов. Технику конфронтации также можно было бы назвать «приглашением к рефлексии». Будучи вторым шагом по направлению к интерпретации, конфронтация связывает воедино сознательный и предсознательный или бессознательный материал, который пациент переживает по отдельности, либо, в случае с бессознательным материалом, не переживает вообще, а отыгрывает вовне, поскольку разные элементы материала отщеплены друг от друга. Конфронтация привлекает внимание пациента к данным, которые либо находятся вне осознания, либо принимаются как само собой разумеющиеся, при этом идя вразрез с другими идеями, установками или действиями пациента. В сущности, она направляет внимание пациента к диссоциированным аспектам Я.

В целом конфронтация подразумевает выявление несовпадений между сообщениями, передаваемыми по разным каналам коммуникации. Хотя в английском языке (как и в русском.— *Примеч. перев.*) слово «конфронтация» несет оттенок борьбы и антагонизма, конфронтация как терапевтическая

техника должна выполняться с уважением и тактом и, что важнее всего, с искренним любопытством. Тем не менее даже тактичная конфронтация иногда воспринимается пациентом как враждебная, поскольку эта интервенция ставит под вопрос защитную систему пациента, расщепляющую конфликтующие образы и аффекты. В то время как прояснение имеет исключительно разъяснительный характер, конфронтация предполагает решение терапевта, что те или иные наблюдаемые факты являются динамически и терапевтически значимыми. Конфронтация может иметь место по отношению к материалу из любого аспекта коммуникации пациента, включая аффекты, внешнюю реальность, перенос или прошлое. Если пациент может ответить на конфронтацию рефлексией, вероятно, он способен совершить некоторую интерпретативную работу самостоятельно. Например, пациент может сказать: «Вы правы; похоже, я сегодня пришел «на взводе», хотя на прошлой неделе на терапии я чувствовал себя нормально. Думаю, может быть, я ошибаюсь, когда говорю, что ваш отъезд на следующей неделе для меня ничего не значит, но мне трудно признать это открыто».

Далее приведены некоторые примеры конфронтации со стороны терапевта:

- Когда вы рассказывали о том, что чувствовали себя так ужасно, что даже нанесли себе порезы, чтобы облегчить боль, у вас на лице была необычная улыбка. Как бы вы могли это пояснить?»
- «Ранее во время этого сеанса вы благодарили меня за то, что я согласился быть вашим терапевтом, а теперь говорите, что я бесполезен для вас и что визиты сюда — это пустая трата времени. Как эти два утверждения сочетаются между собой?»

Интерпретация. В интерпретации терапевт использует и интегрирует информацию, полученную при помощи прояснения и конфронтации, с тем чтобы соединить материал, который пациент осознает, с гипотетическим бессознательным материалом, который, как полагает терапевт, оказывает влияние на мотивацию и функционирование пациента. Терапевт формулирует гипотезу по поводу бессознательных или диссоциированных конфликтов, которая может объяснить то, что он наблюдает в словах и поведении пациента. Цель интерпретации в том, чтобы разрешить конфликтную природу материала и, в особенности, в случае с пограничными пациентами, природу поведения, которое коренится в конфликтах между отщепленными интрапсихическими частями. Процесс предполагает, что понимание пациентом лежащих в основе бессознательных мотивов и защит позволит сделать разрешимыми имевшие место противоречия и дезадаптивные виды поведения. Терапевт может направить интерпретации на «здесь и сейчас» в переносе, на текущую или

прошлую реальность пациента, либо на его характерные защиты, а также может связать эти элементы с предполагаемым неосознанным прошлым (так называемые генетические интерпретации, которые используются, в основном, на более поздних этапах лечения).

Главную роль в успехе терапии играют эффективные интерпретации, и эффективный терапевт должен хорошо владеть этой техникой. Компетентность терапевта касательно проведения интерпретаций в ТФП включает следующие элементы: 1) ясность интерпретации, 2) скорость или темп интерпретативной интервенции, 3) своевременность интерпретации и 4) адекватная глубина интерпретации.

При подготовке интерпретации терапевт должен понимать текущую сознательную коммуникацию пациента, непереносимые для него самого аспекты его внутреннего мира, а также защитный механизм (или механизмы), при помощи которого пациент ограждает себя от того, что для него непереносимо. Терапевт узнает о том, что сам пациент не может выдержать, отслеживая другие каналы коммуникации, а именно, его невербальное поведение и свой контрперенос. В этом процессе терапевт, чтобы получить доступ к материалу вне осознания пациента, должен на глубоких уровнях проанализировать свой контрперенос. Вооружившись соответствующими сведениями, терапевт будет чувствовать себя достаточно комфортно, для того чтобы детально озвучить свою интерпретацию. Несмотря на то что интерпретация действительно является гипотезой и терапевт должен помнить об этом, ему рекомендуется озвучивать ее с убежденностью, во-первых потому, что она основана на вдумчивом анализе данных, во-вторых, интерпретация часто встречает мощное сопротивление, основанное на примитивных защитах пациента. Это отражено в работе терапевта на видео 2.

Терапевту может быть полезно предложить интерпретацию в форме, которая демонстрирует эмпатию по отношению к внутреннему расщеплению пациента и его сопротивлению осознаванию. Например, намереваясь прокомментировать часть внутреннего мира пациента (например, агрессию), которая отщеплена и которую пациент, скорее всего, отбросит, если она окажется в сфере его осознавания, терапевт может начать с таких слов: «То, что я собираюсь сказать, может вам показаться критикой, тем не менее об этом стоит немного подумать, даже если это болезненно».

АНАЛИЗ ПЕРЕНОСА

Анализ переноса — это непрерывный анализ искажений «нормальных», «реальных» терапевтических отношений, которые установлены терапевтическим контрактом (см. главу 5 «Установление терапевтической рамки»).

Любое отклонение от первоначально установленных отношений предоставляет информацию о внутреннем мире пациента. Отклонения могут происходить в форме конкретных комментариев или действий, а также в форме общего настроения во время сеанса. Терапевт исследует эти процессы внутри терапевтических отношений и постепенно связывает их со схожими искажениями в отношениях пациента вне терапии. Анализ переноса очень похож на анализ характера, описанный у Райха (Erich, 1972) в первых шести главах его книги.

Следующий диалог иллюстрирует анализ переноса относительно конкретного комментария:

Пациентка: Но вы должны сказать, стоит ли мне выходить за него замуж! Вы же знаете, я не могу решить, и мне нужна помощь в этом.

Терапевт: Конечно, я мог бы сообщить вам мое мнение, но давайте вернемся к моменту начала терапии. Мы согласились совместно работать над тем, чтобы помочь вам расти и нести ответственность за свою жизнь. Мы пришли к согласию в том, что самым лучшим будет постараться понять, что лежит в основе трудностей, которые препятствуют вам управляться с собственной жизнью. Сейчас один из тех моментов, когда то, что вы предполагаете в отношении меня, может быть частью проблемы. Похоже, вы предполагаете, будто я обладаю доступом к некоему знанию, которое содержало бы гарантированно правильный ответ на этот сложный вопрос [ссылка на внутренний идеальный объект]. Нам стоит подумать об этом и о других элементах, которые вносят вклад в ваши затруднения с принятием собственного решения.

Этот пример показывает, как анализ переноса зависит от позиции терапевта в отношении технической нейтральности, которую мы будем рассматривать в разделе «Использование технической нейтральности».

Следующий диалог — пример анализа переноса вокруг общего отношения к работе:

Пациент: [начиная с комментария, похожего на все те, с которых начинается каждый сеанс по понедельникам]: Как прошли ваши выходные? Вы сыграли пару партий в гольф?

Терапевт: Я понимаю, что вам может быть интересно, разделяю ли я ваш интерес к гольфу, и мы можем поговорить об этом. Однако определенная терапевтическая ценность может быть в том, чтобы подумать, как вы начинаете сеансы по понедельникам. В начале терапии мы договорились, что ваша роль будет заключаться в том, чтобы приходить на сеансы и говорить обо всем, что будет приходить в голову касательно проблем, которые привели вас на

терапию. Конечно, может быть некоторая связь между вашими проблемами и вопросами о моих выходных, но на данный момент она мне не ясна. У вас есть какие-нибудь мысли об этом?

С помощью этого проясняющего вопроса терапевт начинает интерпретативный процесс. Он исследует, как далеко пациент способен продвинуться в понимании мотивов своего поведения, и в зависимости от этого будет строить дальнейшие интерпретации. Вероятно, исследование коснется нарциссических черт, связанных с трудностями выносить разницу в статусе (которую пациент, на самом деле, на более глубоком уровне может преувеличивать) и с потребностью пытаться уравнять отношения или, возможно, незаметно обесценить терапевта.

Анализ переноса в процессе слушания и наблюдения за материалом облегчает установка в виде постоянно присутствующего где-то на заднем плане вопроса: «Как это отличается от "нормальной" реакции/ответа в подобной ситуации (т. е. в терапевтическом сеансе, определенном контрактом)?» Другой полезный внутренний вопрос: «Какие отношения создает пациент, останавливая в данный момент свой выбор на обсуждении со мной именно этого материала?»

Интерпретация переноса, включая интерпретацию в лечении пограничных пациентов (Bateman, Fonagy, 2004; Gabbard, 1991), по-прежнему представляет собой противоречивый вопрос в литературе по психотерапии. Количество исследований по этой теме невелико, круг предметов таких исследований ограничен, а результаты их непостоянны (Crits-Christoph et al., 2013). Наиболее информативными являются исследования влияния интерпретаций переноса в связи с переменной-модератором со стороны пациента. В исследовании краткосрочной психодинамической терапии высокий уровень интерпретаций переноса был связан с неудовлетворительными исходами терапии лишь у пациентов с высоким качеством объектных отношений на момент начала лечения (Piper et al., 1991). В другом исследовании краткосрочного динамического лечения высокий уровень интерпретаций переноса был связан с неудовлетворительным исходом лечения у пациентов с низким качеством отношений на момент начала лечения (Connolly et al., 1999).

В последних исследованиях картина становится более согласованной. В исследовании одногодичного психодинамического лечения (Høglend et al., 2008) пациенты с низким качеством объектных отношений имели более удовлетворительный результат, по критериям психодинамического функционирования, в терапии с большим числом интерпретаций переноса, по сравнению с пациентами в терапии, где избегалось интерпретирование переноса.

Хотя эти итоги противоречат давнему убеждению, что лишь высокофункциональные пациенты, склонные к психологизации, способны получить пользу от интерпретации переноса, можно предположить, что пациенты с низким качеством объектных отношений показывают лучшие результаты с применением интерпретаций переноса именно потому, что они менее абстрактны. Интерпретации переноса предлагают вниманию непосредственные данные (переживания пациента «здесь и сейчас» рядом с терапевтом), которые связаны с аффектами пациента, и стараются объяснить и понять их.

С нашей точки зрения, интерпретации переноса не должны рассматриваться ни в клинической, ни в исследовательской практике как изолированные терапевтические события, отделенные от процесса терапии. Как показано в этом руководстве, мы встраиваем интерпретации в контекст последовательного взаимодействия между терапевтом и пациентом — последовательность, которая включает весь объем понимания пациента (чему способствует работа терапевта, направленная на прояснение состояний мышления пациента) и проявление противоречивых элементов в поведении пациента, о которых терапевт предлагает пациенту рефлексировать (конфронтация), а лишь затем — гипотезу терапевта (интерпретацию) о возможных значениях и мотивах рассматриваемых мыслительных, эмоциональных или поведенческих процессов.

Анализ негативного и позитивного переноса

Одна из простых классификаций процессов переноса разделяет их на позитивные и негативные. И позитивный, и негативный перенос нужно интерпретировать, поскольку в случае пограничной организации они соответствуют идеализированным и персекуторным сегментам внутреннего мира. Работа напрямую с примитивными конфликтами пограничных пациентов, связанными с агрессией и невыносимостью амбивалентных чувств, — важное средство косвенного укрепления терапевтического альянса. Другими словами, наполненный смыслом терапевтический альянс — это не просто позитивные чувства между пациентом и терапевтом, а, скорее, уверенность пациента в том, что его участия в терапии ожидают с доброжелательностью независимо от того, насколько интенсивные или негативные чувства могут возникнуть в процессе. Перенос, в смысле преобладания того или иного аффективного материала, обычно появляется уже в самом начале лечения, и, следовательно, к нему можно обратиться на ранних этапах. Негативный перенос должен быть пережит, исследован и проинтерпретирован максимально полно. Анализ негативного переноса обычно позволяет проявиться более позитивным чувствам в переносе

и развиться амбивалентности. Если пациент ощущает, что терапевт избегает негативного переноса, страх или убежденность в том, что его аффекты обладают слишком разрушительной силой, чтобы их выдерживать, будет подкреплен. Тогда пациент может среагировать либо попыткой подавить или сместить свои негативные чувства, либо «смести терапевта» в триумфальной и/или деструктивной вспышке.

Важно бдительно отслеживать начальные проявления амбивалентности пациента, скрытой под видом того, что может выглядеть как неамбивалентная враждебность. В целом, более позитивные аспекты вначале обнаруживают себя в поведении пациента и, благодаря эффективной работе расщепления, не порождают никакого чувства конфликта по поводу внешне абсолютно негативной позиции, которую на поверхности может занимать пациент. Указание на любые позитивные процессы, такие как моменты ощущения хорошей совместной работы, могут смягчить чувство пациента, что все плохо, и стать предметом любопытства и исследования — то есть, попыткой понять скрытую и хрупкую природу этого набора аффектов. Если позитивные аспекты не воспринимаются или не признаются, акцент на негативном переносе может закрепить восприятие пациентом себя как непоправимо плохого[1]. Так, терапевт должен отметить: «Хотя вы и говорите, что я бесполезный терапевт, вы стали регулярно приходить на сеансы вовремя. Это позволяет предполагать, что где-то внутри себя вы, вероятно, чувствуете, что я не совсем холодный и безразличный человек, каким вы меня описываете».

Что касается позитивного переноса, фокус интерпретации должен быть направлен на примитивные, преувеличенные идеализации, которые отражают расщепление между абсолютно хорошими и абсолютно плохими объектными отношениями. Важно проводить различие между идеализированным позитивным переносом и более интегрированным и реалистичным позитивным рабочим альянсом, который является целью лечения. Идеализированные репрезентации должны систематически интерпретироваться, в рамках усилий по проработке примитивных защит и интеграции Я и объектных репрезентаций. Противоположностью примитивной идеализации является ощущение преследования, чувство злонамеренности. В отличие от идеализированных элементов, менее примитивные, более модулированные аспекты позитивного переноса не следует интерпретировать на ранней фазе лечения.

---

[1] Если с течением времени не возникает никаких явных или скрытых позитивных аспектов отношений, терапевту следует рассмотреть диагноз антисоциального расстройства личности. Это состояние, по-видимому, характеризуется отсутствием каких-либо стремлений к привязанности на аффективной основе.

Их следует рассматривать как признак определенного присутствия эго-функции. Вдумчивое, внимательное отношение к этим аспектам переноса способствует постепенному развитию терапевтического альянса. Например, признаки того, что пациент рассматривает терапевта как помогающего, заинтересованного человека, не нуждаются в интерпретации; однако, если в том, как пациент взаимодействует с терапевтом, присутствует выраженная идеализация, будет уместна и необходима фраза вроде: «Вы общаетесь со мной так, словно я никогда не ошибаюсь» или «Похоже, вам представляется, будто у меня есть какие-то волшебные способности».

На более поздних этапах лечения, после того как проанализирован интенсивный негативный перенос, терапевт часто допускает ошибку, менее активно анализируя идеализированный позитивный перенос и его влияние на процесс интеграции. Идеализированный перенос, который может включать зависимые и/или эротизированные черты, может работать как защита от продвижения в сторону депрессивной позиции с ее принятием сочетания хорошего и плохого (и ограничений) в реалистичных ожиданиях со стороны окружающего мира. Пример тому — случай молодой женщины, которая начала терапию, интенсивно защищаясь (но вместе с тем и стремясь) от возможности позитивных отношений с терапевтом по причине ее подозрительности, происходящей из ее параноидного в своей основе переноса. После того как этот перенос был проанализирован в течение первого года терапии, у пациентки стал преобладать идеализирующий перенос. Она воспринимала терапевта как безукоризненного: умный, образованный, хорошо воспитанный, с прекрасным вкусом во всех сферах своей идеальной жизни. Она сравнивала его со своим мужем, которого она находила все более и более несносным со всеми его недостатками и ограничениями. Было ясно, что, хотя негативный перенос был хорошо проанализирован, эта пациентка еще не продвинулась к интеграции своего внутреннего мира. Она продолжала демонстрировать расщепление, в котором плохой объект был экстернализован на мужа, а терапевт представлял нереалистично идеальный хороший объект. Терапевт последовательно указывал на то, что его образ у пациентки был воображаемым, поскольку о его реальной жизни ей почти ничего не было известно. Пациентка постепенно смогла понять нереалистичный характер своего восприятия терапевта, после чего улучшилось ее восприятие и отношения с мужем, которого она перестала описывать как самого неотесанного человека на свете.

Анализ примитивных защит в контексте анализа переноса

Субъективный опыт пограничного пациента определяют примитивные защитные механизмы. Одна из целей терапии состоит в том, чтобы помочь

пациенту осознать эти механизмы и их причины. Основные примитивные защиты это: расщепление, проективная идентификация, идеализация/обесценивание, примитивное отрицание, всемогущество и всемогущий контроль. Поскольку эта техника является ключевым элементом лечения, все описание этого лечения так или иначе связано с тем, как проводить анализ примитивных защитных механизмов в процессах переноса. Поэтому в данном разделе мы не даем исчерпывающих комментариев к этой технике. Вместо этого мы предлагаем некоторые типичные примеры анализа примитивных защит и процессов переноса в условиях, позволяющих проведение интерпретаций такого уровня.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: АНАЛИЗ РАСЩЕПЛЕНИЯ В ПЕРЕНОСЕ

Пациентка завершила первый год терапии, которая начиналась с преобладания негативного переноса и для которой были характерны интенсивные аффективные бури в течение многих сеансов. Она начала сеанс с заявления: «Думаю, мне повезло, что вы мой терапевт. Все другие терапии не помогали мне, и у меня есть подруги, которые в своей терапии никуда не движутся. Насколько я могу видеть, вы как раз тот человек, который мне нужен». В ходе сеанса пациентка затронула тот факт, что период ее нетрудоспособности заканчивался, и попросила терапевта заполнить бумаги, которые бы подтвердили сохранение нетрудоспособности. Когда терапевт усомнился в том, что она на данный момент была нетрудоспособна, пациентка рассердилась и заявила: «Я даже не знаю, зачем мне приходить сюда. Эти сеансы просто пустая трата времени, и я никогда ничего полезного от них не получила. Вы прикидываетесь, что помогаете пациентам, но в то же время совершенно ничего не делаете. Единственное, что мне имеет смысл предпринять, — сообщить в соответствующие органы, что вы шарлатан.

Терапевт ответил на это конфронтацией пациентки с двумя противоположными взглядами на него, которые она продемонстрировала. Он спросил пациентку, помнит ли она отношение, которым делилась ранее на сеансе, и как она могла бы объяснить себе разницу в ее чувствах сейчас. Продолжая настойчиво обесценивать терапевта, пациентка заявила, что ее предыдущие слова представляли собой лишь попытку вытянуть тупиковую ситуацию и убедить себя, что она получала что-то от терапии, которая, на самом деле, была бессмысленной. Далее она пояснила, что изменения в ее словах просто-напросто отражают факт, что она больше не может держать себя в заблуждении относительно того, что терапия несет хоть что-то хорошее.

Терапевт продолжил анализ проявившегося в переносе расщепления пациентки: «Чувства ко мне, которые вы описали в начале сеанса, могут отражать ваше глубоко спрятанное желание, что я или кто-то иной мог бы быть воплощенным идеалом заботы и поддержки, который вы втайне желаете обрести. Ваше желание найти такого человека и убеждение, что вы можете найти такого человека, настолько важны для вас, что вы защищаете эту возможность от угрозы разочарования, рассматривая мир в целом как нечто противоположное — как пространство холода и безразличия, где людям нет дела до вас, либо они действительно хотят вам навредить. Начало нашей совместной работы характеризовалось тем, что вы видели меня таким даже несмотря на то, что ваше поведение — например, ваши регулярные приходы на сеансы — отражало то глубинное желание или убеждение, что идеальный помогающий человек, которого вы ищете, на самом деле может оказаться здесь. По мере того как вы начали ощущать связь со мной и, думаю, чувствовать, что я, вероятно, действительно заинтересован в том, чтобы предложить вам всю помощь, которую я могу предоставить, стали очень тревожиться из-за того, что я вас разочарую. На самом деле, ваша психика работает сейчас таким образом, что вы воспринимаете любую степень разочарования — любую неудачу с моей стороны в предоставлении вам того, что вы считаете идеальной заботой — как доказательство факта, что вам нечего от меня ожидать и что вы правы в своем противоположном восприятии меня — как жестоко лишающего. Это отступление в такое восприятие меня с вашей стороны служит тому, чтобы защитить глубоко таящееся убеждение, что вы можете найти идеального кормильца. Однако это отступление также мешает вам пережить и принять что-либо хорошее в том, что могут дать такие отношения, как наши с вами. Таким образом, во имя защиты своего желания обрести идеального кормильца, вы, похоже, лишаете себя реальной заботы, которую может предложить вам мир.

Однако сейчас вы находитесь на том этапе, когда уже можете начать ставить это под вопрос. Ваша ярость и обесценивание по отношению ко мне сейчас, похоже, являются ответом на ваше восприятие, что я не забочусь о вас. И все же можно задать вопрос, окажется ли поддержание вашего статуса нетрудоспособности наибольшим проявлением заботы по отношению к вам на данный момент, а также подумать о том, не является ли ваше желание продления нетрудоспособности еще одним проявлением глубоко таящегося желания о тотальной заботе, которое стало одной из причин того, что вам так трудно адаптироваться ко взрослой жизни».

Итак, терапевт не только указывает на расщепление (защитная сепарация диады отношений, основанной на идеальном питающем

объекте, от диады, основанной на жестоком лишающем объекте), но и помогает пациентке понять, почему эта защита имеет место: она призвана защитить и поддержать внутренний образ кормильца, которого пациентка желает обрести, но который мешает ей адаптироваться к реалиям жизни.

Следующий пример анализа примитивных защит в переносе затрагивает всемогущий контроль. Эта защита подразумевает фантазии контроля и/или попыток контролировать другого как проявление желания 1) поддерживать идеализированное состояние слияния с хорошим объектом и 2) доминировать и контролировать плохой объект, с тем чтобы одновременно наказать его и избежать отмщения и пугающего преследования с его стороны. Всемогущий контроль может защищать от депрессии, связанной с утратой идеального объекта, либо от страха, связанного с агрессией, проецируемой на «плохой» объект (Kernberg, 1995).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: АНАЛИЗ ВСЕМОГУЩЕГО КОНТРОЛЯ В ПЕРЕНОСЕ

Пациентка на втором году терапии начала сеанс с вопроса, почему терапевт не может принять ее позже в течение дня, как она просила в телефонном сообщении. (Следует отметить, что ко второму году может быть достигнуто достаточное понимание определенной динамики, чтобы добавить к интерпретациям исторический/генетический уровень). Терапевт в ответ повторил сказанное в телефонном сообщении — он не мог принять пациентку позже по причине других дел. Пациентка гневно ответила, что она прежде упоминала, что для нее удобнее более позднее время сеанса и «очевидно», что терапевт отдает предпочтение другим пациентам. Терапевт сообщил пациентке (с точки зрения переживаний которой, ее мать дразнила всех детей в семье тем, что отказывала им в любви заботе, чтобы усилить таким образом соперничество между ними), о своем понимании, что она воспринимает его так, будто он отдает предпочтение другим пациентам, и злится из-за этого восприятия.

Пациентка продолжила, попросив терапевта найти время принять ее еще раз в конце дня после того, как он завершит свои дела. Терапевт ответил, что ее сеанс уже идет, но она, похоже, использует это время на то, чтобы попытаться навязать ему свою волю, вместо того чтобы исследовать, что она принесла на сеанс. Пациентка настаивала, что время текущего сеанса было ей настолько

неудобно, что, даже несмотря на то, что она здесь, она не может использовать это время эффективно. Терапевт прокомментировал, что настойчивость пациентки в вопросе организации дополнительного сеанса, наряду с отвержением ею возможности использовать текущий сеанс, указывает на желание наказать его. На поверхностном уровне она наказывала терапевта за то, что он не делал того, что она хотела, но на более глубоком уровне она наказывала и его, и саму себя, жертвуя возможностью использовать время с ним и воспринимать его как человека, который может ей помочь.

В ответ пациентка продолжала гневно рассуждать на тему того, почему терапевт не соглашается принять ее в конце дня. Терапевт объяснил, что для продвижения терапевтического понимания будет полезнее всего сфокусироваться на ее восприятии его как пренебрегающего и незаинтересованного, а также на ее усилиях превратить его, если понадобится, силой, в «отдающего» терапевта, который бы предоставил дополнительный сеанс. Пациентка не рефлексировала на комментарии терапевта, но использовала их, с тем чтобы еще более решительно утверждать, что он — теперь уже, с ее точки зрения, и по его собственному признанию — был пренебрежителен и незаинтересован. Она яростно настаивала на предоставлении ей другого сеанса и так часто прерывала попытки терапевта говорить, что он решил некоторое время помолчать.

После того как пациентка продолжила вновь и вновь повторять свои обвинения, терапевт подал голос, интересуясь, какую функцию несут повторные обвинения пациентки. Пациентка замолкла. Через несколько минут терапевт отметил, что пациентка смотрела на него с яростным и уничижительным выражением. Он поинтересовался, служит ли ее молчание той же цели, что и предыдущие повторения обвинений — сохранение антагонистичной атмосферы, которая делает невозможной совместную работу в попытке понять, что активировало ее ярость. Затем терапевт отметил, что направленные против него обвинения пациентки напомнили ему описания того, как мать вербально атаковала пациентку, когда та была ребенком, обвиняя ее в ужасных проступках, в то время как пациентка переживала себя как беспомощную жертву этой атаки. Далее терапевт высказал предположение, что отыгрывание пациенткой этой обвиняющей роли давало ей чувство силы и власти, и это ощущение могущества по отношению к нему, возможно, и было мотивирующим фактором ее ярости. Он продолжил, выразив эмпатию к тому, что чувствовать себя могущественной для пациентки, как правило, предпочтительнее, чем беспомощной жертвой, однако она, как кажется, может чувствовать свою власть только косвенным образом, на поверхности поддерживая идентичность жертвы. Он предположил, что таким образом проявлялась тревога и амбивалентность

по отношению к власти и ассертивности, поскольку пациентка связывала эти характеристики с их неприемлемыми крайними версиями, которые она неоднократно переживала со своей матерью. Он указал, что ее текущая система функционирования приводит к возникновению ситуаций, в которых кажется важнее достичь этого чувства власти, а не конкретной цели (в данном случае — дополнительного сеанса). Наконец, он высказал предположение, что ее амбивалентность по отношению к власти осложняла ее способность сознательно рефлексировать об этих стремлениях и, таким образом, удерживало ее от более эффективного применения своих сил для достижения желаемых целей. (Следует отметить, что эта интерпретация не была первой в своем роде, а продолжала линию интерпретаций, на протяжении многих сеансов, направленных на тенденцию пациентки отыгрывать в переносе агрессивные отношения со сменой ролей агрессора и жертвы).

Пациентка ответила, что хотя она все еще злится, она способна услышать слова терапевта и подумать о них. Терапевт поинтересовался, означает ли этот комментарий, что она способна рассмотреть возможную правдоподобность его мыслей, или же она сейчас воспринимает его как властную мать, которой должна подчиняться, а себя — как непослушную девочку, которая должна загладить вину. Пациентка ответила, что не чувствует, будто ей нужно заглаживать какую-то вину, и в конце сеанса ушла в значительно более расслабленном настроении.

В этом примере терапевт обращается к всемогущему контролю, который пациентка использовала, настойчиво требуя и заглушая его, лишив возможности высказаться. Терапевт интерпретирует происходящее в рамках диады «могущественный — беспомощный», которая представляла собой одну из основных трансферентных парадигм в терапии. Дальнейшие интерпретации более полно адресовались к глубинным мотивациям всемогущего контроля — защитить (во внутреннем мире пациентки) связь с воображаемым дающим объектом, наказать лишающий объект и защититься от возможного возмездия.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНИЧЕСКОЙ НЕЙТРАЛЬНОСТИ

Техническая нейтральность означает поддержание позиции, при которой не происходит объединения ни с одной из сил, вовлеченных во внутрипсихический конфликт: с влечениями пациента, которые могут сами между собой находиться в конфликте; с запретами влечений;

с ограничениями внешней реальности. Техническая нейтральность — это позиция равноудаленности от этих конкурирующих сил, которая способствует их наблюдению и пониманию — процессу, к которому мы приглашаем присоединиться пациента. С этой точки зрения терапевт волен комментировать любой материал, который предоставляет пациент, при условии, что он остается в союзе с доступным или потенциальным наблюдающим Эго пациента. Наблюдающее Эго — часть индивида, способная к восприятию и оценке как внутренних сил (импульсов и запретов), так и элементов внешней реальности, имеющих влияние на аффекты, мотивации и поведение этого человека. Наблюдающее Эго отличается от защитных аспектов Эго — таких высокоуровневых защит, как интеллектуализация, рационализация, подавление и реактивное образование.

Нередко возникает ошибочное понимание технической нейтральности и экспрессивной психотерапии в целом как требующих от терапевта быть пассивным и сохранять отстраненное отношение к пациенту. Между тем эффективный терапевт всегда активен, даже когда он слушает тишину; бдительная внимательность терапевта выражает его непрерывную заинтересованность в понимании и стабильную установку на наблюдение и устранение препятствий для построения более здоровых отношений и более полной реализации пациента в жизни. Поскольку терапевт явным образом объединяется со здоровым наблюдающим аспектом Эго пациента, мы можем сказать, что позиция нейтральности соответствует рамке, которая способствует развитию благополучия пациента.

У пограничных пациентов наблюдающее Эго может, порой, настолько ослабевать под напором более мощных сил, что создается впечатление, будто терапевт говорит из внешней позиции, не связанной ни с какой частью пациента. В подобных ситуациях терапевт должен указать, что он говорит за ту часть пациента, которая на данный момент отщеплена. Терапевт также входит в коммуникацию как «исключенная наблюдающая третья сторона», разрушая тотальный контроль над ситуацией со стороны внутренних диадических отношений, которые удерживают пациента от способности войти в глубокие, взаимные и близкие отношения.

Способность терапевта диагностировать, прояснять и интерпретировать преобладающую активную трансферентную парадигму на каждом этапе лечения зависит от позиции терапевта как нейтрального наблюдателя. Техническая нейтральность с невротическими пациентами описана как позиция, близкая к наблюдающему Эго пациента и равноудаленная от Ид, Суперэго, защитных аспектов Эго пациента и внешней реальности. Поскольку диссоциативный внутренний мир пограничных пациентов еще не консолидирован в связные структуры Эго и Суперэго, с этими пациен-

тами техническая нейтральность подразумевает равноудаленность от репрезентаций Я и объекта, пребывающих во взаимном конфликте, и равноудаленность от взаимноотщепленных, идеально хороших и идеально плохих диад объектных отношений; эти репрезентации и диады являются элементами, которые объединятся позже, формируя более связное Эго, Суперэго и интегрированную идентичность.

Напротив, недостатком нейтральности отличаются те интервенции терапевта, в которых он занимает одну из сторон конфликта пациента. Психотерапия, фокусированная на переносе, требует соблюдения общей нейтральной позиции, поскольку именно она позволяет терапевту наблюдать и понимать все силы, задействованные в конфликтах пациента, с тем чтобы анализировать взаимодействия между ними и вовлекать пациента в наблюдение и рефлексию по поводу частей его конфликта, развивая его способность разрешать эмоциональные конфликты и повышать свою автономность.

Следующий случай является примером того, как работать с позиции технической нейтральности и как это может отличаться от поддерживающей терапии:

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: ТЕХНИЧЕСКАЯ НЕЙТРАЛЬНОСТЬ

Молодая женщина, работающая в банковской сфере, обладающая острым умом и имеющая высокоуровневую пограничную организацию личности, обратилась в связи с тем, что ее регулярно увольняли с работы, поскольку она начинала резко и агрессивно общаться со своими начальниками. Ее первый терапевт, который проводил поддерживающую терапию, рекомендовал пациентке найти работу в сфере продаж, сочтя, что ее «напор и ассертивность» в таком контексте будут более уместны. Пациентка согласилась, однако на новой позиции столкнулась с теми же межличностными трудностями. Поддерживающий терапевт не соблюдал нейтральность, а объединился с защитными аспектами Эго пациентки и постарался принять ее агрессию с помощью рационализации, вместо того чтобы исследовать эту агрессию и ее роль во внутренних и межличностных конфликтах пациентки. Затем пациентка перешла к ТФП-терапевту, который выбрал последний подход. Исследуя агрессию пациентки в контексте ее общей психической структуры, удалось выяснить, что агрессия представляла проявление Я-репрезентации, обороняющейся от очень зависимой и более глубокой Я-репрезентации. Пока этот аспект Я оставался скрытым, пациентка повторяла свое неэффективное

агрессивное поведение, поскольку это поведение было основано не на недвусмысленном стремлении к конкуренции, а на стремлении к зависимости, которое бессознательно переводила агрессивную ассертивность пациентки в неудачу, в качестве компромисса. Эта неудача 1) была косвенной и неуклюжей попыткой попросить о помощи, о которой она не могла попросить напрямую, и 2) обеспечивала повторяющееся наказание, которого пациентка заслуживала, как она чувствовала на бессознательном уровне, за свои зависимые желания и за агрессивные действия. Если бы терапевт не сохранял нейтральность, сложное переплетение этих сил так и не удалось бы понять.

Второй пример иллюстрирует, как нейтральность становится проблемой в ходе лечения и взаимодействует с контрпереносом:

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: НЕЙТРАЛЬНОСТЬ И КОНТРПЕРЕНОС

Мария, 33-летняя способная пациентка, из бедной семьи, начала терапию исходя из следующих целей: улучшить свое хронически депрессивное настроение, установить стабильные отношения с целью завести семью, прекратить злоупотребление психоактивными веществами и завершить учебу в колледже, чтобы устроиться на более высокооплачиваемую и интересную работу. Для движения к последней цели она вместе со своим терапевтом, доктором Карлой, пришли к соглашению, что в рамках лечения она продолжит работать днем и начнет посещать два курса в колледже по вечерам. Терапия продвигалась в целом хорошо в течение шести месяцев. Мария получала хорошие отзывы от преподавателей, хотя и не была первой в группе. Затем она начала один из сеансов со слов: «Я ухожу из колледжа [как уже бывало три раза до этого] и ухожу из терапии! Я устала от всего этого давления, которое вы оказываете на меня, чтобы я посещала колледж».
Контртрансферентная реакция доктора Карлы отразилась в ее мыслях: «Это катастрофа. Как мне не дать ей разрушить свой шанс?» Она начала думать об аргументах, чтобы убедить Марию продолжить обучение в колледже и терапию. Затем она поймала себя на осознании, что нейтральная позиция будет более терапевтичной. Она сказала: «Помните, как мы начинали нашу с вами работу? Похоже, что идея окончить колледж была озвучена вами». Мария согласилась. Доктор Карла продолжила: «Поэтому интересно, что на этом этапе вы говорите об усталости и обо «всем этом давлении», которое я на вас оказываю.

Мария слушала, и доктор Карла продолжила: «Возможно, что вас разрывает между одной частью, которая хочет окончить колледж, и другой частью, которая оказывает на вас такое давление, что становится «чересчур»? Мария продолжала слушать. Доктор Карла продолжала: «Возможно, проще думать, что давление происходит снаружи — таким образом вы можете сбежать от него и уйти из терапии. Но мне интересно, не происходит ли более мощное давление изнутри вас? В конце концов, кажется, что ваши дела идут хорошо, но этого может быть недостаточно, чтобы удовлетворить ваши внутренние требования. Возможно, именно поэтому вы и уходили предыдущие три раза. Вы не «вылетали» за неуспеваемость, но, вероятно, вы живете с такими жесткими внутренними требованиями, что пытаетесь сбежать от них, бросая начатое, и, когда это не срабатывает, принимаете наркотики. Возможно, мы с вами обнаружили здесь что-то, над чем очень важно продолжать работать». Мария согласилась, приняв переосмысление, предложенное доктором Карлой, о попытке экстернализовать между ними свой внутренний конфликт, и продолжила терапию. Если бы доктор Карла не стала придерживаться нейтральности и начала убеждать Марию остаться в колледже, Мария, вероятно, закончила бы терапию, думая, что она может уйти от оказываемого на нее давления.

В этом случае терапевт мог добавить: «Ваша модель поиска причины, чтобы отказаться от планов, которые мы сформулировали, могла поставить меня в положение, при котором я бы выступала от лица вашего стремления участвовать в более осмысленных видах деятельности. Однако, как вы знаете, только от вашего решения зависит, какой жизнью вы будете жить — активной или пассивной. Это правда, что эта терапия отдаст предпочтение активной жизни перед пассивной, но вы вольны выбирать, и я могу помочь вам найти терапию, которая поможет вам лучше приспособиться к жизни, которую вы ведете, если вы захотите». Зачастую, когда терапевт показывает, каким образом пациент проецирует одну из сторон конфликта, пациент получает возможность признать этот конфликт и работать с ним.

Таким образом, техническая нейтральность позволяет терапевту анализировать бессознательные конфликты пациента с позиции заинтересованной объективности, не теряя при этом всей перспективы, что происходит в случае объединения с одной из сторон конфликта. Классическим примером может быть ситуация, когда терапевт не говорит что-то вроде: «Похоже, вас одолевает такое чувство вины из-за мыслей об измене жене, что я не думаю, что вам стоит это делать», а вместо этого исследует чувство вины, различные задействованные желания и их значение.

Важно подчеркнуть, что *поддержание технической нейтральности не подразумевает плоского и безличного стиля общения*. Именно по причине слабости наблюдающего Эго пограничных пациентов терапевту следует во время коммуникации выражать аффект естественным образом, а в те моменты, когда здоровая, наблюдающая часть пациента переполнена интенсивным аффектом, — говорить твердо, в то же время сохраняя эмоциональную теплоту и заинтересованность. Теперь, обозначив роль технической нейтральности, мы перейдем к обсуждению тех ситуаций, когда терапевт может быть вынужден отклониться от нее.

Отклонения от технической нейтральности

Если в психодинамическом лечении относительно здоровых пациентов техническая нейтральность может поддерживаться постоянно, склонность пограничных пациентов к отыгрываниям, опасным для себя, для других или для лечения, может требовать, чтобы терапевт иногда стратегически отклонялся от нейтральности. Техническая нейтральность, таким образом, является желательной базовой линией, от которой могут происходить отклонения. Когда такие отклонения случаются, нейтральность всегда должна быть восстановлена в дальнейшем путем интерпретации.

Отклонения от нейтральности мотивированы необходимостью твердо обозначить формы отыгрывания, которые угрожают пациенту, окружающим или самому лечению. Обычных поддерживающих аспектов терапевтической ситуации (такие как усилия терапевта, направленные на понимание пациента, частота и регулярность сеансов, открытость и понимание со стороны терапевта) иногда может быть недостаточно для обеспечения поддерживающей среды для таких пациентов, и, в действительности, они могут восприниматься пограничными пациентами как интрузивные, опасные и переполняющие. Таким образом, терапевт может быть вынужден отклониться от нейтральности и ввести структурирующие параметры для контроля над отыгрыванием или над риском отыгрывания. Например, терапевт может высказать такое мнение: «То, что на поверхности выглядит как бунт, на самом деле может быть самонаказанием за подобный бунт, и вам не стоит поддаваться этому искушению бросить школу».

В течение того времени, пока эти параметры — конкретные, фокусированные, преходящие позиции, которые занимает терапевт, — имеют действие, интерпретация бессознательного конфликта, контролируемого этими параметрами, ограничена потребностью сфокусироваться на самом параметре и на том, что означает, когда пациент ставит терапевта в поло-

жение, где ему приходится действовать подобным образом. Терапевт должен продолжать исследовать и интерпретировать те значения, которые пациент приписывает действиям терапевта, а также объяснять собственное поведение внутри такого взаимодействия. Этот шаг может запустить процесс, при котором параметры постепенно можно будет свести к минимуму и продолжить интерпретации основного конфликта в новой перспективе.

Возврат к технической нейтральности

Поскольку техническая нейтральность фасилитирует интерпретацию переноса, необходимо, чтобы терапевт стремился восстановить позицию нейтральности. Вспомним о предыдущем клиническом примере работы с Марией. Если бы она по-прежнему стояла на том, что не заинтересована продолжать учебу, доктор Карла могла бы выйти из нейтральной позиции и высказать то, что она *действительно* думала о том, как для Марии важно не бросать учебу, и объяснила бы почему. Если бы ситуация сложилась таким образом, то, после того как Мария проявила бы готовность продолжить обучение, доктор Карла открыто признала бы, что заняла определенную сторону, поддерживая один аспект конфликта, а затем обсудила бы с Марией, почему и как это произошло. Таким образом, терапевт вернулся бы к более нейтральной позиции. Это отражено в следующем комментарии:

> На прошлой неделе я посоветовала вам не бросать школу, поскольку в тот момент вы будто бы временно поместили в меня собственную заботу о себе, в то же время проверяя, окажусь ли я безразличной и позволю ли вам пойти по наклонной. Теперь, когда вы вернулись на учебу, думаю, будет важно, чтобы мы обсудили все ваши чувства по поводу этого возвращения — как позитивные, так и негативные. И я думаю, что нам стоит также обсудить, что для вас означает моя позиция настоятельно рекомендовать вам остаться в школе.

Когда терапевт отклоняется от технической нейтральности, он сталкивается с опасностью выглядеть для пациента запрещающим, осуждающим, контролирующим и даже садистичным, рискуя запустить порочный круг проекций и реинтроекций объектных и Я-репрезентаций пациента. Терапевт может противодействовать этой опасности, интерпретируя перенос, затем, по мере необходимости, вводя структурирующие параметры и, наконец, вновь интерпретируя перенос, сохраняя в силе параметры. Вот пример подобного взаимодействия: «Имея в виду ваше

щекотливое положение в глазах общественности, мне пришлось указать вам на опасность, связанную со случайными знакомствами с мужчинами в вашем клубе. Я счел, что необходимо предупредить вас об этом, поскольку в тот момент вы сами не проявляли достаточно заботы о себе. Вы нуждались в том, чтобы проверить искренность моей заботы о вас и о нашем лечении».

Чтобы терапевт мог поддерживать оптимальный уровень внутренней свободы для исследования собственных эмоциональных реакций и фантазийных образований в связи с материалом пациента, он должен быть особенно осторожен с отклонениями от технической нейтральности, оставляя это лишь на тот случай, когда намерение или поведение пациента представляет угрозу лечению, которую нельзя разрешить прояснением, конфронтацией и интерпретацией. В остальных ситуациях важно последовательно поддерживать отношение абстиненции — а именно, не поддаваться требованиям немедленного удовлетворения примитивных зависимых, агрессивных или сексуальных потребностей пациента в рамках переноса,— и интерпретировать эти требования всесторонне и систематически. Гуманность, теплота и забота терапевта естественным образом проявятся в неусыпном внимании и в работе с трудностями пациента в переносе, а также в способности терапевта абсорбировать давление со стороны примитивных потребностей пациента, вместо того чтобы реагировать на него.

Важно не позволять терапевтическим отношениям, с их удовлетворяющим и покровительствующим характером, заменять обычную жизнь, и не удовлетворять примитивные потребности пациента в переживании переноса (т. е. зависимости) во время сеансов и между ними. Хотя пациенты обычно приходят на терапию с заявленной целью достичь изменений, часто у них в то же самое время присутствует конкурирующее стремление использовать терапию для удовлетворения потребностей, которые не могут быть удовлетворены нигде больше. В этом случае пациенту стоит указать на это дестабилизирующее цели терапии стремление:

> В начале терапии вы, казалось, были очень озабочены неудачами, постигшими вас в попытках найти мужчину для создания семьи. Каким-то образом, за месяцы нашей с вами работы, вам, видимо, удалось развить в себе более спокойное состояние, при котором — как во время, так и между сеансами — на работу над вашими отношениями уходит меньше энергии. В то время как, с одной стороны, хорошо быть более спокойным, с другой стороны, возможно, нам стоит подумать о более тонких процессах. Может ли быть так, что, хотя вы пришли на терапию ради изменений, вы оказались в отношениях со мной, которые

кажутся стабильными и комфортными, и что этот комфорт теперь превалирует над желанием измениться? Кажется, с вашей стороны было бы несправедливо отказаться от цели создать собственную семью и остаться с идеей, что наиболее удовлетворяющие отношения, которые вы можете найти в жизни, ждут вас здесь.

Таким образом, терапевт должен проявлять бдительность по отношению к этой вероятной вторичной выгоде лечения и быть готовым интерпретировать ее.

В некоторых случаях пациент, который начинает терапию на очень низком уровне функционирования, может требовать практических интервенций, чтобы начать путь к развитию автономности. В таких случаях терапевт может использовать вспомогательные системы социальной поддержки (такие как помогающие консультанты, медсестры, консультанты по развитию карьеры), вместо того чтобы применять прямые интервенции во внешнюю жизнь пациента и таким образом терять техническую нейтральность. Впоследствии терапевт должен мониторить ситуацию и быть готовым к риску, что пациент использует вспомогательную часть системы для удовлетворения зависимых потребностей.

Следующий случай — пример нейтральности в работе с риском саморазрушающего поведения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: НЕЙТРАЛЬНОСТЬ И САМОРАЗРУШАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ

Пациентка сообщила, что у нее развился паттерн пропускать работу по утрам и ходить вместо этого на станцию метро, где часами размышлять о том, чтобы броситься под поезд. У ее терапевта возникло стремление организовать систему телефонных звонков пациентке и ее мужу, с тем чтобы постараться прекратить это поведение. Терапевт не стал действовать согласно этому стремлению, а вместо этого исследовал свою реакцию переноса и затем провел следующую интерпретацию: «Вы знаете, что я хочу, чтобы вы жили [альянс со здоровой частью пациентки, которая не видна в текущей ситуации], но я не могу контролировать вас или гарантировать этого. Сейчас вы пытаетесь поместить в меня ту часть вас, которая стремится к жизни, чтобы вы могли более полно идентифицироваться с той частью вас, которая атакует и угрожает разрушить вас. Здесь важно понять несколько вещей. Одна из них заключается в том, что у вас, похоже, есть фантазия, что пока я хочу, чтобы вы жили, я могу как-то спасти вас, независимо от того,

что вы сделаете. Кроме того, вы действуете так, словно разрушительная часть вас каким-то образом сможет выжить и порадоваться тому, что вы умерли, в то время как на самом деле эта часть тоже умрет. Но прежде чем мы сможем исследовать все это, я должен подчеркнуть, что ваша попытка поместить в меня эту часть вас, которая хочет жить, чтобы почувствовать себя свободной полностью идентифицироваться с вашей деструктивной частью, является ошибочной позицией. Она отрицает факт, что внутри вас происходит конфликт. Хотя деструктивная часть подавляет ту, которая хочет жить, моя задача заключается в том, чтобы указать вам, что обе части принадлежат вам, и мы должны рассмотреть конфликт в той форме, в которой он в вас происходит».

Пациентка согласилась с этой интерпретацией, пояснив далее, что ей было проще представить, что внутри нее нет никакого конфликта, и признав, что некий конфликт должен иметь место, поскольку она не пошла до конца и все-таки не прыгнула под поезд. Терапевт и пациентка продолжили исследовать внутреннюю динамику садистичной атаки и то, как она отыгрывалась в переносе, когда пациентка мучила терапевта сообщениями о готовности совершить суицид. В этом примере, хотя терапевт и озвучил свою позицию («Я хочу, чтобы вы жили»), он сохранял техническую нейтральность, фокусируясь на конфликте внутри пациентки, а не разыгрывая конфликт между пациенткой и собой, принимая на себя роль спасителя.

Воздержание от объединения с одной из сторон

Пациент часто пытается побудить терапевта объединиться с одним из аспектов Я против другого или, временами, объединиться еще против кого-то. В любом случае потворство терапевта таким попыткам нарушает техническую нейтральность, если только терапевт не принимает сторону, которую однозначно занимает здоровое наблюдающее Эго. Как было сказано ранее, терапевт нейтрален *в пределах рамки, которая способствует росту и благополучию пациента*. Общий принцип заключается в том, чтобы обращаться с пациентом так, будто это взрослый человек, способный к некоторой рефлексии. Таким образом, терапевт коммуницирует со здоровым наблюдающим Эго пациента и избегает опасности быть вовлеченным в разыгрывание примитивных отношений. Другими словами, терапевт избегает «засасывания» в разыгрывание переноса-контрпереноса, наблюдая при этом силу, увлекающую его в этом направлении, и используя свои наблюдения для интерпретации динамики взаимодействия. Техническая нейтральность и осознание контрпереноса идут рука об руку.

Тем не менее, как было сказано ранее, бывают ситуации, когда терапевт занимает какую-либо сторону, если это однозначно связано с защитой пациента, кого-то другого или лечения от агрессивных влечений. Это бывает наиболее очевидно при начальном структурировании лечения и при возникновении любой необходимости установления дополнительных границ. Если, однако, терапевт регулярно обнаруживает себя в положении, где он занимает сторону жизни против агрессии, ему стоит рассмотреть необходимость проинтерпретировать экстернализацию внутреннего конфликта, как это описано в обсуждении проекции (см. подраздел «Уровень 1: Интерпретация примитивных защит»).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНТРПЕРЕНОСА

Контрперенос — третий канал коммуникации между пациентом и терапевтом — после вербальной коммуникации пациента и невербального поведения. Мы рассматриваем контрперенос как всю совокупность эмоциональных реакций терапевта на пациента в любой момент времени; это соответствует современному пониманию этого феномена в психоаналитической литературе (Auchinloss & Samberg, 2012). Контртрансферентные реакции терапевта определяются 1) переносом пациента по отношению к терапевту, 2) реальностью жизни пациента (терапевт может иметь личные реакции на обстоятельства жизни пациента), 3) собственными предрасположенностями терапевта касательно переноса, что определяется его внутренним миром (в силу этого аспекта контрпереноса терапевт должен осознавать собственные привычные реакции, и ему рекомендуется пройти собственную исследовательскую терапию), и 4) реальностью жизни терапевта (например, не испытывает ли терапевт фрустрацию в своем браке таким образом, что соблазнение со стороны пациентки влияет на его реакции?). Влияние этих четырех факторов на контрперенос делает особенно важным для терапевта стараться отделять источники собственных внутренних переживаний от отношения к пациенту. Как правило, чем серьезнее болен пациент, тем значительнее влияние переноса в активации реакций контрпереноса. Это объясняется тем, что пациенты с более серьезной патологией используют более примитивные защитные механизмы, в особенности проективную идентификацию, которая имеет склонность индуцировать элементы внутреннего мира пациента в терапевте в рамках усилий пациента избежать переживаний всей интенсивности его внутреннего конфликта. Следовательно, с пограничными пациентами, особенно с низкоуровневыми пограничными пациентами, значительная доля реакций контрпереноса

определяется интернализованными объектными отношениями пациента, когда они начинают проявляться по отношению к терапевту.

Контрперенос терапевта может быть либо конкордантным, либо комплементарным (Racker, 1957). Конкордантная идентификация в контрпереносе возникает, когда терапевт испытывает аффективную идентификацию с текущим аффективным переживанием пациента (которое пациент может в большей или меньшей степени осознавать). Иными словами, терапевт испытывает эмпатию к текущей Я-репрезентации пациента. Можно сказать, что, переживая конкордантный контрперенос, терапевт через экспериментальную идентификацию узнает, что чувствует пациент.

Комплементарная идентификация в контрпереносе — это, напротив, идентификация с тем, что пациент не может выносить в себе и проецирует на терапевта. Если пациент идентифицируется с Я-репрезентацией, терапевт может быть идентифицирован с объектной репрезентацией, входящей в активную на данный момент диаду. Если пациент идентифицируется с объектной репрезентацией, он может проецировать свою Я-репрезентацию на терапевта, что ведет к соответствующей идентификации в контрпереносе[1].

Комплементарный контрперенос может давать хорошее представление об отщепленных объектах пациента и, таким образом, о всей совокупности текущей диады. Например, если пациент говорит: «Я провалил экзамен» — и затем замолкает, терапевт может почувствовать печаль. Что будет представлять собой конкордантный контрперенос, и в таком случае терапевт может сказать: «Может быть, вы замолчали потому, что печалитесь и разочарованы, и думаете, что это конец света». Однако в той же самой ситуации, терапевт может почувствовать гнев и критический настрой по отношению к пациенту. Что будет представлять собой комплементарный контрперенос, и в таком случае терапевт может сказать: «Возможно, вы замолкли, потому что думаете, что я собираюсь критиковать вас». Здесь терапевт осознает, что его гнев — это идентификация с персекуторным объектом, который проецирует пациент. Конкордантный контрперенос включает идентификацию терапевта с частью психики пациента, которую пациент переживает как себя самого; внутренний опыт терапевта соответ-

---

[1] Понятия Я-репрезентация и объектная репрезентация представляют собой упрощение. Это упрощение не говорит о том, что пациент полностью идентифицируется с ними. Другими словами, на более глубоком уровне и Я-репрезентация, и объектная репрезентация, на самом деле, являются Я-репрезентациями. В упрощенном применении этих терминов Я-репрезентация — это полюс диады, с которым пациент иентифицируется более сознательно, в то время как объектная репрезентация — это полюс диады, который пациент склонен помещать в другого или отыгрывать без полного осознавания значимости этого действия.— *Примеч. авторов.*

ствует опыту пациента — той Я-репрезентации, которую пациент осознает. Комплементарный контрперенос включает идентификацию терапевта с объектной репрезентацией, соответствующей текущей проецируемой Я-репрезентации пациента.

Контрперенос терапевта может перемещаться между конкордантным и комплементарным в рамках определенной диады отношений, которая в данный момент активна в пациенте. Помимо этого, контрперенос может меняться в соответствии со сдвигами в диаде, которые определяют субъективный опыт пациента от момента к моменту. Осознание терапевтом собственного контрпереноса и его взаимосвязи с внутренним объектным миром пациента играет ключевую роль в применении стратегий интервенций, которые были приведены выше.

Реакции контрпереноса терапевта можно также классифицировать как острые и хронические. *Острые реакции контрпереноса* потенциально очень полезны в лечении. Они могут чередоваться в ходе каждого сеанса в соответствии с развитием процесса переноса. *Хронические реакции контрпереноса* вызывают больше сложностей, обычно отражая хронические, неразрешенные процессы переноса и контрпереноса либо тупиковые ситуации. Такие реакции могут начинаться исподволь, нарастая в течение многих недель или даже месяцев, и затрагивать позицию технической нейтральности терапевта, подводя его к обнаружению слепых пятен в своем восприятии внутреннего мира пациента.

В клинической практике терапевту помогает осознавать реакции контрпереноса ясное понимание условий лечения, перечисленных в контракте. Любая тенденция к отклонению от установленной рамки лечения или принятие отклонений со стороны пациента должна рассматриваться как признак реакции контрпереноса, соответствующий какому-то элементу во внутреннем мире пациента. Например, если терапевт обнаруживает, что согласен с заявлением пациента о том, что необходимость посещать все сеансы является ригидной и жестокой, ему следует воздержаться от действий, которые направлены на изменение этой необходимости, и исследовать перенос в рамках диады отношений, которая включает ригидную, жесткую и, вероятно, садистичную фигуру. Терапевту следует внести этот материал в свою постоянно развивающуюся внутреннюю формулировку — например, таким образом: «По отношению к этому пациенту я начинаю чувствовать себя наказывающим и садистичным. Стоит понаблюдать аффект, связанный с этой диадой отношений, а также помнить о том, что полюса диады могут чередоваться, поэтому можно ожидать, что я окажусь на другом полюсе, где буду на более глубоком уровне или на более позднем этапе лечения мишенью для кого-то наказывающего и садистичного».

Если терапевт не осознает свой контрперенос и необходимость исследовать его в терминах объектных отношений, он рискует начать отыгрывать его таким образом, что это может столкнуться с сопротивлением пациента. Например, терапевт может на самом деле решить, что пациент прав и что ему не стоит требовать от него регулярного посещения сеансов. Эта реакция оставит, на поверхностном уровне, позитивные отношения нетронутыми, но, на самом деле, на более глубоком уровне, может представлять собой негативные отношения, которые остаются неисследованными, пока терапевт принимает эту позицию, и могут привести в результате к тому, что терапевт откажется от усилий, необходимых для помощи пациенту. Следовательно, пациент и терапевт объединятся в ситуации, которая внешне кажется дружелюбной и поддерживающей, но защищает от более глубокого уровня внутреннего мира, задействующего безответственные, пренебрегающие или даже эксплуатирующие элементы отношений, которые теперь совместно и согласованно отыгрываются, чтобы избежать исследования.

Поскольку реакции контрпереноса могут брать начало как во внутреннем мире пациента, так и терапевте, последний должен быть открыт к исследованию источников своих реакций. Это особенно важно в тех случаях, когда пациент комментирует поведение терапевта (например: «Вы выглядите рассерженным» «Вы посмотрели на мое декольте»).

Отслеживание контрпереноса, очевидно, дает ключ к пониманию примитивных защитных процессов проективной идентификации и расщепления пациента, а также к пониманию природы частичных объектных репрезентаций во внутреннем мире пациента. Говоря вкратце, реакция терапевта предоставляет важные сведения, касающиеся основного вопроса ранней фазы лечения: «Как этот пациент строит со мной отношения?» — ответ на который часто можно найти, обдумывая другой вопрос: «Как он заставляет меня себя чувствовать?»

Дополнительные замечания о реакциях контрпереноса

Наряду с присоединением к наблюдающему Эго пациента, терапевту важно найти в пациенте какой-то располагающий, аутентичный аспект, потенциальную зону роста Эго, которая будет составлять изначально небольшое, но вместе с тем необходимое основание для аутентичной коммуникации между терапевтом и пациентом. Другими словами, позиция технической нейтральности терапевта подразумевает аутентичную преданность тому, что, как он ожидает или надеется, представляет собой

доступное ядро межличностной заинтересованности, простой человечности в пациенте — ядро, которое предполагает наличие способности к аутентичной зависимости и установлению терапевтических отношений, несмотря на проблемы, которые привели пациента на терапию.

Комментарии терапевта начинаются с имплицитного альянса между ролью терапевта и аспектом личности пациента, который обращен на поиск отношений, что является фундаментом для последовательной интерпретации тех аспектов внутренней жизни пациента и его внешнего поведения, которые отражают отщепленные частичные репрезентации Я и других, носящих чисто садистический или идеализированный характер. Вначале терапевту, вероятно, остается лишь предполагать наличие некой нормальной Я-репрезентации, заключенной внутри кошмарного внутреннего мира пациента, и это предположение позволяет терапевту систематически конфронтировать с заключением пациента в этом мире, при этом не приравнивая интерпретации примитивных частей к нападению на Я пациента. Это означает, что, несмотря на проекцию, например, жесткого Суперэго пациента на терапевта и последующее восприятие любых критичных комментариев от терапевта как жестокой атаки, которую нужно отразить, терапевту важно придерживаться двух принципов: 1) принципа морали, не становясь моралистичным, и 2) критического, аналитического настроя, не позволяющего поддаваться соблазну идентификации с проецируемыми садистическими образами и искушению выстраивать оборонительный стиль коммуникации, который подкрепляет отрицание жестокой агрессии, укорененной во внутреннем мире пациента.

Провокативное поведение может заставлять терапевта переходить из позиции технической нейтральности и аутентичной человеческой заботы в одну из следующих ролей: садистичный преследователь пациента или безразличный Другой, который эмоционально отстраняется от пациента. Иногда псевдововлеченность терапевта в лечение — дружелюбный фасад, отрицающий агрессию в переносе — контрпереносе, может формировать на поверхностном уровне позитивную терапию, но лишенную возможности разрешить процессы отрицания и расщепления, которые удерживают пациента в параноидно-шизоидной позиции и делают невозможными глубокие межличностные отношения.

Поскольку терапевт в ходе лечения подвергается влиянию мощных эмоциональных сил, защита честной вовлеченности в процесс со стороны терапевта требует его объективной безопасности. Когда бы терапевт ни почувствовал угрозу, первым шагом необходимо обеспечить свою физическую, эмоциональную и юридическую безопасность. Безопасность должна предшествовать

любым другим размышлениям, поскольку она представляет собой непременное условие для аутентичной вовлеченности в психотерапевтические мероприятия и, таким образом, является основополагающей гарантией выживания и эффективности терапии. Адекватная терапевтическая вовлеченность требует постоянного поддержания реалистичного чувства возможного. Напротив, принятие на себя мессианской роли помощника и спасителя невозможных случаев — «хождение по воде» с целью предоставить таким пациентам «корректирующий эмоциональный опыт» полного посвящения себя другому человеку перед лицом его провокативного поведения — может создать риск, что терапевт будет отрицать негативные аспекты контрпереноса, и это отрицание, в свою очередь, может вести к постепенному, бессознательному, а затем и сознательному накоплению и отыгрыванию негативных чувств в контрпереносе, что может заставить терапевта оборвать лечение. Толерантность к сильным негативным реакциям контрпереноса с пациентами, чей перенос может включать интенсивную проецируемую ненависть, критически важна для понимания роли ненависти в динамике пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Наша коллега, один из опытных терапевтов, чувствовала себя полностью парализованной в присутствии пограничной пациентки, чья повседневная жизнь разрушалась хроническими садомазохистическими отношениями с мужчинами, вспышками физической агрессии, нестабильностью на работе и булимией. Во время сеансов пациентка разваливалась в кресле и гневно жаловалась на все то, что происходило в ее жизни, переключаясь с одной темы на другую и говоря монотонным голосом, даже не глядя на терапевта. Психотерапевт чувствовала, что эти бесконечные чередующиеся жалобы обессиливают ее и интуитивно испытывала злость на унылое, пассивное, имплицитно надменное и высокомерное поведение пациентки во время сеансов.

Пациентка описывала свою мать как грандиозную, эгоистичную, надменную и пренебрежительную и в своих жалобах подразумевала, что, пока терапевт не предпринимает ничего, чтобы изменить ежедневные страдания пациентки, она ведет себя точь-в-точь, как мать пациентки. Только внутреннее исследование терапевтом своего стабильного, интенсивного контрпереноса привело ее к осознанию, что пациентка вела себя по отношению к ней, как ее собственная мать вела себя по отношению к пациентке, и это позволило терапевту анализировать доминирующую ситуацию переноса. Таким образом, терапевт трансформировала бесконечный поток жалоб пациентки

и мрачные внутренние реакции в активное исследование отношений между грандиозной, высокомерной, пренебрегающей матерью и ее беспомощной, парализованной жертвой, когда пациентка стала по очереди разыгрывать обе эти роли в переносе.

Строгое и последовательное соблюдение рамки психотерапевтического лечения должно предоставить терапевту реалистичную безопасность, которая позволит ему проводить исследование контрпереноса без неоправданного побуждения к немедленным действиям. Тем не менее случается, что провокативное поведение пациента подводит терапевта к некоторой степени отыгрывания контрпереноса (т. е. интервенции терапевта становятся контаминированы его собственными эмоциональными реакциями). Пациенты, исполненные чувства ненависти, могут с триумфом отметить, что терапевт говорит с напряженной, гневной интонацией; терапевту следует признать это поведение, ни отрицая его, ни реагируя излишним чувством вины. На самом деле, эпизодическая утрата позиции технической нейтральности в реакциях терапевта может выражать и его человечность, и ожидаемые последствия крайне садистичного или провокативного поведения пациента.

Для терапевта важно установить границы, в пределах которых его время, пространство и жизненная ситуация могут испытывать влияние пациента, и строго придерживаться этих границ, не выходя за них в реакциях на конкретные проявления переноса. Последовательность в поведении терапевта поможет ему диагностировать тенденцию к отыгрыванию контрпереноса и отследить истоки этой реакции до анализа всей ситуации переноса-контрпереноса. Необходимо, чтобы терапевт защищал целостность терапевтического сеттинга, физическую целостность и пространство своего окружения, а также приватность собственной жизни вне терапевтических отношений с пациентом. Агрессивные и либидинальные части пациента могут быть естественным образом направлены на границы отношений с терапевтом, ставя их под удар в попытке сместить терапевта с позиции технической нейтральности к отыгрыванию части одного из внутренних конфликтов пациента.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ИСКУСНОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Искусство интерпретации — уровень компетентности в ее формулировании и передаче — зависит от четырех дополнительных критериев: 1) ясность, 2) темп, 3) уместность и 4) глубина.

ЯСНОСТЬ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Ясность интерпретации относится к точности и прямоте коммуникации терапевта. Даже несмотря на то, что интерпретация — это гипотеза относительно интрапсихического функционирования пациента, лучше формулировать интерпретации прямо и ясно. Хотя степень уверенности терапевта в интерпретации может колебаться, а интонация и выразительность могут отражать эти колебания, нерешительное высказывание интерпретаций, как правило, свидетельствует об отыгрывании контрпереноса. Если интерпретация неверна, ее неточность станет очевидна. Медлительное, нерешительное формулирование интерпретаций обычно замедляет темп терапии.

ПРИМЕР НЕДОСТАТКА ЯСНОСТИ

На этапе терапии, когда пациентка сообщила о нарастании чувства депрессии и возвращении суицидальных мыслей, терапевт порекомендовал ей проконсультироваться с психиатром, ответственным за ее медикаментозное лечение. Во время терапевтического сеанса после этой консультации пациентка отозвалась о психофармакологе как об идиоте, чьи рекомендации ничего не стоят.

Терапевт заметил: «Думаю, то, что вы говорите про доктора Саттона, имеет некоторое отношение ко мне. Вы знаете, что я работаю в команде с ним. Похоже, вы негативно реагируете на него, и я полагаю, что у вас есть определенные негативные чувства по отношению ко мне. Это может быть как-то связано с вашим депрессивным настроением и суицидальными мыслями. Иногда люди завидуют тому, кто может помочь им. Возможно, поэтому вы так негативно реагируете. И это может расстроить вас, потому что часть вас действительно ищет помощи».

ТА ЖЕ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ, ПРОВЕДЕННАЯ С ДОСТАТОЧНОЙ ЯСНОСТЬЮ

«Вы реагируете на попытки доктора Саттон помочь вам с презрением. Возможно, ваши возобновившиеся суицидальные мысли — это выражение презрения и к моим усилиям помочь вам. Ваша депрессия может быть реалистичным ответом на конфликт, который происходит в вашей психике прямо сейчас между той стороной вас, которая отчаянно хочет помощи, и другой — подозрительной и гневной, которая атакует

тех, кто предлагает помощь. Пожалуй, это действительно непростая дилемма».

БЫСТРОТА ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Чтобы интерпретативный процесс достигал максимального эффекта, интерпретация должна быть сформулирована своевременно. Фрагментированный характер вербальных коммуникаций пограничных пациентов является одной из основных причин несоответствующей быстроты интерпретации. Такая фрагментация может отражать защитное избегание травматических переживаний («центральная фобическая позиция», описанная Грином [Green, 2002] или агрессивная «атака на связь» [Bion, 1967] и отказ от мышления). Во время наших наблюдений на супервизиях мы обнаружили, что некоторые терапевты склонны слишком долго ждать, прежде чем начать интерпретацию. Обычное объяснение терапевта в таком случае состоит в необходимости собрать больше сведений и убедиться в точности интерпретации. Однако, как кажется, многие терапевты регулярно, иногда неделями, откладывают интерпретации из-за тревоги по поводу реакции пациента. Эта тенденция отражает общее нежелание многих терапевтов принять то, что они являются важными объектами в жизни пациента и что процесс терапии требует, чтобы во время сеансов разворачивались наиболее интенсивные эмоции пациента.

С учетом приведенного предостережения о риске откладывания, интерпретации должны использоваться, только когда 1) терапевт чувствует достаточную ясность для того, чтобы сформулировать гипотезу на основе сообщений пациента и/или наблюдений во взаимодействии с ним; 2) терапевт обоснованно уверен, что, если он поделится этой гипотезой с пациентом, она может расширить знания пациента о себе либо, оказавшись ошибочной, внесет вклад в лучшее понимание ситуации терапевтом; и 3) маловероятно, что пациент сможет с легкостью прийти к этой гипотезе без помощи интерпретации. Пока эти три условия не соблюдены, терапевту следует либо хранить молчание, либо использовать техники прояснения и конфронтации (если только не потребуется ранняя глубинная интерпретация, о чем пойдет речь ниже, в подразделе «Глубина интерпретации»). При соблюдении этих условий интерпретация должна прозвучать при первой возможности, поскольку, помимо терапевтической ценности, она позволяет оценить реакцию пациента, в том числе: 1) готов ли пациент слушать; 2) может ли пациент сделать что-то с интерпретацией, например расширить ее или привести дополнительные ассоциации; и 3) как пациент воспринимает интерпретацию в контексте отношений с терапевтом —

как плодотворное развитие понимания, как свидетельство магических способностей терапевта, как нарциссическую рану, как подарок, как нечто совершенно бесполезное и т. д.

УМЕСТНОСТЬ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Уместность интерпретации подразумевает адекватный фокус на наиболее аффективно заряженной части материала во время сеанса (экономический принцип интерпретации), при том что терапевт обращается к этой ведущей теме.

ПРИМЕР НЕУМЕСТНОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Пациентка начинает сеанс, гневно «выплевывая» терапевту свой сон. Терапевт реагирует, фокусируясь на содержании сна и проводя интерпретацию, не относящуюся к гневному аффекту пациентки. Уместная интерпретация будет адресована аффекту пациентки по отношению к терапевту, при этом она может и не быть связана с содержанием сновидения.

ПРИМЕР ЧАСТИЧНО УМЕСТНОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Терапевт, который в течение нескольких месяцев работает с отчужденной и заторможенной пограничной пациенткой, делает ремарку по поводу индифферентного аффекта по отношению к терапевту: «Вы общаетесь со мной так, словно у вас нет никаких чувств по отношению ко мне. Думаю, это признак того, что вы можете бояться этих чувств, которые у вас на самом деле есть по отношению ко мне».

ПРИМЕР БОЛЕЕ УМЕСТНОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Терапевт реагирует на внешнее безразличие пациентки по отношению к нему следующими словами: «Вы общаетесь со мной так, словно у вас нет никаких чувств по отношению ко мне. Я думаю, это кажущееся безразличие может быть лишь прикрытием, защищая вас от чувств, от глубокой озабоченности по поводу меня и всеобъемлющего желания, чтобы я позаботился о вас. Я могу обосновать эту гипотезу несколькими фактами. Во-первых, вы всегда

приходите на сеанс заранее и выглядите так, будто с тревогой меня ждете. Кроме того, когда я сообщаю вам, что меня не будет в течение какого-то периода времени, вы говорите, что это не имеет значения, при этом невербально выражаете озабоченность и беспокойство. Если мои слова верны, то следующим шагом важно было бы понять, почему для вас так трудно осознавать и признавать чувства, которые у вас могут возникать по отношению ко мне».

Критерии, которые определяют, что и как интерпретировать

Фокус и содержание интерпретации направляется экономическим, динамическим и структурным принципами (см. также главу 7 «Тактика лечения и клинические трудности», раздел «Тактика 3: Выбор и следование приоритетной теме»). *Экономический принцип* говорит о том, что интерпретация должна быть связана с аффектом, который доминирует во время сеанса, поскольку аффективное состояние пациента является маркером актуализированных бессознательных объектных отношений. Объектные отношения, связанные с ведущим аффектом во время сеанса, часто совпадают с объектными отношениями, преобладающими в переносе. Однако бывают ситуации, когда аффективно доминирующая диада относится к человеку или к ситуации вне переноса и в данный момент не имеет прямой связи с переносом. В таком случае терапевту рекомендуется исследовать зону, в которой аффект максимален, даже если это означает отойти от текущего материала переноса. Здесь мы исходим из наблюдения, что аффективно заряженный материал, который вроде бы лежит вне рамок переноса, практически неизбежно оказывается связан с переносом на каком-то более позднем этапе.

Динамический принцип фокусирует интерпретации на силах, которые составляют стороны внутрипсихического конфликта. Этот принцип направляет работу терапевта с поверхности вглубь и от защиты через мотивацию к импульсу (Схема 6–1). В целом, терапевту следует начинать с данных, которые непосредственно доступны пациенту и дают ему понимание бессознательного значения его коммуникации «здесь и сейчас» относительно неисторическим образом. Например, терапевт может сказать: «Ваше поведение здесь подобно тому, как ведет себя рассерженный ребенок с сердитым наказывающим родителем». Это будет уместнее, чем предполагать, что отыгрываемые объектные отношения исторически достоверны, и говорить что-то вроде: «Вы продолжаете сердиться из-за грубого и жестокого обращения со стороны ваших родителей». Помимо того что такая интер-

венция может быть неточной, она выносит аффект пациента за пределы текущей ситуации с терапевтом.

В целом, вначале следует интерпретировать материал, который находится ближе к сознанию, за исключением случаев, о которых будет идти речь далее в этой главе (см. подраздел «Осложнения при исследовании с поверхности вглубь»). На более ранних этапах терапии интерпретации в основном адресованы защитной стороне материала, предоставляемого пациентом. Пациенты склонны инстинктивно избегать болезненного контакта с примитивными аффектами и внутренней фрагментацией, которые удерживаются вне сознания, но проявляются в поведении и межличностных отношениях. Большая часть начальной работы состоит в том, чтобы помочь пациентам увидеть, как их поведение, как во время, так и вне сеансов, нацелено на избегание контакта с материалом, который наиболее важно увидеть и понять. Эта часть клинической работы является одним из базовых факторов иерархии приоритетов, которые следует затронуть в лечении, о чем будет идти речь в подразделе «Следование иерархии приоритетов в отношении содержания» в главе 7. Формы поведения пациентов, представляющие собой сопротивление исследовательской работе в терапии, должны быть рассмотрены прежде, чем может быть осуществлено само исследование.

Структурный принцип фокусирует интерпретации на внутрипсихической структуре, задействованной в защите и/или импульсе — т. е. на уровне трехчастной структуры (Ид, Эго, Суперэго) невротических пациентов — и на уровне преобладающих диад объектных отношений у пациентов с пограничной личностной организацией. В последнем случае цель состоит в том, чтобы понять и интерпретировать диаду объектных отношений, которая выполняет защитную роль, и осознать более глубокую диаду, от которой защищает первая и которая ассоциирована с импульсом. Релевантность интерпретации включает проведение терапевтом интервенций в соответствии с экономическим, динамическим и структурным принципом.

ГЛУБИНА ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Глубина интерпретации относится к продвижению интерпретативного процесса с уровня сознательного поведенческого опыта пациента к описанию более глубинной психической структуры и связанных с ней конфликтов, мотивирующих поведение пациента. Все внутрипсихические конфликты включают не только один слой защиты и импульса, но, скорее,

конфигурацию последовательно расположенных слоев «импульс-защита» (см. рисунок 6–1).

В идеале терапевту следует интерпретировать не слишком поверхностно (когда материал расположен слишком близко к поверхности и может быть уже очевиден пациенту) и не слишком глубоко (когда материал еще не может быть усвоен пациентом). Так или иначе, оптимальный уровень интерпретации должен быть установлен путем проб и ошибок, и критерий глубины интерпретации относится к попыткам терапевта углубить интерпретации насколько возможно, проверяя уровень, на котором пациент может понять и инкорпорировать их.

Защита на поверхности: **Пациент молчит и выглядит сердитым**

Импульс, против которого направлена защита (мотивация защиты): **Интенсивная агрессия**

Терапевт высказывает следующее предположение: «Вы выглядите так, будто боитесь говорить, возможно, из страха, что можете "взорваться"». Пациент соглашается с этой гипотезой.

Следующий уровень защиты: **Агрессия как защита от зависимости**

Терапевт высказывает предположение: «Ваш страх выплеснуть эмоции удерживает вас от взаимодействия со мой».

Следующий уровень импульса: **Стремление к зависимости**

Терапевт высказывает предположение: «Возможно, стремление выплеснуть эмоции служит тому, чтобы избежать взаимодействия, которое может вызвать у вас чувство зависимости».

По мере продвижения работы терапевт и пациент могут выяснить, что желания, связанные с зависимостью, в свою очередь, защищают от соревновательных эдиповых стремлений. Работа может продолжаться на разных уровнях. Кроме того, у пограничных пациентов диссоциативные защиты создают возможность, что любой уровень, *против* которого направлена защита, может выйти на поверхность в данный момент времени, теперь выполняя также защитную функцию. Постоянство здесь в том, что части конфликта остаются диссоциированными друг от друга, пока не произойдет интерпретативная проработка.

РИСУНОК 6–1. Проработка с поверхности вглубь

Каждая защита имеет мотивацию — то есть причину, по которой соответствующий импульс не может быть сознательно принят пациентом. Глубина интерпретации требует обстоятельного описания защитного поведения, его мотивации, направленной на противоположное импульсивное поведение, а также самого этого импульса.

ИНТЕРПРЕТАЦИИ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

Интерпретацию можно провести на одном из трех уровней: 1) интерпретация того, как отыгрывание или примитивные защиты помогают избегать осознания внутреннего опыта, 2) интерпретация активных в данный момент объектных отношений (описание репрезентаций Я и объекта в диаде и реверсии ролей внутри диады) и 3) интерпретация объектных отношений, от которых защищают активные в данный момент объектные отношения.

Уровень 1: Интерпретация примитивных защит

Поскольку интерпретативный процесс, как правило, продвигается с поверхности вглубь, вначале мы предпринимаем попытки интерпретировать примитивные защиты. В целом, защиты — это механизмы избегания непереносимых конфликтов, т. е. конфликтов между разными частями психики и между частями психики и элементами внешней реальности. Примитивные защиты, в отличие от более зрелых, направлены на избегание конфликта и поддержание радикального и нереалистичного внутрипсихического разделения между любящими и ненавидящими аспектами Я и других, так чтобы конфликтующие части не встретились друг с другом на арене психического осознавания пациента. Даже если эти противоречивые состояния возникают в сознании, это происходит в разные моменты времени и в полной изоляции друг от друга (в то время как одно состояние может переживаться сознательно, противоположное состояние параллельно отыгрывается в поведении, но отсутствует в сознании пациента). Это предельное разделение несовместимых состояний ведет к тому, что пациент воспринимает части своего внутреннего мира, присутствие которых в он не может выносить одновременно со своим сознательным опытом, *как внешние по отношению к нему.*

Расщепление — центральный механизм примитивных защит — изолирует крайние, утрированные репрезентации Я и других во внутреннем мире пациента, защищая любимые «хорошие» внутренние образы от ненависти, ассоциированной с «плохими» образами. Цена, которую пациент платит за подобную сегрегацию внутренних репрезентаций,— это способность взаимодействовать с людьми и ситуациями с гибкостью и сложностью, которая характерна для реального мира. В терминах субъективного опыта пациента, расщепление обычно ведет к беспорядочной разорванности его переживания Я, других и мира. В некоторых случаях расщепление ведет к фиксированной, ригидной, но хрупкой видимости стабильности, основанной на стойкой проекции плохих внутренних объектов на

внешний мир. Это наиболее типично для пациентов с нарциссическим расстройством личности, чей внутренний мир структурирован вокруг патологического грандиозного Я (D. Diamond, F. E. Yeomans, B. L. Stern: «A clinical guide for treating narcissistic pathology», готовится к публикации). В целом, примитивные защитные процессы, как то всемогущий контроль, проективная идентификация, идеализация, обесценивание и примитивное отрицание, делают возможным поддержание расщепления с помощью убеждения, что неприемлемые аспекты Я присутствуют в других, а не в себе, что плохие объекты иногда бывают хорошими и что противоречия не несут эмоциональных последствий.

Чтобы привнести в сознание пациента частичные репрезентации Я и объекта, терапевт часто должен извлечь их оттуда, куда они проецируются, демонстрируя использование таких защит как проекцию, проективную идентификацию и всемогущий контроль. Использование пациентом примитивной идеализации, обесценивания и отрицания также интерпретируется, чтобы помочь пациенту провести более точную оценку образов Я и объекта (хороший, плохой или смешанный). Как только терапевт продемонстрировал репертуар утрированных образов, которые влияют на отношения пациента (лечебная стратегия 1, обсуждается в главе 3), следующей задачей становится свести воедино фрагменты Я и объекта. Именно здесь интерпретация примитивных защит наиболее полезна. Вот перечень этих защит с их кратким описанием:

1. *Расщепление:* самым наглядным проявлением расщепления бывает восприятие пациентом терапевта или себя как полностью хорошего или полностью плохого, наряду с возможностью полной, внезапной реверсии этих ролей. Примитивная идеализация, обесценивание, всемогущий контроль и проективная идентификация происходят из расщепленной психологической структуры.

   Терапевт: Сейчас вы говорите, что я доброжелателен к вам и что вы чувствуете себя рядом со мной полностью расслабленной.

   Пациентка: Конечно, а что не так?

   Терапевт: Ничего, но я не до конца уверен, как это сочетается с тем, что вы сказали 10 минут назад, когда вы полагали, что я могу причинить вам боль и что вам нужно «следить за мной как мангусту за змеей».

   Пациентка: Но я *вижу*, что вы хороший. Я просто это чувствую. Наверное, тогда я ошибалась.

   Терапевт: Однако несколько раньше вы были убеждены, что я опасен. Как нам понять причину для таких моих неожиданных и быстрых изменений? Как если бы вы знали, как иметь со мной дело, только

если видите меня в одном из противоположных состояний. Этот способ восприятия может способствовать избеганию тревоги, которую вы, вероятно, могли бы испытать, если бы я не подходил полностью ни под одну из этих крайностей.

2. *Примитивная идеализация и обесценивание:* Эти две примитивные защиты формируют тенденцию видеть внешние объекты как либо полностью хорошие, либо полностью плохие, через искусственное и патологическое усиление их ценных свойств или, наоборот, бесполезности (в крайних случаях обесцененные объекты становятся не просто бесполезными, но плохими). Примитивная идеализация создает нереалистичные абсолютно хорошие и могущественные образы, что приводит к тому, что пациент рассматривает терапевта, кого-то другого или самого себя как идеальную, всемогущую или богоподобную фигуру, от которой он может беспрекословно зависеть. Терапевт может восприниматься как потенциальный союзник против столь же могущественных (и столь же нереалистичных) полностью плохих объектов. В ином случае терапевт, другой человек или пациент могут временами восприниматься как полностью обесцененные, никчемные и/или плохие.
3. *Всемогущий контроль:* Эта защита направлена на то, чтобы оградить пациента от угрозы со стороны агрессивных аффектов, спроецированных на внешние объекты. Логически следует, что, если человек проецирует и воспринимает агрессию в другом, необходимо контролировать этого другого, чтобы защитить себя от агрессии. Таким образом, единственный способ поддерживать отношения — это поддерживать контроль (Kernberg, 1995). Трагедия состоит в том, что зачастую именно эта контролирующая позиция заставляет других отворачиваться от пациента. Одна из форм всемогущего контроля может проявляться в стиле речи пациента: «пулеметная» напряженная речь — иногда с внезапными переходами от одной темы к другой — может использоваться с защитной целью, чтобы не допустить осмысленного вмешательства со стороны терапевта. Этот тип напряженной речи следует отличать от речи при маниакальном эпизоде.
4. *Проективная идентификация:* в отличие от более высокоуровневой проекции, которая характеризуется приписыванием другому импульса, вытесненного в самом себе, примитивные формы проекции, в особенности проективная идентификация, характеризуются следующим: 1) тем обстоятельством, что пациент может отыгрывать и даже время от времени испытывать импульс, который проецируется на другого человека; 2) ощущением страха другого человека,

находящегося под воздействием проецируемого импульса или аффекта; 3) отсюда — потребностью контролировать другого человека (связь со всемогущим контролем); и 4) бессознательным возбуждением в другом человеке аффекта, который проецируется и который вызывает страх. Проективная идентификация, таким образом, подразумевает взаимодействие и может находить яркое отражение в переносе и предоставлять важные сведения терапевту посредством контрпереноса.

Проективная идентификация может проявляться в терапии двумя способами. Во-первых, пациент, который пытается защититься от того или иного аспекта своего внутреннего мира, бессознательно индуцируя неприемлемый аффект в терапевте, может обвинять терапевта в обладании этим аффектом или реакцией. Например, пациент общается с терапевтом в холодной, контролирующей и уничижительной манере, одновременно с этим, чувствуя потребность защититься от терапевта, обвиняет его в ненависти к себе. Во-вторых, терапевт может начать испытывать аффект, который кажется нетипичным для его обычной реакции на пациентов, и поэтому задается вопросом о происхождении этого элемента контрпереноса. Аффект, который на первый взгляд не связан напрямую с манифестным уровнем материала, исходящего от пациента, может быть свидетельством более глубоко лежащего процесса проективной идентификации, благодаря которому пациент справляется с невыносимой частью себя, индуцируя ее в терапевте. Контрперенос, вероятно, является основным способом доступа к этому аспекту внутреннего опыта пациента.

Типичный пример проективной идентификации включает в себя первоначальный конфликт между внутренними агрессивными силами, которые подталкивают к разрушению, и либидинальными силами, которые поддерживают стремление к жизни и здоровым отношениям. На ранней фазе терапии пациенты часто занимают позицию, что все, что они хотят — это смерть, а терапевт и лечение противостоят этому желанию — что является проекцией на терапевта внутренней части, несущей либидинальный заряд. Эта проекция представляет собой попытку освободить пациента от внутреннего конфликта и ставит под угрозу пациента и терапию. Терапевту следует интерпретировать этот конфликт:

Вы говорите, что полностью захвачены желанием умереть, и воспринимаете меня как фрустрирующее препятствие к этому. Это опасная ситуация, и, на мой взгляд, она не так проста. Я считаю, что внутри

вас происходит конфликт, и вы не полностью идентифицируетесь со своим желанием умереть. Например, возьмем самый простой факт, что вы начали приходить сюда, на терапию. Также и другой факт, что ваши попытки суицида не удались, позволяет предполагать, что вы испытываете конфликт по поводу этого желания. Однако вы предпочитаете избегать этого внутреннего конфликта и рассматривать его как противостояние между вами и другими, включая меня. Это опасная игра, поскольку она может привести к вашей смерти. Важно признать конфликт внутри себя и работать с той стороной вас, которая хочет жить, независимо от того, насколько она кажется слабой сейчас.

Более подробное описание случая работы с таким типом проекции одной из частей внутреннего конфликта представлена в главе 7 (см. подраздел «Госпитализация»).

5. *Проекция:* Этот защитный механизм свойственен не только пограничной патологии, но может играть в ней активную роль. Чаще всего пациент, не выдерживая одновременного присутствия в сознании двух сторон внутрипсихического конфликта, одну сторону этого конфликта переживает сознательно, другую же (воплощенную в конкретной объектной репрезентации) подавляет и проецирует на терапевта. Проекция — это более продвинутый защитный механизм, по сравнению с проективной идентификацией. Поскольку проекция основана на преобладании подавления, в отличие от преобладания механизма расщепления у пограничного пациента, ее проявления более тонкие. В случае проекции, в отличие от проективной идентификации, пациент не вызывает бессознательно в терапевте то, что проецирует на него, и не предпринимает усилий для контроля над терапевтом, пребывающим под действием этой проекции.
6. *Примитивное отрицание:* у пограничных пациентов эта защита усиливает процесс расщепления. Отрицание обычно касается эмоций, связанных с мыслями или воспоминаниями. Эти пациенты могут помнить восприятия, мысли и чувства по поводу себя или других людей, полностью противоположные тем, что они переживают в настоящий момент, но эти воспоминания не включают эмоционального компонента и не могут повлиять на то, что они чувствуют теперь. Примитивное отрицание может также проявляться в виде отсутствия адекватной эмоциональной реакции на непосредственную, серьезную и довлеющую потребность, конфликт или опасность. Пациент спокойно транс-

лирует когнитивное осознание ситуации, при этом отрицая ее эмоциональную составляющую, или же выключает из осознания целую зону опыта, таким образом «защищаясь» от потенциальной зоны конфликта.

Систематическая интерпретация примитивных защит ведет к сдвигам в объектных отношениях, активированных во время сеанса. Такие сдвиги ценны тем, что подтверждают точность интерпретаций терапевта. Пациент постепенно начинает осознавать противоречивость интернализованных объектных образов. Когда сформированы целостные трехмерные интернализованные репрезентации Я и объекта, пациент переходит в следующую фазу лечения, которая обсуждается в главе 10, «Продвинутая фаза лечения и завершение».

Уровень 2: Интерпретация активных объектных отношений

Второй уровень интерпретации представляет собой последовательное применение лечебной стратегии 1, описанной в главе 3. Интерпретация на этом уровне может включать подготовительный шаг, на котором терапевт напрямую описывает репрезентации Я пациента и другие репрезентации, которые не заметны на поверхности. Этот шаг особенно полезен в двух случаях: либо роли, которые отыгрываются в переносе, в некотором смысле замаскированы (например, когда их поверхностные проявления не соответствуют лежащим в основе отыгрываемым ролям), либо пациент испытывает трудности в том, чтобы признать, что его внутренний мир влияет на его восприятие взаимодействия в ситуациях, в которых пациент пытается найти зерно истины и опирается на то, что его восприятие и опыт ситуации строго соответствует объективной реальности. Интерпретация на этом уровне начинается с описания текущего взаимодействия и переходит на шаг глубже, когда терапевт высказывает предположение, *почему* пациент воспринимает взаимодействие в соответствии с этими ролями.

Далее следует пример подготовки к такому уровню интерпретации:

Терапевт: Для большинства наблюдателей вы сейчас выглядите как беспомощный ребенок. На самом деле, у меня самого было такое впечатление. Однако вместе с тем, вы очень сильны — более тонким, но весьма последовательным образом. Вы позиционируете себя так, что вам нельзя помочь; вы отвергаете все мои попытки углубить наше понимание; вы, кажется, не особо слушаете или слышите многое из того, что я говорю. Все это можно было бы понимать

просто как признак вашей беспомощности, но, по моему опыту, беспомощный человек обычно демонстрирует некоторую открытость к предложениям помощи. Ваше упорство в поддержании своей беспомощности в сочетании с отвержением всего, что я говорю, создает интересную ситуацию, в которой вы выглядите сильным, а я кажусь слабым и неэффективным, даже беспомощным. Возможно, нам стоило бы рассмотреть эту ситуацию.

Вот еще один пример подготовки к такому уровню интерпретации:

Терапевт: Я поговорил со своей секретаршей, и она действительно просила вас перезвонить, поскольку в тот момент она была очень занята. Однако думаю, нам стоит обратить внимание на вашу реакцию на этот инцидент. Поскольку вы говорите, что не можете продолжать терапию, пока я ее не уволю.

Пациентка: Как я могу продолжать терапию с человеком, которому не доверяю? Я сказала, что ваша секретарша безответственна, и, если вы ничего не делаете с этим, вы оказываетесь таким же безответственным.

Терапевт: В независимости от того, был ли поступок моей секретарши безответственным или нет, нам важно посмотреть на то, как вы обходитесь с этой ситуацией. Вы воспринимаете ее как доказательство того, что я безответственный и безразличный человек, в чем вы меня обвиняли и прежде в связи с другими обстоятельствами. Вы говорили, что я чудовище, которому все равно, живы вы или мертвы. Итак, мы оба согласны относительно сказанного моей секретаршей, однако вы используете это для защиты определенного представления обо мне, которое, похоже, происходит из других источников, и именно на это нам стоит обратить внимание и попытаться сейчас понять.

Далее в этом примере терапевт начал интерпретацию второго уровня:

Терапевт: Интересно, что, обвиняя меня в том, что я чудовище, вы выглядите более расслабленной. Это контрастирует с вашей неловкостью на последнем сеансе, когда мне удалось изменить расписание так, как вы просили. По какой-то причине, которую нам еще предстоит понять, вам, кажется, более комфортно, когда вы чувствуете, что имеете дело с отъявленным монстром, которому нельзя доверять ни минуты, чем когда вы имеете дело с кем-то, кто может хорошо к вам относиться. Похоже, будто вы чувствуете, что находитесь на знакомой территории, когда воспринимаете меня как чудовище. Возможно, вам не нравится

думать обо мне так, но вы, кажется, не особенно тревожитесь из-за этого. Такое отсутствие тревоги можно было бы объяснить вашим глубоким убеждением, что я здесь за тем, чтобы эксплуатировать вас, а не помогать вам. Если я буду выглядеть хорошим, это может не совпасть с вашими ожиданиями, и вы можете воспринять это как подготовку западни для жестокого обращения впоследствии. Или, возможно, если я хорошо отношусь к вам, вы чувствуете вину из-за ярости и плохого обращения со мной.

Работая с типичным параноидным переносом в ранней фазе терапии, терапевт может предложить интерпретацию, связывающую проекцию пациента с его теорией психики. Например, терапевт может сказать: «Интересно, может ли ваша тревога, что я "вышвырну вас", если вы "скажете что-то не то", происходить из идеи, что моя психика работает так же, как и ваша. Вы приводили множество примеров того, как вы от симпатии переходили к полному неприятию человека из-за единственной вещи, которую тот совершил или сказал».

Уровень 3: Интерпретация объектных отношений, от которых пациент защищается

Третий уровень интерпретации — наиболее завершенный, поскольку он направлен на расщепленную психическую структуру. Терапевт предлагает интерпретацию на этом уровне, когда он чувствует, что обладает достаточными сведениями, чтобы понять, от какого типа отношений защищается пациент, и это может быть незаметно напрямую на поверхностном уровне (см. рисунок 3–1 в главе 3). Следующий отрывок служит примером такой интерпретации терапевта:

Я заметил, что каждый раз, когда вы уходите после сеанса с неким хорошим чувством — с чувством, что, возможно, установилась позитивная связь со мной, неважно, насколько тонкоразличимая,— происходит одно из двух: либо вы оставляете мне голосовое сообщение, в котором говорите, что больше не хотите продолжать лечение, что это бесполезно и вы хотите прекратить его, либо вы приходите на следующий сеанс с гневным, вызывающим видом и заявляете, что вам нечего сказать. Интересно задаться вопросом, что внутри вас запускает эти реакции. Вы говорили, что это «реальность» — тот факт, что вы не можете доверять мне и я не могу помочь вам. Однако, по моему впечатлению, эти повторяющиеся негативные реакции возникают тогда, когда вы на

мгновение соприкасаетесь с частью вас, которая очень вас пугает, — с частью вас, которая очень хочет доверять кому-то и ищет кого-то, кто мог бы помочь, и, в данном случае, этим человеком являюсь я. В такие моменты вы не выглядите гневным, наоборот, вы как будто демонстрируете робкое, взволнованное желание искренней связи — например, такой, которая бывает с кормящим и заботливым родителем. Это исчезает, когда возвращается более знакомая гневная и презрительная часть, которая, вероятно, разрушает вероятность подлинной связи с кем-то, но, как вы считаете, сохраняет вас в безопасности.

Работа с уровнями интерпретации

Работая на любом из этих трех уровней интерпретации, терапевт постоянно отслеживает три канала коммуникации, чтобы получать необходимые сведения для формулирования интерпретаций. Интерпретациям каждого уровня обычно предшествуют прояснение и конфронтация. Иногда удачно выполненная конфронтация делает интерпретацию ненужной, если пациент способен использовать конфронтацию, которая по сути своей является приглашением к рефлексии, т. е. к самостоятельному достижению инсайта. Терапевту не следует проводить интерпретацию до тех пор, пока не станет ясно, что пациент не справляется без его помощи. Вначале его следует спросить, как можно связать имеющуюся информацию:

Терапевт: Можете ли вы сделать какие-то выводы из факта, что вы опоздали на последние два сеанса, в то же самое время говоря мне, что крайне озабочены тем, как все вокруг вас «отшивают»?

Пациентка: Вы думаете, я могу «выкидывать» то же, на что сама постоянно жалуюсь? [Пациентка демонстрирует признаки нового понимания по отношению к реверсии ролей в диаде.]

Интервенции должны стимулировать пациента к интеграции на шаг за пределы текущего уровня осознавания. Если конфронтации недостаточно для того, чтобы помочь пациенту сделать такой шаг, терапевту следует переходить к интерпретации.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОДВИЖЕНИИ С ПОВЕРХНОСТИ ВГЛУБЬ

Терапевт, работающий с пограничными пациентами, встречается с особой проблемой, которая касается вопроса глубины интерпретации. Общий

принцип приоритета интерпретации защитных аспектов в материале пациента перед содержанием (вначале интерпретировать защитные аспекты материала пациента, а затем его содержание) (с поверхности вглубь) осложняется проблемой точного дифференцирования между тем, что лежит на поверхности, и тем, что лежит глубже. Этот процесс осложняется самой природой расщепления. При расщеплении не только одна диада может быть ближе к поверхности, защищаясь от соответствующей ей противоположной диады, но диады могут меняться местами таким образом, что более глубокая может оказаться ближе к поверхности, а та, что изначально была на поверхности, может перейти на место той, против которой направлена защита, как это показано в следующем примере.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка взаимодействовала с терапевтом с гневом и ненавистью, которые транслировались по двум каналам: главным образом посредством слов, но также и через невербальное поведение. Однако терапевт улавливал и другие аспекты невербальной коммуникации, указывающие на стремление к близости. Он также чувствовал контртрансферный отклик, включающий, с одной стороны, желание избавиться от кого-то гневного, склонного к нападкам (конкордантный контрперенос) и, с другой стороны, желание защитить кого-то уязвимого, подобного ребенку человека (комплементарный контрперенос). Связывая доступные ему сведения, терапевт может прийти к выводу, что ближняя к поверхности диада, включающая гневного индивида, который испытывает ненависть по отношению к тому, кто плохо обращался с ним, защищается от переживания диады более глубокого уровня. Эта более глубокая диада включает хрупкую, неуверенную Я-репрезентацию, стремящуюся к любви и заботе со стороны питающего индивида. Терапевт может провести интерпретацию в этом духе.

Однако диада, которая лежит у поверхности, и диада, против которой направлены защиты, могут поменяться местами. В ответ на какой-то внутренний или внешний стимул пациентка может внезапно начать выражать нужду и стремление к заботе со стороны питающего другого. В такой ситуации невербальная коммуникация и контрперенос терапевта могут предоставить сведения, относящиеся к более глубокоуровневой диаде, включающей недоверчивое и обозленное Я в отношении с опасным

Другим. Контрперенос теперь, вероятно, будет включать тревогу или настороженность.

Чередование защиты и более глубокого содержания может запутывать терапевта — «поверхность» и «глубина» могут меняться местами. В этом суть расщепления. Терапевт, который работает с пограничными пациентами, должен комфортно чувствовать себя с тем фактом, что в психике пациента нет фиксированного комплекса защита-импульс. Вместо этого присутствует постоянно меняющаяся ситуация, при которой основным принципом является одновременное наблюдение всех частей, так чтобы пациенту можно было указать на значимость их расщепления друг относительно друга. Из этого может следовать простой вывод, что пациента нельзя описать как *либо* беспомощного ребенка, нуждающегося в заботе, *либо как* гневного преследователя — он является *одновременно* беспомощным ребенком и гневным преследователем. В случае, приведенном выше, став свидетелем переключения между двумя противоборствующими диадами, терапевт может провести следующую интерпретацию:

Временами вы общаетесь со мной как с врагом, которого необходимо избегать или уничтожить. В других случаях вы раскрываете ту сторону вас, все что нужно которой — это тотальная забота с моей стороны. Сосуществование этих двух частей делает для вас невозможным движение вперед. Если вы начинаете чувствовать стремление к заботе с моей стороны, ваша подозрительная сторона говорит вам, что я враг, которому нельзя доверять. Если вы испытываете ненависть и желание уничтожить меня, вы теряете возможность получить заботу. Вы не можете выиграть. Вы не можете двигаться вперед. И обе эти стороны не дают вам воспринимать меня реалистичным образом, который бы позволил вам принять мою заботу о вас, не чувствуя себя полностью и беспомощно попадающей в зависимость от кого-то, кому нельзя доверять или кто несовершенен.

ДРУГИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРОЦЕССА ИНТЕРПРЕТАЦИИ

РАННЯЯ ГЛУБОКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПЕРЕНОСА

Поскольку примитивные реакции переноса подразумевают быстрый сдвиг к глубоким уровням опыта, терапевт, работающий с пог-

раничными пациентами, должен быть готов переместить фокус с реалистичного «здесь и сейчас» к менее реалистичным, фантазийным объектным отношениям, активируемым в переносе. Зачастую они могут включать в себя экстремальные и примитивные характеристики, которые терапевту необходимо недвусмысленно выразить, насколько позволит его понимание. Такие интерпретации проводятся на ранних этапах лечения, когда существует угроза, что внутренний опыт пациента будет отыгрываться вовне таким образом, что это поставит в опасность пациента, кого-то другого или само лечение. Например, терапевт может сказать следующее:

> Это только второй сеанс с тех пор, как мы заключили контракт и договорились работать вместе, и вы провели первую половину этого сеанса в молчании, сказав лишь, что подумываете о завершении лечения. Хотя в моем распоряжении не так много сведений, первое, что привлекает мое внимание, это выражение вашего лица. Когда вы смотрите на меня, ваша голова наклонена в сторону, что выглядит несколько вызывающе. Это позволяет предполагать, что вы воспринимаете свое молчание как триумф надо мной, и начать говорить будет означать для вас скорее подчиниться мне, нежели работать вместе со мной. Выглядит так, будто бы единственная возможность для нас — устроить борьбу за власть, в ходе которой один должен подчинить себе другого. Это впечатление, основанное на ваших внешних проявлениях, подтверждается тем, что вы мне рассказали о ваших отношениях с мужчинами и с вашими работодателями. Если я прав, очень важно, чтобы мы поговорили об этой борьбе за власть, которую вы переживаете здесь. Альтернативой для вас может быть завершение лечения, которое на время даст вам ощущение триумфа, однако оставит без помощи, в которой вы нуждаетесь.

Ранняя глубокая интерпретация несет в себе определенные риски. Один из рисков заключается в том, что терапевт основывает свою интервенцию на минимальном объеме сведений, и пациент может почувствовать, что точность наблюдения терапевта подтверждает примитивную веру, будто другие люди способны на волшебство и что его самого можно исцелить магическим образом, без необходимости прикладывать какие-либо усилия в терапии. Пациент может, таким образом, воспринять интерпретацию как свидетельство того, что его примитивное убеждение во всеведении другого человека представляет собой реалистичное ожидание.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

После того как терапевт проинтерпретировала убийственную ярость пациента по отношению к себе, призванную отплатить за тяжкие несправедливости, пережитые в прошлом, пациент ответил, что, по его ощущениям, это означало, будто терапевт знала его особым образом, как никто и никогда прежде. Терапевт могла бы сказать: «Я замечаю, что вы в большей степени фокусируетесь на вашем убеждении, что у меня есть какие-то особые способности, нежели на усилиях понять ваши гневные чувства ко мне и причины их возникновения. Каждый раз, когда я говорю что-то вам, вы реагируете так, будто я сделала вам уникальный подарок. В то же самое время в ваших ответах я вижу, что вы не уделяете никакого внимания содержанию моих слов. Все выглядит так, будто имеет значение лишь то, что я нечто даю вам, а то, что я вам даю, как будто сразу пропадает. На самом деле, когда я сказала вам о вашем желании «размазать меня» и о причинах этого, это было лишь предположение, основанное на том, что вы мне сказали до этого. Правда в том, что я не могу читать ваши мысли. Лишь вы можете подтвердить или опровергнуть истинность того, что я сказала. Возможно, что за всеми темами, которые мы с вами тут обсуждаем, скрывается еще один уровень — очень интенсивное желание найти человека, который мог бы волшебным образом «все понять и исправить».

Ранняя глубокая интерпретация несет и другие риски. Интерпретация может быть отвергнута, поскольку пациент все еще слишком старательно защищается, чтобы всерьез рассмотреть ее, или интерпретация может быть инкорпорирована интеллектуализированным образом и использована в качестве формы сопротивления против истинного эмоционального понимания. В целом, если сфокусироваться на реакции пациента на интерпретацию, это даст возможность исправить такие потенциальные осечки, как это было показано в примере выше.

Когда терапевт интерпретирует более глубокие аспекты психики пациента, в инетрпретативную формулировку должна быть включена мотивация пациента к его защитной позиции. Предоставляя пациенту объяснение причин, по которым может быть необходимо придерживаться такой позиции, терапевт повышает вероятность того, что пациент выслушает формулировку и обдумает ее. Таким образом, интерпретация должна включать в себя признание того факта, что пациент воздвигает защиты из-за необходимости защищаться от импульсов, мыслей или чувств, которые кажутся непереносимыми, опасными или запретными.

ОПИСАНИЕ КОНФЛИКТА

Интерпретация должна указывать на факт, что пациент пребывает в состоянии конфликта. Поскольку расщепление является попыткой избежать внутрипсихический конфликт, что ведет к его выражению в поведении, интервенции терапевта должны привлечь внимание пациента к конфликту, от которого он защищается. Терапевт обычно интерпретирует защиту до того, как перейти к интерпретации того, на что направлена защита. Поверхностная манифестация обычно более эго-синтонна, в то время как то, на что направлена защита, менее приемлемо для пациента и, таким образом, порождает более сильную тревогу. Эти два принципа проиллюстрированы в следующей интервенции:

> Терапевт замечает, что пациентка молчит, и предполагает, основываясь на выражении ее лица и сжатых кулаках, что это молчание служит защитой от ярости по отношению к терапевту. Он говорит: «Интересно, вы молчите и сидите со сжатыми кулаками потому, что боитесь, что если заговорите, ваша ярость вырвется и причинит боль кому-то из нас или нам обоим?» Во-первых, терапевт привлекает внимание пациентки к тому, что она делает. В данном случае он описывает ее поведение: он указывает, что она сидит молча со сжатыми кулаками. Во-вторых, терапевт высказывает гипотезу о том, почему пациентка хранит молчание: она боится собственной агрессии (и, возможно, возмездия со стороны терапевта).

Этот процесс описания конфликта зависит от использования прояснения, конфронтации и интерпретации, которые зачастую направлены на несоответствия между разными каналами коммуникации.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПОЛУЧЕННОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

На ранней фазе лечения пограничные пациенты склонны воспринимать действия терапевта как могущественные, конкретные акты вознаграждения и наказания. Поскольку самый могущественный акт терапевта — это, как правило, проведение интерпретации (хотя конфронтация также может быть мощной интервенцией), она может рассматриваться как средство, с помощью которого терапевт применяет магию или делает выговор. Восприятие интерпретации как чудесного подарка — это проявление идеализации, в то время как восприятие ее как никчемной означает

обесценивание. в обоих случаях пациент реагирует на интервенцию в соответствии со структурой своего характера и внутренним миром репрезентаций, в ущерб восприятию ее содержания. Этого следует ожидать на ранних этапах терапии, в частности, поэтому терапевт должен больше фокусироваться на процессе — на том, как все происходит, — а не на содержании (Reich, 1972).

В следующем диалоге приведен пример интерпретации, которая воспринимается как подарок. Терапевт заметил, что пациентка часто делает пометки в своем блокноте во время сеанса.

Терапевт: Я обратил внимание, что вы делаете записи каждый раз, когда я говорю.

Пациентка: Да. Я считаю, сколько раз вы говорите.

Терапевт: Почему вы это делаете?

Пациентка: Это помогает мне понять, заботитесь ли вы обо мне. Я считаю количество ваших реплик и, когда возвращаюсь домой, сравниваю это число с прошлым сеансом. Так я могу понять, насколько много вы мне даете.

Терапевт: Имеет ли значение, что именно я говорю?

Пациентка: Не особенно. Что на самом деле имеет значение — сколько раз вы говорите мне, почему, по вашему мнению, я делаю то, что делаю. Тогда я знаю, что вы действительно слушаете меня и беспокоитесь обо мне.

Терапевт: Значит, очень важно, чтобы я заботился о вас, и вы разработали схему, чтобы отвечать на этот вопрос самостоятельно. Однако кажется, вы упускаете то, что именно, собственно, я говорю. Поэтому парадоксальным образом ваши усилия, направленные на то, чтобы подтвердить себе, что я беспокоюсь о вас, оставляют меня вне этой картины. Возможно, будет полезно подробнее подумать о том, насколько это сложно — представить, что я забочусь о вас.

Последний комментарий терапевта служит, по крайней мере, трем целям. Во-первых, он обращается к факту, что опыт взаимодействия для пациентки важнее, чем содержание взаимодействия. и пациентке, и терапевту следует осознавать это, поскольку такое положение вещей встречается очень часто и поскольку исключительное внимание к содержанию обычно приводит к взаимному избеганию наиболее важных проблем на ранних этапах терапии. (Читателю следует обратить внимание, что этот пример начинается с того, что терапевт обращает внимание на действия пациентки, а не на ее слова). Во-вторых, этот

комментарий фокусирует внимание на лежащем в основе параноидном переносе — на убеждении пациентки, что терапевт не заботится о ней. Наконец, указывая на то, что пациентка упускает содержание слов, терапевт обращается к лежащей в основе этого реверсии параноидной диады — к обесцениванию терапевта пациенткой, которое, хотя и может отсутствовать на этом этапе сознательно, обозначается как задача будущего исследования.

Еще один возможный вариант реакции на интерпретации состоит в том, что пациент воспринимает интерпретацию как попытку контроля, как это показано в следующем обмене репликами:

Пациентка: Я специально надела сегодня эту короткую юбку, чтобы быть сексуальной. Я подумала, это вас заведет.

Терапевт: и что случится тогда?

Пациентка: Тогда вы не сможете концентрироваться на вашей работе.

Терапевт: Возможно, что ваша «сексуальность» в данном случае — это способ выразить гнев в связи с тем, о чем мы говорили в прошлый раз, и попытка отвлечь меня от работы?

Пациентка: Я знала, что вы так скажете. Вы просто хотите лишить меня моего интереса к сексу. Вы пытаетесь навязать мне свои ценности и превратить меня в того, в кого хотите.

Терапевт: Значит, ваш сексуальный наряд сегодня должен противодействовать тому, что вы воспринимаете как попытку контролировать вас? Если вы считаете это моей целью, это объясняет, почему вам так трудно думать о том, что я говорю. и если вы воспринимаете наше взаимодействие как борьбу, чтобы выяснить, кто будет кого контролировать, тогда мне любопытно, что хорошего, с вашей точки зрения, может получиться из нашей совместной работы. Я думаю, сегодня это может быть нашей темой.

ОЦЕНКА ПОВЕРХНОСТНОЙ УСТУПЧИВОСТИ

На начальной фазе лечения пограничные клиенты, которые часто боятся воображаемого стремления терапевта контролировать, критиковать, отвергнуть или разоблачить их, могут быть весьма подозрительными по отношению к терапевту и пытаются свести на нет его усилия терапевта, создавая видимость согласия. По этой причине для терапевта важно оценить, какой эффект интерпретация оказала

на пациента. Продуктивная интерпретация вызывает дальнейшее спонтанное обдумывание со стороны пациента. Когда этого не происходит, например, когда пациент как будто любезно соглашается с интерпретацией и затем замолкает или сменяет тему, терапевт может сказать: «Хотя вы говорите, что согласны, вы, похоже, не склонны продолжать эту тему».

АКТИВНАЯ РОЛЬ ТЕРАПЕВТА

Мы включаем сюда раздел об активной роли терапевта, поскольку, несмотря на то, что ТФП происходит из психоаналитической теории и техники, уровень активности терапевта в ТФП удивляет некоторых психоаналитически обученных терапевтов.

СВОБОДНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЯСНЕНИЯ И КОНФРОНТАЦИИ

В тех случаях, когда терапевт испытывает неуверенность по поводу слов пациента, ему следует без промедления обратиться за прояснением: «Ваши слова мне не совсем ясны. Могли бы вы привести пример?» Помимо развития понимания с помощью прояснения, терапевт таким образом демонстрирует, что он не всезнающий (таким образом, через действие конфронтируя с часто встречающейся объектной репрезентацией), вновь обращается к ответственности пациента за предоставление сведений, а также помогает поддерживать атмосферу исследования и наблюдения.

Наше понимание конфронтации иногда, на первый взгляд, может противоречить центральной установке основных направлений психоаналитической психотерапии — следовать за ассоциациями пациента, куда бы они ни вели. Этот принцип свободных ассоциаций применим к нашей модели терапии с пограничными пациентами, но с учетом следующих соображений:

1. Ассоциации пациента могут отражать репрезентацию Я или объекта, отщепленную от других репрезентаций. В таком случае исследование этой отщепленной части может быть на определенном этапе полезным, однако у терапевта может возникнуть необходимость конфронтировать пациента в отношении материала, представляющего другие отщепленные части, отсутствующие в текущих ассоциациях, с тем чтобы продвинуть процесс и избежать застревания пациента в ситуации, в которой фрагментированные внутренние репрезентации остаются изолированными друг от друга.

2. Свободные ассоциации пациента могут служить защитной цели и работать в рамках сопротивления (см. обсуждение тактики, иерархии приоритетных задач и тривиализации в главе 7). Когда это происходит, терапевт может быть вынужден конфронтировать сопротивление с помощью комментария такого рода:

Какое значение имеет то, что на этом сеансе вы в подробностях и без видимого аффекта говорите о вашем раздражении на сестру, в то время как два дня назад вы оставили мне сообщение, что, возможно, не сможете прийти на эту встречу, поскольку вам придется поехать в больницу? Похоже, у вас есть чувства, которые вы не обсуждаете на этом сеансе, и было бы важно услышать о них. Если вы не будете обсуждать их здесь, вы, возможно, вернетесь домой и будете чувствовать себя так же, как чувствовали пару дней назад, так и не воспользовавшись возможностью попытаться понять, в чем здесь дело.

ГИБКОСТЬ В ПРОВЕДЕНИИ ИНТЕРПРЕТАЦИЙ

Из-за использования расщепления пограничные пациенты часто предполагают, что окружающие люди настолько же ригидны, насколько они сами, и видят мир в черно-белых красках. Это предположение о ригидности отражает трудности пациентов в отделении собственного чувства Я от восприятия терапевта. Об этой трудности можно думать в терминах теории психики: они предполагают, что психика другого человека функционирует так же, как их собственная. Таким образом, гибкость помогает дифференцировать терапевта от пациента и предоставляет модель альтернативного способа восприятия и мышления. Демонстрируя способность удерживать альтернативные точки зрения об одном и том же человеке или событии, терапевт предоставляет пациенту модель толерантности к неопределенности и восприятия сложности. К примеру, если терапевт рассматривает два различные объяснения поведения пациента, он вполне может предложить пациенту оба варианта и признать собственную неуверенность в том, какая из интерпретаций более достоверна: «Возможно, ваши трудности с тем, чтобы прийти сюда сегодня, являются результатом страха, что я могу быть зол на вас, но также есть признаки того, что это может быть посланием мне не углубляться в те сферы, которые мы исследовали на предыдущем сеансе. На данном этапе я не уверен, какой вариант верен, и, возможно, мы можем прийти к пониманию, почему вы это сделали».

Для поддержания ответственности пациента в том, что он выносит окончательное подтверждение для любой гипотезы терапевта, важны

аккуратные формулировки. Терапевт также указывает на свою готовность изменить интерпретацию на основе последующего отклика пациента: «Как вы показали мне, моя изначальная идея больше не видится мне правильной. Это больше похоже, на то, что вы сказали, что..»

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ

Подобно тому как существует приоритет в фокусировании на теме, существует также предпочтительная последовательность использования конкретных техник. В целом, интерпретация рассматривается как ключевая техника изменения в ТФП. Поэтому техники прояснения и конфронтации используют в начале, для подготовки к последующим интерпретациям. Однако, как обсуждалось ранее в этой главе (см. «Ранняя глубокая интерпретация переноса»), если действия пациента ставят лечение под угрозу, терапевту следует более активно углублять уровень интерпретаций. Если такие интервенции не препятствуют отреагированию или же для такой последовательности нет времени, терапевт переходит к установлению границ, используя наименее ограничительные интервенции, достаточные для контейнирования поведения.

ТЕХНИКИ, НЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ТФП

Характеристику ТФП также можно дополнить описанием техник из смежных подходов (таких как психодинамически ориентированная поддерживающая терапия для пограничных пациентов), которые обычно не используются. В отличие от поддерживающего лечения, исследовательское психодинамическое лечение стремится к структурным изменениям, фокусируется на доступе к более глубоким уровням психики пациента и не использует открыто поддерживающие техники, наподобие воодушевления, советов и подсказок, образовательной работы по поводу трудностей жизни и средовых интервенций (Rockland, 1992).

Причина отказа от прямого использования поддерживающих техник (когнитивная поддержка, аффективная поддержка, образовательные средства, прямые интервенции в окружение пациента) состоит в том, что такие интервенции отдаляют терапевта от позиции технической нейтральности и имеют тенденцию засасывать его в подкрепление позитивного переноса или провоцируют к антагонистической позиции из-за того, что пациент сначала обращается за поддержкой, а затем отвергает ее. По всем этим причинам поддерживающие техники затрудняют интерпретацию переноса.

Важно отделять название техники (например, исследовательская или поддерживающая) от результата или эффекта техники. Говоря конкретнее, даже с учетом того, что «исследовательское» или «экспрессивное» психодинамическое лечение не использует «поддерживающие» техники, результат исследовательских или экспрессивных техник (т. е. прояснения, конфронтации и интерпретации) часто проявляется в том, что пациент чувствует поддержку своих усилий, направленных на лучшее понимание, на модуляцию аффектов, на развитие более удовлетворительных отношений и большей жизненной автономии. Некоторые критики считают, что экспрессивная психодинамическая терапия не является поддерживающей. Мы полагаем, что это недопонимание основано на смешении избегания прямых *поддерживающих техник* и отсутствия *поддерживающего эффекта* интервенций. Мы избегаем применять поддерживающие техники не потому, что не хотим поддержать пациента, но, скорее, потому что мы считаем, что использование таких техник подрывает работу в парадигме перенос-контрперенос и часто ведет к отыгрыванию контрпереноса.

В своем крайнем проявлении психодинамическое лечение ошибочно характеризуют не только как лишенное поддерживающего компонента (в технике), но также как жесткое в применении таких техник, как конфронтация. Однако, как было указано ранее в этой главе при обсуждении конфронтации, на стр. 177–178, конфронтация — это не атака на пациента, а, скорее, осторожно сформулированная демонстрация пациенту противоречивых аспектов его поведения и приглашение подумать о них. Эффект конфронтации как экспрессивной техники может быть в том, что пациент начинает воспринимать и интегрировать разделенные аспекты Я и, таким образом, чувствует глубокое понимание и поддержку со стороны психодинамического терапевта.

Интерпретация с пограничными пациентами часто считается рискованной из-за ошибочного предположения, что пациента бомбардируют объяснениями его поведения, которые выходят за пределы его способности понять их. В ТФП мы начинаем с поверхности — иначе говоря, с точки, в которой пациент и терапевт разделяют общий взгляд на непосредственную реальность, чтобы помочь пациенту заинтересоваться более глубоким аспектом того, что происходит, и причинами, по которым глубокие аспекты его психической жизни выглядят пугающими или неприемлемыми. Интерпретации, таким образом, всегда предполагают точку отсчета для совместного взгляда на субъективный опыт пациента, на восприятие терапевта пациентом и на то, как терапевт помогает пациенту понять факторы, влияющие на это.

Подводя итог в обсуждении интерпретации, анализа переноса, технической нейтральности и использования контрпереноса, мы подчеркиваем, что терапевт в своем сознании постоянно соотносит техники с их отношением к рамке лечения. Прояснение, конфронтация и интерпретация — это ядро работы, но если они не сочетаются с анализом переноса, технической нейтральностью и использованием контрпереноса, этот набор техник может быть использован относительно «стерильным» образом. Терапевты могут понять внутренние объектные отношения, они могут обсудить такие вопросы, как страх перед персекуторным или покидающим объектом, стремление к идеальному объекту, а также гнев и разочарование, когда его не удается найти, и так далее. Однако, если интервенции время от времени не соединять с аффектом пациента «в кабинете», они остаются интеллектуализированными. В основе взаимодействия техник — прислушивание к материалу пациента и внутреннее реагирование (контрперенос). Внутренняя реакция должна быть прожита и оценена: является ли эта реакция реалистичной, или это «течение» из внутреннего мира пациента, которое стремится отыграть вовне объект из внутренней реальности? Остается ли терапевт нейтральным в своей реакции на пациента, либо отклоняется от нейтральной позиции? Если такое отклонение существует, какую информацию оно дает? Ответы могут быть нечеткими, и часто терапевт может нащупать твердую почву под ногами, лишь сверяясь с маркерами объективной реальности, которые предоставляет рамка лечения. Это взаимодействие техник имеет решающее значение для успеха терапии.

КОММЕНТАРИИ К ВИДЕОЗАПИСЯМ, ИЛЛЮСТРИРУЮЩИМ ТЕХНИКИ

ВИДЕО 1: ТЕХНИЧЕСКАЯ НЕЙТРАЛЬНОСТЬ И ТАКТИЧНАЯ КОНФРОНТАЦИЯ

На данном этапе мы предлагаем читателю посмотреть видео 1–2 и 1–3 с записью сессии, которую проводит доктор Кернберг с мужчиной, по имени Альберт. Как и в случае всех прочих приведенных в книге клинических примеров, «Альберт» — это составной образ, основанный на элементах реальных случаев с измененными подробностями. Ниже мы приводим комментарии к некоторым фрагментам этого видео.

- **Видео 1–2**: Техническая нейтральность и тактичная конфронтация

Альберт обратился за терапией в депрессивном состоянии после того, как его девушка Саския ушла от него. Они посещали психотерапевтический центр за 5 месяцев до этого, по настоянию Саскии, и, по словам Альберта, два терапевта из этого центра уговорили ее немедленно оставить Альберта. В начальной части сеанса доктор Кернберг принимает это сообщение, но пытается максимально полно прояснить понимание ситуации Альбертом. Альберт, похоже, в растерянности из-за происходящего, он колеблется между идеей, что два терапевта были несправедливо предвзяты по отношению к нему, и более расплывчатой идеей, что он сам, должно быть, делает что-то не так, поскольку его предыдущие отношения с двумя разными девушками так же закончились.

В процессе прояснения выясняется, что ближе к концу отношений Саския жаловалась, что Альберт вел себя контролирующим и интрузивным образом. Далее доктор Кернберг проясняет события, которые привели к тому, что Саския начала настаивать на посещении консультанта. На этом этапе интервью кажется ясным, что в восприятии Альберта вся проблема заключается в Саскии и не имеет никакого или почти никакого отношения к нему самому. Продолжая процесс прояснения причин такого поведения Саскии, Альберт неохотно сообщает об инциденте, в котором Саския сломала палец. По мере того как доктор Кернберг тактично продолжает прояснение, выясняется, что палец Саскии сломал Альберт. На данном этапе доктор Кернберг начинает более полно видеть картину агрессивной части Альберта, которую тот отрицает, но которую способен отыгрывать.

Альберт описал себя как очень любящего человека, совершенно не упоминая о своих гневных вспышках, о которых стало известно в ходе сеанса. Доктор Кернберг направляет на это внимание Альберта в форме конфронтации, предлагая ему подумать о том, как он может быть одновременно любящим и временами столь гневным по отношению к другому человеку. Ответ Альберта демонстрирует его расщепленную внутреннюю структуру. Вместо того чтобы говорить о смешении или диапазоне эмоций, он переходит на противоположную сторону расщепленного взгляда на самого себя: «Возможно, я не такой уж любящий человек» (1:45).

На этом этапе доктор Кернберг обращается к другой спутанной части повествования Альберта — к идее о том, что Саския ушла от него исключительно по причине совета двух терапевтов, которых только что встретила. Альберт объяснил, что у него было чувство, будто терапевты настроены против него, особенно женщина. На основе информации, полученной в ходе сеанса, доктор Кернберг предлагает альтернативное изложение фактов: Саския могла быть обижена на Альберта, но для него было бы

болезненно рассматривать такую вероятность. Доктор Кернберг предлагает это альтернативное объяснение, но не занимает ничьей стороны.

Таким образом, доктор Кернберг следует по цепочке прояснений, ведущих к предложению подумать, в форме конфронтации, указывая на несостыковки в восприятии событий Альбертом. За этой последовательностью следует пробная интерпретация: стремление Альберта придерживаться своего непоследовательного рассказа может быть мотивирована болью, которую бы вызвали мысли об альтернативном варианте. Эта интерпретация является гипотезой о том, почему Альберту так необходимо расщеплять восприятие себя как исключительно любящего и как гневного и почему ему необходимо защищать картину, в которой Саския хочет вернуться к нему, от мысли, что она могла хотеть уйти от него из-за чего-то негативного, связанного с ним самим.

Реакция Альберта соответствует расщепленному внутреннему миру и неспособности концептуализировать сложные эмоциональные состояния. Он не может представить, что Саския ушла от него по своей воле, поскольку «так поступают только с теми, кого ненавидят» (5:48). Доктор Кернберг затем поднимает вопрос о возможных реакциях переноса во время сеанса.

Доктор Кернберг: Может ли быть так, что вы опасаетесь, что я, говоря то, что я сказал, фактически занимаю сторону этих двух терапевтов и что вы опять оказываетесь рядом с терапевтом, который может быть предвзят по отношению к вам?

Альберт: Когда вы говорили... у меня было ощущение, что вы меня обвиняете. Я все сделал неправильно, я во всем виноват, и Саския совершенно правильно поступила, бросив меня.

Доктор Кернберг: Итак, вы говорите, что я действительно пришел к выводу, что вы плохо с ней обращались и что ей стоило бросить вас?

Альберт: Я услышал именно это.

Доктор Кернберг: Разве я именно это сказал? (8:10–9:15) [Конец видео 1–2]

▶ **Видео 1–3**: Техническая нейтральность и тактичная конфронтация, часть 2 (10:08)

Именно сохранение доктором Кернбергом нейтральной позиции в течение интервью, приносит свою клиническую пользу. Предложив две вероятности, но *не занимая* сторону какой-либо из них, теперь он может максимально

полно исследовать восприятие Альбертом отношения терапевта к нему и к его ситуации. Доктор Кернберг может помочь Альберту более вдумчиво рефлексировать о том, что привносится со стороны психики другого человека, а что может существовать в его собственной психике. Хотя доктор Кернберг действительно предложил альтернативное объяснение событий, он оставил открытыми обе возможности. Его предположение состоит в том, что Альберт достаточно разумен, чтобы рассмотреть вероятность возникновения негативных чувств по отношению к Саскии, но его внутреннее расщепление мешает ему сознательно признать эту возможность. В системе Альберта, если существуют негативные эмоции, существуют *только* негативные эмоции. Точнее, если негативные эмоции существуют внутри него, он *весь* становится плохим.

На данном этапе работы доктор Кернберг показывает наиболее сложный и тонкий аспект ТФП — помощь пациенту в осознании сегмента своего внутреннего мира, который он отщепляет и проецирует. Это осознание может быть очень болезненным, но оно необходимо, чтобы пациент мог обрести целостность. Доктор Кернберг обобщает ситуацию Альберта, проявляя эмпатию к его внутреннему конфликту.

Доктор Кернберг: Значит, когда вы думаете об этом, перед вами возникает настоящая дилемма, так как налицо две вероятности.

Альберт: Да.

Доктор Кернберг: Один вариант — что все это ужасная ошибка, что проблема на самом деле не в вас, а в двух терапевтах, которые как бы настроили Саскию против вас и Саскии, которая позволила им доминировать над собой. И значит, здесь должны сидеть не вы, а она. Другой вариант подразумевает, что у вас есть проблема с тем, что вы вели себя контролирующе, подозрительно, иногда жестоко и пугающе с женщинами, с которыми вы жили, и не осознавали этого, и теперь внезапно столкнулись с тем, что они уходят от вас из-за этих аспектов агрессии, которую вы не можете принять и выдерживать в себе, и в этом вам нужна помощь. И если дело обстоит так, вы здесь ведете себя подозрительно по отношению ко мне, видя во мне враждебность, от которой вы пытаетесь избавиться в себе. Таким образом, это один вариант. Второй вариант состоит в том, что, действительно, существует заговор между мной и теми терапевтами, и вы являетесь его жертвой, и проблема здесь совсем не в вас. Проблема в Саскии, потому что она ушла от вас. Вы видите эти две альтернативы. Вы понимаете, что я имею в виду?..

Альберт: Да, я понимаю, что вы имеете в виду. Когда я пытаюсь представить, что Саския ушла от меня по своей воле, по своим причинам, я чувствую себя... когда я рассматриваю это как одну из возможностей, я очень странно себя чувствую. Когда я пытаюсь смотреть на это так, в следующий момент я не могу думать (4:55–8:17).

На этом этапе рефлексивный процесс Альберта достигает своего предела, тем не менее он начал рефлексировать об этом. Пусть это лишь небольшой шаг, но это начало: Альберт услышал незнакомую ему формулировку о расщепленном способе восприятия жизни, и он не отверг ее «с порога». Он думал об этом до того самого момента, когда эмоциональная боль, вызванная этими мыслями, не заставила его остановиться. Эмпатия к его боли со стороны доктора Кернберга поможет Альберту продолжить этот рефлексивный путь в будущей работе.

Эмпатия доктора Кернберга кристаллизовалась в простой фразе: «Легче видеть меня как настроенного предвзято по отношению к вам, поскольку тогда *с миром все в порядке*» (8:26). Это утверждение демонстрирует две идеи:

1. Обозначение возможности негативного переноса («видеть меня как настроенного предвзято по отношению к вам») выводит его на поверхность, для дальнейшего наблюдения и рефлексии. Признание терапевтом этой возможности может поддержать параноидного пациента и транслирует понимание терапевтом его внутренних переживаний.
2. Терапевт может проявить эмпатию к тому простому порядку, который накладывает расщепленная структура пациента на его переживание мира, предлагая пациенту отнестись к этой структуре критически.

ВИДЕО 2: СЕАНС ПЕРЕД ОТПУСКОМ

Далее читатель может обратиться к видео 2, которое демонстрирует первые 15 минут сеанса, состоявшегося через 6 месяцев после начала терапии. Этот сеанс прошел за день до того, как терапевт доктор Эм должен был на неделю отлучиться из города. Пациентка Бетти начинает сеанс, упоминая Боба, своего начальника. По иронии судьбы у нее с Бобом завязалась дружба, в которой они обсуждают друг с другом свои депрессивные состояния.

▶ **Видео 2–1**: Сеанс перед отпуском, часть 1 (9:24)

Этот сеанс иллюстрирует переплетение элементов ТФП — переноса, контрпереноса, рамки лечения, невербальной коммуникации и интер-

претации, которые обсуждались в этой главе. Следуя первой лечебной стратегии, доктор Эм вначале старается понять, какая диада отыгрывается в материале Бетти. Внутренне он отмечает несоответствие между содержанием первого комментария Бетти по поводу суицида и провокативным настроем, который позволяет предполагать, что комментарий должен был оказать на него эффект, с тем чтобы проверить его реакцию.

Когда Бетти сообщает, что Боб советует ей групповую терапию, доктор Эм интересуется, может это быть формой обесценивания его работы с ней: «Почему вы думаете о групповой терапии, когда вы проходите терапию здесь?» (1:19). Ее ответ подтверждает его гипотезу: «Я никуда не движусь в этой терапии». В качестве дополнительного подтверждения своего впечатления, что Бетти настроена негативно по отношению к терапии, он упоминает ее невербальное поведение в приемной: «Когда вы сидели в приемной, вы выглядели так, будто сейчас заснете» (1:33).

Равнодушный ответ Бетти по поводу приема тридцати таблеток (1:42) вызывает тревожный отклик у доктора Эм. Его первая реакция — следовать иерархии приоритетов и сфокусироваться на этом событии как на возможной угрозе жизни Бетти и лечению. Таким образом он обращается к рамке лечения: он проверяет, соблюдается ли рамка (условия безопасности) и может ли он продолжить работу, либо он должен отойти от нейтральности и действовать (отправить Бетти в отделение скорой помощи). Важно отметить, что даже на этом этапе, когда доктор Эм переходит к обсуждению более практических аспектов, динамический процесс между ними продолжает развиваться. Замешательство и тревога доктора Эм, похоже, доставляют Бетти определенное удовольствие, что позволяет предполагать садомазохистическую динамику. Ирония, равно как и признак власти внутреннего мира над внешней реальностью, заключается в том, что, хотя ее здоровье и, возможно, жизнь поставлены на кон, именно он испытывает тревогу и озабоченность. Доктор Эм принимает к сведению реакцию контрпереноса, которая состоит в том, что его вынуждают переживать, чтобы дополнить свое понимание пациентки и использовать это в будущих интервенциях.

Выяснив, что на данный момент здоровью Бетти с медицинской точки зрения ничто не угрожает, доктор Эм возвращается к своей нейтральной исследующей роли. Отчасти на основе интенсивного тревожного контрпереноса, который он испытал, доктор Эм обращается к связи между терапевтическими отношениями и аффектами, мыслями и поведением Бетти: «Все, что вы говорите сегодня, несет в себе потенциал повлиять на наши с вами отношения» (3:59). Бетти говорит: «Возможно, именно так и ощущается

суицид, — делаешь передозировку, а потом ничего не чувствуешь, тебе просто хорошо». После этого доктор Эм решает сфокусироваться именно на том, как Бетти воспринимает их отношения, а не следовать за потенциально информативной темой, которая звучит в вербальной коммуникации. Хотя полезно было бы узнать, что именно для Бетти столь болезненно, что седация и суицид выглядят для нее предпочтительнее ясности мысли, доктор Эм считает, что наиболее важного понимания можно достичь, исследуя объектные отношения, которые лежат в основе и мотивируют ее переживания и поведение в данный момент.

Ответ Бетти на попытку доктора Эм привлечь внимание к их отношениям типичен для человека с тревожно-небезопасным стилем отношений с другими: когда доктор Эм обращает ее внимание на «здесь и сейчас», она уходит от этого, возвращаясь к вопросу о групповой терапии (4:21). Доктор Эм пытается внутренне понять, на что похож этот внезапный сдвиг в повествовании Бетти, и формулирует гипотезу, что его попытка привлечь внимание к отношениям между ними спровоцировала в нее тревогу и последующее защитное избегание возможности совместного рассмотрения и исследования элементов отношений. Можно сказать, что его комментарий активировал ее систему привязанности, что привело к нарастанию тревоги. Мы можем согласиться с такой формулировкой и придерживаемся убеждения, что, когда система привязанности активизирована, терапевт может вовлечь пациентку в рефлексию над ее внутренним опытом привязанности.

Стараясь помочь Бетти в понимании более широкого контекста ее переживаний в текущий момент, доктор Эм обращается к перемене относительно того, как она общалась с ним ранее. Терапевту нужно быть «летописцем» их пары, поскольку вследствие самой природы диссоциативных расстройств чувство реальности пациентки определяется тем, что она чувствует в настоящий момент. Размышляя о предыдущих сеансах, на которых Бетти общалась с ним в более позитивном ключе, доктор Эм говорит: «Похоже, в течение пары последних сессий вы меня отталкиваете» (5:28). Затем он выражает любопытство по отношению к внутренней мотивации такого поведения: «Я бы хотел попытаться понять причину такого обострения с вашей стороны на двух последних сеансах».

Реакция Бетти представляет собой классический пример отрицания: «Это не связано с вашим отъездом» (5:45). Это указывает на дискомфорт в переживании либидинальной привязанности и попытку ее отвергнуть. Первая попытка доктора Эм интерпретировать мотивацию обесценивающего отвержения Бетти по отношению к нему является несколько интеллектуализированной интерпретацией ее аффекта: «Думаю, в основе

происходящего лежит сочетание факта моего отъезда и вашего гнева на меня за то, что я не предоставляю вам ту идеальную заботу, которую вы хотите» (6:13). Эта интерпретация основана на взгляде с позиции теории объектных отношений на внутренний мир Бетти, который организован на параноидно-шизоидном уровне и содержит веру и желание найти «идеальный объект», который может предоставить идеальную заботу. Однако эта интерпретация слегка интеллектуализирована и слишком близка к теории, нежели к переживанию настоящего момента. Видя, что его первая интерпретация, которая является интерпретацией мотивации негативной поверхностной диады, встречает сопротивление, доктор Эм проводит интерпретацию, которая, с одной стороны, проще и, с другой стороны, больше связана с аффектом, который, как он чувствует, вызывает защитную реакцию: «Думаю, то, что сейчас происходит, является действительно ярким примером того, что случается, когда вы начинаете испытывать привязанность к кому-то» (7:19). Это более аффективно-обоснованная интерпретация мотивации защитного негативного переноса и избегания более глубокой позитивной диады. Этот краткий комментарий является интерпретацией более глубокого уровня: доктор Эм позволяет себе принять во внимание поверхностные данные и пойти чуть дальше, основываясь на сведениях из невербального поведения Бетти и собственного контрпереноса, который сообщал, что позитивный аффект присутствовал, хотя и вызывал защитную реакцию. Эта интерпретация не пытается предложить объяснение, скорее, она стремится привнести в сознание пациентки часть ее психического опыта (либидинальную сторону ее внутреннего расщепления), которая находится вне осознания, то есть вне наблюдения и рефлексии. Гипотеза о том, почему Бетти реагирует таким образом на свои позитивные аффекты, возникнет позже, когда доктор Эм исследует внутренние репрезентации, лежащие в основе ее параноидного переноса.

Бетти не принимает эту интерпретацию сразу. Фактически, ее ответ основан на параноидном переносе: «Почему я должна проглатывать каждое ваше слово?» (7:33), «Вы говорите всем своим пациенткам одно и то же» (7:56). Доктора Эм поразила печаль в переживаниях, которые выражала Бетти, — человек, с которым она встречается дважды в неделю в течение шести месяцев, не проявляет к ней достаточно внимания и заботы, чтобы обращаться с ней как с уникальным человеком. Доктор Эм отвечает на это метафорой, которая выражает эмпатию к ее внутреннему состоянию: «Звучит так, будто вы себя чувствуете как объект на ленте конвейера» (8:20). Это понимание ее внутреннего состояния, похоже, помогает Бетти мгновенно выйти из параноидного переноса. Она реагирует переходом в совершенно иное состояние: «Не чувствую, что я заслуживаю право быть здесь»

(8:28). Возможно, это отражает чувство вины, поскольку она почувствовала эмпатию со стороны человека, на которого она только что нападала.

Доктор Эм снова обращается к ее невербальной коммуникации: «Как вы думаете, почему вам сейчас тяжело показывать мне свое лицо?» (8:50). Когда Бетти отвечает, что просто не хочет, чтобы он ее видел, он продолжает интерпретировать мотивацию защитного поведения, направленного против либидинальной диады: «Думаю, вы не хотите, чтобы я увидел вас в момент привязанности, которую вы чувствуете сейчас. Вы не возражаете, чтобы я видел ваш гнев или отвержение, но, похоже, вы чувствуете, что вам нужно скрывать привязанность из-за страха, что я использую ее, чтобы унизить вас, отвергнув вас или отвернувшись от вас» (9:03–9:24). [Конец видео 2–1]

▶ **Видео 2–2**: Сеанс перед отпуском, часть 2 (6:12)

На видео 2–2, которое демонстрирует продолжение этого сеанса, Бетти выглядит чуть менее закрытой, однако снова дистанцируется от доктора Эм. Она не отвечает на его комментарий о том, что она «начинает испытывать привязанность», а, скорее, выходит из непосредственной коммуникации и говорит о заботе о себе. Это типичный защитный ход для человека с параноидным переносом и тревожным стилем привязанности. Доктор Эм терпеливо принимает сопротивление Бетти и готов на время продолжить исследование диад вне переноса, связанных с ее отношением к себе и к другим в окружающем мире. Он интерпретирует проявление всемогущего контроля: «Вы чувствуете, что таким образом [плохо одеваясь] можете контролировать отвержение... Вы чувствуете, что вы в кресле водителя, и, возможно, тогда вам не так больно это чувствовать» (1:02). Как было сказано выше, это временный отход от анализа переноса, но также и возможность понять что-то о динамике Бетти, которая в данный момент находится вне переноса.

Далее следует период (1:17–3:14) борьбы Бетти с привязанностью к доктору Эм и признанием позитивных аффектов по отношению к нему, одновременно с поддержанием защитной дистанции и возвратом к ее контролирующему стилю речи в форме монолога. Это смешение влечения и защиты типично для ситуации, когда в процессе критического рассмотрения защитной стратегии пациента происходит прогресс: Бетти может начать ставить ее под сомнение и рефлексировать об этом, не отказываясь полностью от долговременных защитных структур. Это одна из причин того, что средняя фаза терапии может быть довольно долгой. На этом этапе терапевт должен держать в уме вопрос, насколько позитивный аффект является функцией идеализированных внутренних репрезентаций, которые необходимо проанализировать, или же он связан с более интегрирован-

ным и реалистичным позитивным альянсом с терапевтом. В большинстве случаев идеализированные репрезентации еще удерживают свои позиции и должны быть проанализированы.

Доктор Эм снова обращает внимание на невербальную составляющую, выражая любопытство по поводу способности Бетти наблюдать за собой: «Несколько минут назад интонация вашего голоса изменилась. Вы это заметили?» (3:14) Бетти признает смену интонации и начинает описывать свою фантазию. Хотя эта фантазия представляет собой возврат к негативному переносу («Ну, моей фантазией в приемной было унизить вас» [3:30]), теперь аффекты *обсуждаются*, а не отыгрываются. В начале сеанса Бетти отыгрывала вовне без какого-либо явного осознавания или рефлексии, но теперь она способна рефлексировать о негативном переносе, а не просто отыгрывать его: она может обсуждать его как фантазию, делая его более доступным мышлению и пониманию.

Обобщая этот сеанс, мы можем сказать, что внимание доктора Эм к взаимодействию и его способность помочь Бетти найти и принять слова для прежде неоформленных аффективных состояний помогло Бетти перейти от отыгрывания к рефлексии. Читатель без сомнения сможет выделить другие элементы этого сеанса, которые мы не обсуждали. Богатство, а также, порой, и фрустрация психоаналитического подхода в том, что всегда есть место большему пониманию.

Ключевые клинические понятия

- Четыре основные техники ТФП — интерпретативный процесс, анализ переноса, использование технической нейтральности и использование контрпереноса.
- Из-за недостаточно развитой способности пограничных пациентов к наблюдению, интерпретативный процесс начинается с контейнирования мощных аффектов, которые переживаются конкретно, без символического представления и называния восприятий Я и Другого, которые, как представляется, связаны с аффектами.
- После первоначального контейнирования может начаться интерпретативный процесс, переходя от использования прояснения к конфронтации, подготавливая почву для интерпретации «здесь и сейчас».
- Анализ переноса — это исследование и анализ искажений «реальных» отношений терапевт — пациент, описанных на этапе заключения терапевтического контракта: это наблюдение и понимание отношений, которые пациент создает на основе устройства его внутреннего мира.

- Терапевт ТФП поддерживает нейтральность (т. е. не объединяется ни с одной из сил, задействованных в конфликтах пациента), чтобы способствовать росту осознавания пациентом своего внутреннего конфликта и использовать для работы с конфликтами самонаблюдение и рефлексию.
- Существует тесная связь между технической нейтральностью и контрпереносом. Большинство непроизвольных отклонений от технической нейтральности происходят из реакций контрпереноса, нераспознанных и непонятых терапевтом. Другими словами, непреднамеренные отклонения от нейтральности являются формой отыгрывания контрпереноса.
- Терапевт может непроизвольно отклоняться от технической нейтральности, если существует угроза безопасности, с которой оказывается невозможно иметь дело при помощи интерпретации и понимания.

ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ЧТЕНИЯ

Caligor E., Diamond D., Yeomans F.E., et al. The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology. J Am Psychoanal Assoc 57: 271–301, 2009.

Hersoug A., Ulberg R., Høglend P. When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? Main results of the first experimental study of transference work (FEST). Contemporary Psychoanalysis 50:56–174, 2014.

Høglend P., Bogwald K.J., Amlo S., et al. Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects? Am J Psychiatry 165:763–771, 2008 [Интерпретация переноса как техника лечения особенно важна для пациентов с долгосрочными, более тяжелыми личностными проблемами.]

Joseph B. Transference: the total situation, in Melanie Klein Today: Developments in Theory and Practice, Vol 2: Mainly Practice / Ed. by Spillius EB. London: Routledge, 1988. Pp. 61–72.

Racker H. The meanings and uses of countertransference. Psychoanal Q 26:303–357, 1957.

Reich W. Character Analysis. New York: Farrar, Straus, and Giroux, 1972 [См. главы 1–6.]

Winnicott DW: Hate in the counter-transference. Int J Psychoanal 30:69–74, 1949.

ГЛАВА 7

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ

ТАКТИКА ПСИХОТЕРАПИИ, фокусированной на переносе (ТФП), — это маневры, которые терапевт использует для подготовки почвы и грамотного применения техник (описаны в главе 6 «Техники лечения») в ходе индивидуального сеанса.

Тактика (Таблица 7–1) включает в себя активные усилия терапевта, начиная с подготовки общей структуры терапии (заключение контракта и установка границ), до выбора материала, к которому терапевт решает обратиться (определение иерархии приоритетов), и поддержания надлежащего отношения к пациенту и материалу. В данной главе мы приводим обзор тактических приемов, за исключением процедуры заключения контракта, о которой шла речь в главе 5 «Установление рамки лечения». Мы также обсуждаем основные трудности, которые могут возникнуть в ходе лечения.

Основополагающая установка терапевта — пристальное внимание ко всему, что происходит между терапевтом и пациентом, в особенности к тому, что выходит за рамки нормального человеческого взаимодействия. «Нормальный» в этом случае означает обычный вариант культурно приемлемой вербальной коммуникации между пациентом и терапевтом, в особенности так, как это было определено лечебным контрактом в начале их совместной работы. Терапевт ожидает, что пациент будет говорить о своем субъективном опыте. Если пациент этого не делает, терапевт предполагает, что пациент испытывает затруднение из-за активации во взаимодействии фантазийных, примитивных, иррациональных элементов. Осознанности терапевта и поддержанию его вниманию к таким

нереалистичным аспектам способствует наблюдение за границами, которые определяются рамкой лечения, и за любыми отклонениями от границ психотерапевтической ситуации.

ТАБЛИЦА 7–1. Тактика лечения

1. Заключение терапевтического контракта
2. Поддержание рамки лечения
3. Выбор и следование приоритетной теме при исследовании материала, который предоставляет пациент (это включает отслеживание трех каналов коммуникации, следование трем принципам интервенции и следование иерархии приоритетов касательно типов материала, который проявляется во время сеанса)
4. Поддержание подходящего баланса между разворачиванием несовместимых представлений о реальности между пациентом и терапевтом в рамках подготовки к интерпретации и установлением разделяемых ими обоими элементов общей реальности
5. Регулирование интенсивности аффективной вовлеченности

Терапевтическая позиция всегда подвержена угрозе возможного отыгрывания чувств переноса и, порой, искушению терапевта отыграть свой контрперенос. Парадоксально, но чем тяжелее болен пациент и чем более искажены межличностные взаимодействия в психотерапевтических отношениях, тем проще диагностировать примитивные объектные отношения в переносе. И наоборот, чем здоровее пациент или чем выше уровень в случае пограничной организации, тем менее заметны искажения во взаимодействии. Таким образом, терапевтам часто труднее бывает отслеживать динамику высокоуровневых пограничных пациентов, чем низкоуровневых.

1-Й ТАКТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП: ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО КОНТРАКТА

Достижение взаимопонимания в отношении целей, методов и рамки лечения начинается с обсуждения лечебного контракта, которое предшествует самой терапии. Этот процесс в деталях описан в главе 5.

2-Й ТАКТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП: ПОДДЕРЖАНИЕ РАМКИ ЛЕЧЕНИЯ

Поддержание границ лечения в целом включает соблюдение условий лечения, которые перечислены в контракте и выполняются при помощи сочетания интерпретации и ограничений сеттинга.

БЛОКИРОВАНИЕ ОТЫГРЫВАНИЯ ВО ВРЕМЯ СЕАНСА

Определенные виды поведения, несмотря на то, что могут быть нагружены смыслом, настолько отвлекают от процесса исследования, что для продолжения терапии их необходимо остановить. Таким образом, могут возникать ситуации, при которых терапевт должен обуздать поведение пациента. Первый шаг в этом — привлечь внимание к тому, насколько пациент осознает это поведение, и поинтересоваться, есть ли у него мысли о том, чем оно мотивировано. Затем терапевт может проинтерпретировать это поведение. Понимание пациентом мотивации его поступков может снизить накал и привести к более адаптивному выражению тех процессов, которые лежат в основе. Если интерпретация не приводит к завершению разрушительного поведения, терапевт может установить границы, с тем чтобы его блокировать. Сделав это, терапевт интерпретирует произошедшее, с тем чтобы восстановить позицию нейтральности.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Посреди сеанса пациент закрыл уши руками и начал выкрикивать непристойности в адрес терапевта. Терапевт попытался интерпретировать это поведение, но пациент продолжал кричать, делая диалог невозможным. В своей следующей интервенции терапевт заявил: «Вы должны прекратить крики, чтобы мы могли продолжить сеанс. Крики и прикрывание ушей руками не позволяет вам слышать и делает невозможным для меня быть для вас хоть сколько-нибудь полезным». Когда пациент перестал действовать таким образом, терапевт интерпретировал это поведение: «Вы очень злы на меня и в то же время сомневаетесь в обоснованности своего гнева. Поэтому вы делаете невозможным для себя слушание моих слов, чтобы они не усилили ваши сомнения и не вынудили вас начать думать о своем гневе».

Пациент может возразить на интерпретацию терапевта, сказав, что терапевт сам инструктировал пациента выражать свои самые интенсивные чувства. Тогда терапевт может объяснить, что выражение мыслей и чувств, действительно, крайне важно для процесса, но должна быть проведена граница, за которой выражение чувств становится препятствием для процесса. Терапевт может также обратиться к практической стороне реальности: «Я действительно сказал, что в вашу задачу входит выражать все мысли и чувства, однако ваши крики мешают моей коллеге в соседнем

кабинете выполнять свою работу, мы же должны уважать реальность, в которой работаем».

Интерпретация препятствий к поддержанию рамки лечения, создаваемых пациентом, часто подразумевает или обращение к его агрессивной части, атакующей ориентированный на выздоровление процесс лечения, или понимание попытки избежать тревоги, которая возникает, когда примитивные защитные процессы пациента дают сбой, и он сталкивается со сложным сочетанием чувств, не укладывающихся в привычную «черно-белую» структуру. Формы отыгрывания, которые могут требовать ограничения сеттингом, включают любые препятствия для соблюдения границ лечения, будь то угрозы физическим, временным или пространственным границам. Примером может служить деструктивное поведение по отношению к себе, к терапевту или к окружающим предметам; отказ покинуть кабинет по окончании сеанса; демонстрация сексуальности или сексуальные действия в отношении терапевта; а также крики, которые делают диалог невозможным.

Необходимость блокировать отыгрывание порой возникает и по отношению к поведению вне сеансов. Хотя было бы нереалистично полагать, что любое отыгрывание прекратится, как только пациент согласится с условиями лечения, определенные виды поведения настолько опасны или так отвлекают, что терапевтическая работа не может продолжиться, пока это поведение не прекратится. Установление границ вокруг определенных видов поведения может требовать помощи другого терапевта вспомогательной специальности, если пациент самостоятельно не способен в достаточной степени контролировать свое поведение. Однако, поскольку терапевты в целом склонны недооценивать способность пациента контролировать свое поведение, рекомендованная последовательность шагов предлагает вначале попытаться установить условие, которое пациент должен будет соблюдать, и затем привлечь вспомогательного специалиста, лишь если пациент явно неспособен контролировать свое поведение.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка с анамнезом анорексии вначале согласилась на условие терапевта поддерживать здоровый вес. Однако постепенно во время сеансов стало заметно, что она все больше худеет. Попытки терапевта обратиться к этому путем интерпретации не привели к изменениям, и пациентка настолько похудела, что тревога терапевта за ее состояние сделала для него невозможным спокойно исследовать проблему. На этом этапе терапевт объяснил, что терапия не может

продолжаться продуктивным образом, без того чтобы напрямую обратиться к анорексичному состоянию пациентки. Он сообщил, что для продолжения терапии с ним пациентке нужно будет проконсультироваться со специалистом по пищевым расстройствам, с которым она сможет разработать план по набору веса, регулярно взвешиваться и сохранять свой вес выше минимально необходимого уровня.

УСТРАНЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ВЫГОДЫ

Концепция вторичной выгоды возникла после того, как в психоанализе появилось понятие первичной выгоды, которую человек извлекает из симптома. В контексте идеи, что симптомы представляют собой компромисс между импульсом и запретом против него, каждый из которых в некоторой степени удовлетворяется, первичная выгода состоит в снижении тревоги, которое достигается этим компромиссом, даже если это происходит за счет переживания симптома. Например, нанесение себе порезов может быть бессознательным компромиссом между агрессивным импульсом (или сочетанием агрессивного и сексуального импульсов) и наказанием за этот импульс. Первичная цель симптома нанесения порезов состоит в снижении тревоги, которое достигается при одновременном частичном удовлетворении и импульса и запрета против него. Помимо этой первичной выгоды пациент может испытывать и вторичную выгоду, если, например, порезы привлекают внимание, вызывают озабоченность и вмешательство со стороны окружающих. Таким образом, вторичная выгода включает внешнюю пользу, которая наслаивается на симптом и увеличивает его ценность для пациента.

Внешняя польза при вторичной выгоде может угрожать лечению, поскольку улучшение в состоянии пациента ведет к утрате вторичной выгоды. Наиболее серьезные формы вторичной выгоды, которые обычно обнаруживаются у пограничных пациентов, это: 1) контроль над другими, которому могут способствовать самодеструктивные или суицидальные действия (например, пациентка говорит, что думает о самоубийстве, потому что чувствует, что терапевт торопит ее во время телефонного разговора), и 2) удовлетворенность от пассивной, зависимой роли, включая злоупотребление социальными механизмами (например, пособием по инвалидности, финансовой поддержкой со стороны семьи, возможно, и самим лечением) благодаря представлению о хроническом инвалидизирующем заболевании. Последний вариант вторичной выгоды можно наблюдать у пациентов, которые рассматривают лечение не как

способ измениться и развить самостоятельность, но, скорее, как образ жизни — заменитель активной, независимой жизни и других отношений. По нашему мнению, бездеятельность вносит свой вклад в болезнь, и движение к большей вовлеченности в активную жизнь является частью терапевтического процесса.

Ввиду этих рисков терапевт должен быть уверен, что рамка лечения не поддерживает вторичную выгоду. Таким образом, в процессе заключения контракта терапевт 1) ясно указывает, что он остается вне петли самодеструктивных действий пациента, — иначе говоря, что эти действия относятся к юрисдикции экстренных или кризисных служб и что терапевт не будет участвовать в реагировании на отыгрывание со стороны пациента; а также 2) не возьмет в терапию пациента, который отвергает идею участия в какой-то продуктивной деятельности вне терапевтической ситуации. После того как эти условия согласованы в терапевтическом контракте, они могут всплывать в ходе лечения в ситуациях, когда пациент их оспаривает. Одна из ловушек, которую мы часто наблюдали, состоит в том, что терапевты склонны, сами того не замечая, вырабатывать толерантность к патологии и поведению пациента. Кажется, это особенно справедливо в отношении тех случаев, когда патология проявляется в пассивных симптомах, наподобие бездеятельности. Порой может быть уместно, если терапевт доступным языком опишет пациенту, что из себя представляет вторичная выгода, и объяснит, почему она несовместима с целями терапии:

> Я заметил, что вы начинаете повторять паттерн, при котором кажетесь очень вовлеченной в терапию, однако, уже в течение нескольких недель не предпринимаете никаких усилий к участию в какой-либо осмысленной активности вне рамок терапии. Вы знаете, что, несмотря на то, что я считаю вовлеченность в терапию крайне важной для вас, меня беспокоит, когда она становится единственным, во что вы вовлечены. По моему опыту, существует две основные причины, из-за которых люди обращаются за терапией: одна — измениться и улучшить свое состояние, вторая — человек в терапии чувствует себя хорошо, поскольку он получает чье-то внимание и так далее. Во многих случаях мотивация к продолжению лечения состоит из сочетания этих двух причин. Сейчас меня беспокоит то, что, похоже, в вашем случае вторая причина берет верх, и, как мне кажется, подобное случалось и в прошлом, когда вы проходили терапию в течение четырех лет и не достигли заметных изменений. Нам нужно рассмотреть и обсудить эту тему, поскольку цель этой терапии — помочь вам измениться, а не заменить собой другие виды деятельности в вашей жизни.

Проблема вторичной выгоды затрагивает базовое понимание пограничной патологии и реакций социума на нее. Коль скоро пограничные пациенты рассматриваются как носители хронического, инвалидизирующего заболевания, вполне логично предлагать им долгосрочные пособия по инвалидности. Мы же рассматриваем пограничное расстройство личности (ПРЛ) как состояние, при котором 1) большинство пациентов в той или иной степени способны к целенаправленной деятельности (даже если поначалу речь идет лишь об однодневной или волонтерской работе) даже на начальном этапе лечения, и 2) большинство пациентов способны достигнуть существенного прогресса и стать автономными и продуктивными. Таким образом, мы считаем, что неопределенно долгая поддержка со стороны социальной системы наносит пациенту вред. По нашему опыту, получение социальных выплат по инвалидности на момент начала терапии является неблагоприятным прогностическим фактором. В случае, когда «выплаты по инвалидности» осуществляются со стороны семьи, терапевт может задействовать семью на этапе заключения контракта, с тем чтобы привести эту поддержку в соответствие с целями терапии.

3-Й ТАКТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП: ВЫБОР И СЛЕДОВАНИЕ ПРИОРИТЕТНОЙ ТЕМЕ

В любой психотерапии, в особенности при работе с пограничными пациентами, одной из наиболее распространенных проблем, с которой сталкиваются терапевты, является выбор проблемы, из числа многих, одновременно присутствующих в материале, к которой следует обратиться. Сеансы часто выглядят хаотичными; активация ряда разрозненных частичных Я- и объект-репрезентаций в психике пациента может приводить к появлению множества тем во время сеанса. Временами терапевт либо испытывает перегруженность информацией, когда слишком много всего происходит одновременно, либо оказывается растерян из-за того, что пациент не проявляет на сеансе видимой заинтересованности. Следовательно, терапевт часто ощущает неуверенность в том, как продолжать работу. В таком затруднительном положении для терапевта очень важно ясное понимание приоритетных тем для работы во время сеанса. Выбор приоритетной темы включает 1) отслеживание трех каналов коммуникации; 2) следование экономическому, динамическому и структурному принципам интервенции; а также 3) следование иерархии приоритетов относительно типа материала, который привносит пациент.

ОТСЛЕЖИВАНИЕ ТРЕХ КАНАЛОВ КОММУНИКАЦИИ

Каналы коммуникации представляют собой 1) вербальное содержание повествования пациента; 2) невербальную коммуникацию, включая то, как пациент говорит (интонация, громкость голоса и т. д.); и 3) контрперенос терапевта. Конечно, терапевты, которые занимаются лечением непограничных пациентов, должны осознавать все три канала, но, как правило, чем примитивнее патология, тем важнее обращать внимание на второй и третий канал — невербальную коммуникацию и контрперенос — из-за расщепленной природы внутреннего мира пограничного пациента. Пациенты обычно в целом уже осознают, что именно они говорят в конкретный момент, но не осознают внутренние противоречия или отщепленные части, которые обходят сознание и выражаются лишь через действия или соматизацию (Green, 1993). Осознавание всех трех каналов особенно важно, поскольку, когда терапевт, обученный внимательно слушать ассоциации пациента, не настроен на тонкое наблюдение за взаимодействием пациента с терапевтом и за контрпереносом, пациент может проходить терапию в течение длительного времени без какого-либо прогресса.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ, ДИНАМИЧЕСКИЙ И СТРУКТУРНЫЙ ПРИНЦИПЫ

Экономический, динамический и структурный принципы основаны на психоаналитических концепциях, включающих действующие в психике динамические силы, — взаимодействие влечений, аффектов, внутренних запретов и внешней реальности. *Экономический принцип* относится к доминирующей аффективной инвестиции в материале пациента и является ведущим принципом, помогающим терапевту решить, на каком материале сфокусировать внимание. Этот принцип основан на том, что интенсивные аффекты служат своего рода флажками, указывающими на доминирующие объектные отношения в переносе. Тема может считаться аффективно доминирующей, если содержание сопровождается значительным аффектом, или же отмечается явное отсутствие аффекта, адекватного содержанию, что указывает на подавление, вытеснение, смещение или отщепление аффекта. Аффективно доминирующий материал может порой выглядеть самоочевидным, например, когда пациент обсуждает с интенсивным аффектом онкологический диагноз своей матери. Однако может быть и так, что пациент сообщает об онкологическом диагнозе своей матери, но в течение того же сеанса с более выраженным аффектом говорит об опоздании на ра-

боту в этот день. Терапевту следует вначале собрать больше информации и исследовать этот аффект.

Если аффект пациента дискордантен тому, что можно было ожидать, терапевту следует обратиться к прояснению. Например, терапевт может задать вопрос: «Вы рассуждаете о том, стоит ли вам продолжать жить, но в то же время не похоже, что вы всерьез обеспокоены тем, что говорите». Такое исследование может привести к обнаружению преобладающей темы. Когда поведение и слова пациента не конгруэнтны, а его доминирующий аффект неясен, поведение, скорее всего, имеет большую важность, нежели вербальное содержание, и должно быть исследовано первым. Хотя принцип следования аффекту пациента может выглядеть не более чем следованием здравому смыслу, этот принцип, тем не менее, может быть крайне ценным подспорьем, например, в ситуациях, когда существует несоответствие между тем, что может логически выглядеть как приоритетная тема (к примеру, болезнь супруга), и тем, что несет наиболее выраженный аффект (например, восприятие пациентом поведения терапевта).

Если терапевт испытывает трудности с определением сферы аффективного доминирования, ему следует обратиться к любым признакам переноса в содержании замечаний пациента или в его поведении (мы будем подробнее обсуждать перенос ниже, в связи с динамическим принципом), и затем к контрпереносу. Если значимая тема так и не выявилась, терапевту следует продолжать оценивать текущий поток материала, ожидая появления аффективно доминирующего мотива. Его отсутствие может указывать на то, что пациент сознательно подавляет важный материал. В этом случае терапевту могут помочь сфокусироваться рекомендации для экстренных ситуаций, в особенности касающиеся тривиальности коммуникации (см. далее в разделе «Следование иерархии приоритетов относительно содержания»). Отсутствие значительных аффективных тем может быть особенно характерно для нарциссических пациентов с отвергающим стилем привязанности.

После того как терапевт определил, какой материал наиболее всего инвестирован аффектом, он может начать размышлять в рамках *динамического принципа*. Этот принцип связан с действующими силами конфликта в психике и предполагает, что присутствие повышенного аффекта сигнализирует о бессознательном конфликте, включающем импульс, от которого защищается человек. Как импульс, так и защита от него представлены в психике соответствующими диадами объектных отношений. Поскольку диады интернализованных отношений пациента наиболее ясно можно наблюдать в переносе, динамический принцип тесно связан с фокусом на переносе. Динамический принцип предписывает терапевту проводить

работу начиная с защиты, которую можно наблюдать на поверхности, в сторону импульса, находящегося вне сознания на более глубоком уровне.

На первых сеансах терапевт чаще всего наблюдает явления переноса, которые выполняют функцию *сопротивления*, мешающего получить доступ к более глубокому материалу. Сопротивление — это клиническое проявление защитных процессов. с оперативной точки зрения, любые затруднения, которые демонстрирует пациент, участвуя в лечении согласно заключенному лечебному контракту, представляют собой сопротивление доступу к более глубокому материалу. Задача полного исследования собственного внутреннего мира неизбежно оказывается пугающей — особенно для тех пациентов, чей внутренний мир характеризуется наличием интенсивно окрашенных неинтегрированных частей, — и, несмотря на уместность проявления эмпатии к сложности этой задачи, терапевт всегда должен быть начеку, помня о риске начать подыгрывать этому сопротивлению. С точки зрения объектных отношений, содействие сопротивлению означает отыгрывание терапевтом роли одной из внутренних объектных репрезентаций пациента — без исследования отыгрываемой диады и роли, которую она играет в защите против осознавания других внутренних диад. Примером может служить ситуация, в которой терапевт принимает позитивный перенос — роль великодушного покровителя — без исследования тонких сигналов подозрительности или настороженности у пациента.

Процессы сопротивления — не то же самое, что стены, которые подлежат сносу, но, скорее, представляют собой часть психической структуры, которой следует отдавать должное за ее информативную ценность. Эти используемые в защитных целях диады следует интерпретировать; иначе говоря, их смысл следует понимать в контексте того, от чего они защищают. Вот простой пример такого рода интерпретации: «Вы, вероятно, воспринимаете меня как строгого судью, угрожающего критика [защита], поскольку испытывать желание, чтобы я был заботливым и поддерживающим [либидинальный импульс, против которого направлена защита], могло бы оказаться слишком пугающим для вас». Интерпретация с поверхности вглубь более подробно обсуждается в главе 7. Динамический принцип рассматривается здесь в качестве дополнительной подсказки о том, на что направить интервенцию.

Терапевт использует динамический принцип для того, чтобы определить порядок обращения к материалу в процессе интерпретации. На практике терапевт может задать себе вопрос: «Против чего направлена эта защита?» — и далее должен выбрать интервенции, которые обращаются вначале к защитному уровню. Вот еще один пример: «Вы проявляете исключительную настойчивость в том, чтобы рассматривать меня как

холодного и депривирующего вас человека. Даже когда я предложил вам альтернативный сеанс, поскольку вы не смогли прийти ко мне в понедельник, вы резко ответили, что я предложил лишь один альтернативный вариант, который был удобен мне. Я заметил, что ваше представление о моей холодности и недоступности за последние недели усилилось. Вы согласитесь с тем, что видите меня именно таким образом?» Эта интервенция описывает диаду, которая выполняет защитную функцию. Если пациент согласится, терапевт может продолжить: «Похоже, тот факт, что ваше восприятие меня именно таким образом укрепилось, может скрывать другие чувства, которые вызывают у вас дискомфорт и тревогу. Едва заметные признаки, такие как выражение ваших глаз в некоторые моменты времени, позволяют предположить, что вы можете воспринимать меня иначе. Такие тонкие признаки говорят о ваших позитивных чувствах по отношению ко мне, однако по какой-то причине это заставляет вас тревожиться, что приводит к нарастанию критического отношения ко мне, с помощью которого вы как будто хотите заверить себя, что между нами не может быть ничего позитивного». Терапевт начинает обращаться к аффекту и импульсу, против которого направлена защита. Финальным шагом в этом процессе будет понимание потребности в защите против этих чувств (см. подраздел «Интерпретации на трех уровнях», глава 6).

Аффективное доминирование в большинстве случаев совпадает с трансферентным доминированием, но бывают ситуации, когда доминирующий аффект не занимает центральное место в переносе. Однако даже в этих ситуациях подтекст переноса обычно ясен. Например, если в течение первых десяти минут сеанса пациентка с неизменным спокойствием говорит на разнообразные темы и не уделяет никакого внимания терапевту, преобладающий фокус может быть направлен на исследование, как пациентка воспринимает и относится к терапевту: «Вы говорите так, будто сегодня меня здесь нет». Этот аспект переноса в таком случае становится фокусом исследования.

Если аффект и перенос расходятся — иначе говоря, если присутствует преобладающая трансферентная парадигма, но какая-то другая тема более аффективно заряжена, — именно последняя должна быть выбрана в качестве фокуса для работы. Как правило, позднее становится очевидна связь этой темы с переносом. Перенос не всегда проявляется в вербальной коммуникации — в прямых сообщениях терапевту или косвенно, в процессе обсуждения других значимых людей — что делает работу с ним особенно тонкой. Перенос часто выражается в коммуникации через едва заметные поведенческие сигналы или общий настрой. Например, для терапевта бывает важнее сфокусироваться на легком ироничном смешке, с которым

отвечает пациент, чем на содержании ответа. Для терапевта может быть важно вначале сфокусироваться на недоверии в глазах пациента, а затем интересоваться тем, как связать его с содержанием слов пациента.

Структурный принцип также полезен при выборе направлений интервенций терапевта. Этот принцип включает развивающееся понимание терапевтом структуры специфических конфликтов пациента и начинается с того, что терапевт отступает на шаг назад и формирует общую картину того, как специфические, активированные в переносе диады соединяются в целостный паттерн. В случае невротических пациентов структурный анализ подразумевает конфликты между Ид, Суперэго, Эго и внешней реальностью или же несовместимым элементом внутри консолидированной в остальном идентичности. В случае пограничных пациентов, у которых Эго и Суперэго не достигли интеграции, конфликты структурируются вокруг наиболее выраженных внутренних диад отношений и их связей друг с другом. Хотя число возможных диад отношений огромно, в клинической практике мы обнаруживаем, что каждый отдельный пациент демонстрирует ограниченное число ярко выраженных диад, которые часто повторяются в переносе. Таким образом, каждый терапевтический случай представляет ограниченное количество тем переноса. Выявление актуальных тем переноса для конкретного пациента и их взаимоотношений друг с другом помогает терапевту организовывать свои интервенции. Структурный принцип определяет, какие диады объектных отношений имеют защитную функцию по отношению к другим специфическим диадам объектных отношений и насколько пациент способен видеть их вместе в рамках конфликта с позиции «исключенного Другого». Это триадический принцип, который включает наблюдающую часть Эго пациента, представленную его временной идентификацией с аналитической функцией терапевта. Поскольку в ТФП мы наблюдаем за ходом развития психических структур, думание в рамках структурного принципа подразумевает также думание терапевта о том, что происходит с пациентом и что с ним может произойти.

В случае пограничных пациентов наиболее эффективный способ достичь этой формулировки состоит в том, чтобы определить хронический, базовый перенос, лежащий в основе переменчивых реакций переноса, которые можно наблюдать в разные моменты времени, и представляющий ключевой конфликт на данном этапе терапии. Хоть и не всегда, но в большинстве случаев пограничные пациенты начинают терапию с хроническим параноидным переносом, включающим Я-репрезентацию слабого, уязвимого Я, стоящего на страже против всякого возникающего чувства близости из-за убеждения, что объект его неминуемо отвергнет, покинет, захватит, причинит боль или станет эксплуатировать. (см. главу 9 «Средняя фаза терапии», где идет речь об эволюции типичных форм переноса).

Обобщая вышесказанное, эти три принципа напоминают терапевту о том, чтобы 1) следовать за аффектом пациента как за указателем на доминирующую в данный момент диаду объектных отношений, 2) исследовать вначале материал, который служит защитной цели, и адресоваться к нему, 3) исследовать общую организацию диад, отталкиваясь от того, какая поверхностная диада защищает против какой более глубоко лежащей диады.

СЛЕДОВАНИЕ ИЕРАРХИИ ПРИОРИТЕТОВ ОТНОСИТЕЛЬНО СОДЕРЖАНИЯ

Помимо трех принципов, описанных выше, существуют и другие ориентиры для выбора темы пациента, к которой стоит обратиться. На каждом сеансе терапевт вначале должен выяснить, есть ли неотложные приоритеты или же сеанс будет включать обычные приоритеты терапии. Терапевт должен отдавать приоритет любым видам поведения, которые угрожают безопасности пациента, терапевта или лечения. Иерархия приоритетов (Таблица 7–2) помогает терапевту определить, что представляет собой неотложные или угрожающие лечению ситуации (Таблица 7–3), а что относится к повседневным вопросам. Неотложные темы (например, угроза суицида или самоповреждения, угроза прерывания лечения, утаивание информации), в случае эффективной работы с ними имеют тенденцию отступать в течение первых шести месяцев лечения. Это позволяет терапевту больше сфокусироваться на темах, перечисленных в таблице 7–2, как на наименее приоритетных, поскольку они не угрожают лечению, но, на самом деле, составляют суть психотерапии — понимание внутреннего мира пациента.

К каждой теме следует обращаться с помощью подходящей техники — прояснения, конфронтации, интерпретации, установления границ или восстановления технической нейтральности. Со временем, по мере того как неотложные к устранению угрозы лечению сокращаются, сеансы постепенно становятся в большей степени сфокусированы на исследовании тем переноса и лежащей в основе динамики. Терапевт может считать иерархию приоритетов своего рода ориентиром для постепенной расчистки поля взаимодействия от поведенческих форм сопротивления, с тем чтобы расчистить путь для углубленного исследования развития переноса. Сопротивление пациента к исследованию соответствующих тем может выражаться в поведении, угрожающем возможности продолжать терапию: угрозах немедленно прервать терапию или покончить с собой, в препятствовании процессу исследования, даже на фоне видимости продолжения терапии. Виды поведения, которые вмешиваются в текущий канал открытой вербальной коммуникации во время сеанса, должны быть рассмотрены в порядке значимости

их угрозы для коммуникации и для самой терапии. в таблице 7–2 вначале перечислены приоритеты, представляющие препятствия для исследования переноса, начиная с наиболее прямых и заканчивая самыми малозаметными. Если эти темы отсутствуют или с ними проведена адекватная работа, терапевт фокусируется на приоритетах 2 и 3, на материале, связанном с переносом, а также на другом аффективно нагруженном материале.

Роль информации о жизни пациента вне терапии

Пограничные пациенты часто отыгрывают в своей повседневной жизни темы, которые требуют исследования в рамках терапии. Терапевту следует быть бдительным к сигналам, которые могут служить признаками подобного рода отыгрывания. Иногда такие сведения поступают лишь в виде мимолетной ремарки пациента, иногда в виде информации, предоставленной третьей стороной. Терапевту следует также быть бдительным в том случае, когда пациенты не предоставляют сведения о своей жизни вне сеансов. Если пациент, имеющий трудности в колледже или в отношениях, не упоминает об этой сфере своей жизни в течение длительного периода времени, терапевту следует активно поинтересоваться этим. Любая тема, которая возникает в связи с внешней реальностью пациента, должна сигнализировать терапевту о вероятности того, что она возникла или вскоре возникнет в качестве трансферентной парадигмы.

ТАБЛИЦА 7–2. Иерархия тематических приоритетов

1. Препятствия для исследования переноса
   - Угрозы суицида или гомицида
   - Явные угрозы для продолжения терапии (например, финансовые трудности, планы покинуть город, запросы о снижении частоты сеансов)
   - Нечестность или намеренное утаивание информации во время сеансов (например, ложь, отказ обсуждать определенные темы, молчание, занимающее большую часть сеансов)
   - Нерегулярное посещение или измененное состояние сознания во время сеанса
   - Нарушения контракта (например, отказ встретиться со вспомогательным терапевтом при наличии такой договоренности, отказ принимать назначенные препараты)
   - Отыгрывание во время сеанса (например, порча мебели в кабинете, отказ покинуть кабинет после окончания сеанса, крики)
   - Отыгрывание между сеансами, включая интрузии в жизнь терапевта
   - Неаффективные или тривиальные темы
2. Открытые проявления переноса
   - Вербальные указания на терапевта
   - «Отыгрывание внутрь» (например, нарочито соблазняющая поза тела)
   - На основании выводов терапевта (например, указания на других врачей)
3. Нетрансферентный аффективно нагруженный материал

ТАБЛИЦА 7–3. Примеры специфических угроз лечению

Суицидальное и самодеструктивное поведение
Гомицидные импульсы или действия; угрозы терапевту
Ложь или утаивание информации
Плохая посещаемость терапевтических сеансов
Злоупотребление алкоголем или наркотиками
Посещение сеансов в измененных состояниях сознания
Неконтролируемое расстройство пищевого поведения
Чрезмерные телефонные звонки; другие интрузии в жизнь терапевта
Пропуск оплаты счетов; создание ситуации, в которой пациент не может платить (например, увольнение с работы, окончание страховки)
Работа более чем с одним терапевтом одновременно
Пустое времяпрепровождение во время сеанса/тривиализация
Проблемы, вызванные внешними по отношению к сеансам факторами, которые мешают проведению терапии
Хронически пассивный образ жизни, который, не представляя непосредственной угрозы, может препятствовать любым терапевтическим усилиям по направлению к изменениям, в угоду сохранению вторичной выгоды от заболевания

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка обратилась за терапией с жалобами на депрессию и суицидальные мысли из-за того, что ее муж — тиран. По мере продвижения терапии, ее терапевт в определенный момент отметил, что она уже в течение месяца не упоминала о муже. Он поинтересовался отношениями пациентки с ним. Она ответила: «Тут и говорить не о чем. Я решила уйти от него». Пациентка не обсуждала своего плана с мужем или с терапевтом. По мере того как терапевт стал исследовать эту тему, он обнаружил, что у пациентки не было никакого реалистичного плана насчет того, на что она будет жить, когда уйдет от мужа, и после ухода от мужа она планировала завершить терапию. Исследование показало, что этот план, который она не обсуждала ни с кем, был скрытой формой причинения себе вреда. Дальнейшее исследование обнаружило, что пациентка, на самом деле, чувствовала себя ближе и к мужу, и к терапевту, таким образом этот деструктивный план был основан на чувствах тревоги и вины, связанных с лежащими в основе либидинальными процессами.

Таким образом, в вопросе выбора приоритетной темы, терапевту поможет определение наиболее важной на текущей момент темы, благодаря ана-

лизу того, что пациент говорит и что сообщает о том, что чувствует, анализу наблюдений терапевта за действиями пациента, а также анализу контрпереноса. Это соответствует идее Биона (Bion, 1962) об «избранном факте».

ОБСУЖДЕНИЕ ТИПОВ ПРЕПЯТСТВИЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕРЕНОСА

Угроза суицида и гомицида

Угрозы суицида и гомицида необходимо рассматривать в соответствии с параметрами, которые обсуждались в главе 5 применительно к процессу заключения контракта и установления терапевтической рамки. Нужно иметь ввиду, что любое упоминание суицидальных или гомицидальных мыслей может иметь важное значение с точки зрения динамики и взаимодействия, как это видно из обсуждения начала видео 2, «Сеанс перед отпуском», в главе 6.

Угроза прерывания лечения

Угрозы пациента преждевременно прервать лечение, высказанные в скрытой или явной форме, имеют наивысший приоритет по сравнению с остальными проблемами, за исключением угроз жизни или безопасности пациента, а также безопасности и жизни других людей. Среди возможных мотивов, которые могут заставить пограничного пациента думать о прерывании лечения, — возникновение потребности в зависимости, которая вызывает тревогу у пациента, развитие негативного переноса (он может защищать от более глубоко лежащего позитивного переноса, который вызывает тревогу), нарциссическая зависть к терапевту, гипоманиакальные состояния или бегство в здоровье, желание защитить терапевта от агрессивных аффектов или унизить его, сводя на нет его усилия, и так далее. Ключевой установкой терапевта в таких ситуациях является активность: например, он может позвонить пациенту, который пропустил сеанс без предупреждения, и выразить озабоченность и любопытство по поводу того, что это означает.

Следующая более серьезная угроза лечению — любой паттерн открытой или скрытой безучастности к лечебному процессу. Низкую вовлеченность, которая может проявляться в виде нечестности, утаивания информации или отыгрывания, необходимо исследовать.

Нечестность

Процесс терапии особенно уязвим к нечестности, поскольку проблема может сохраняться в течение длительного времени, прежде чем терапевт ее осознает. Заметить такую проблему может помочь подробный первоначальный сбор анамнеза, включая историю предыдущих курсов лечения. Если терапевт узнает в ходе лечения, что пациент нечестен с ним, он должен 1) объяснить пациенту, что паттерн нечестной коммуникации лишит терапию всякого эффекта и, если не разрешить его, приведет к окончанию терапии, а также 2) исследовать вместе с пациентом мотивы, лежащие в основе нечестной коммуникации.

Ложь — это выражение того, как пациент переживает себя, других и терапию. Пациенты могут лгать по множеству причин: 1) чтобы избежать конфронтаций, которые приведут к необходимости взять ответственность за свои действия, 2) чтобы избежать неодобрения или воображаемого возмездия терапевта, 3) чтобы получить контроль над терапевтом, 4) чтобы выразить свое превосходство над терапевтом, выставив его дураком, 5) чтобы избежать развития аутентичных отношений и 6) чтобы эксплуатировать терапевта. На более глубоком уровне регулярный обман выражает убеждение, что все человеческие отношения по своей природе эксплуататорские или персекуторные, и представляет собой хроническую трансферентную позицию. Поскольку успех или провал терапевтической задачи зависит от честной коммуникации, ко лжи необходимо относиться со всей серьезностью, как и к любому самодеструктивному действию. Терапевт должен постараться полностью и всесторонне проинтерпретировать искажение истины или подавление информации, в то же время признавая, что он бессилен удержать пациента от нечестной коммуникации, если таков выбор самого пациента.

Интерпретации, фокусированные на лжи или утаивании информации, могут занять недели или месяцы, в особенности в случае антисоциальных проявлений. Сколько бы времени ни потребовалось на это, полное разрешение последствий лжи со стороны пациента имеет преимущество перед всем прочим материалом, кроме жизнеугрожающего отыгрывания или опасности прерывания терапии. Если пациент, который регулярно лжет, также демонстрирует признаки жизнеугрожающего или угрожающего терапии отыгрывания, лечение должно начаться в условиях стационара, с тем чтобы были обеспечены защита и достоверный отчет (со стороны медицинского персонала), которые сам пациент не в состоянии обеспечить.

Пациенты, которые привычно лгут и демонстрируют признаки серьезной патологии Суперэго, склонны проецировать собственную нехватку

моральных ценностей на психотерапевта и считать его самого нечестным и безнравственным. Интерпретации такого переноса, таким образом, фокусируются на проекции нечестности пациента на терапевта: «Я не удивлен, что́ вы чувствуете, будто я выставил вам счет за сеанс, который, как вы считаете, не подлежит оплате, поскольку во время нашей сегодняшней встречи вы сочиняли истории вместо того, чтобы рассказывать, что происходило на самом деле. Как если бы вы не могли представить себе мир, в котором ложь и эксплуатация не являются единой валютой коммуникации».

Полное исследование трансферентного значения лжи, как и любая интерпретативная работа, следует с поверхности вглубь. (см. главу 6, где представлено более подробное объяснение этого принципа). Интерпретации переноса часто фокусируются вначале на лжи как выражении враждебности пациента по отношению к себе, равно как и по отношению к терапевту. Более глубокие интерпретации отчаяния пациента можно проводить лишь после того, как проинтерпретированы агрессивные и параноидные компоненты. Далее приведены примеры конфронтаций и интерпретаций в условиях, при которых нечестность выполняет различные функции:

- Ложь как выражение враждебности по отношению к себе: «Вы постоянно вносите изменения в рассказ о том, что произошло. Это делает для меня невозможным оказать вам помощь и, таким образом, в итоге вредит вам самим. Как будто какая-то часть вас не хочет позволить вам получить то, в чем вы так отчаянно нуждаетесь».
- Ложь как нападение на терапевта: «Вы продолжаете говорить мне одно и то же даже после того, как мы с вами пришли к выводу, что эта история выдумана. Следовательно, вы ведете себя со мной так, будто я не заслуживаю вашего уважения и будто вы стремитесь свести мои усилия к нулю».
- Ложь как выражение страха возмездия: «Вы, кажется, боитесь сказать мне правду о том, что взяли мой журнал из приемной, поскольку думаете, что, если скажете об этом, я разозлюсь и перестану с вами работать».
- Ложь как выражение разочарования: «Вы действуете так, будто единственный способ спасти свою шкуру — придумать небылицу о том, что происходит. На мой взгляд, это означает, что вы не верите, что если бы я вас узнал на самом деле, из этого получилось бы что-то хорошее».

Иногда возникают ситуации, в которых у терапевта появляется неопределенное ощущение, что пациент неискренен, однако у него нет возможности точно определить, на чем основано это впечатление. В таком

случае абсолютно уместно сказать пациенту: «У меня есть чувство, будто вы не совсем откровенны со мной. Давайте попробуем разобраться, относится эта проблема ко мне или к вам».

Утаивание информации

Утаивание, как вариант нечестности, должно рассматриваться в качестве прямой угрозы лечению. В контексте задействованной динамики нечестность и утаивание могут быть в одинаковой степени мотивированы деструктивной внутренней частью Я, которая сопротивляется процессу лечения, чтобы защитить себя от анализа и сохранить расщепление, организующее опыт пациента. Признаки утаивания могут обнаруживаться в несоответствиях между тем, о чем пациент сообщает, и другими источниками информации, как в этом примере, взятом из фазы сбора анамнеза пациента: «Вы не сказали мне, что ваши ночные звонки доктору Смиту стали проблемой во время вашей терапии, однако в разговоре он сообщил мне, что участившиеся звонки явились одной из основных причин, по которой он рекомендовал вам обратиться за терапией к другому специалисту».

При рассмотрении отклонений от честной и полноценной коммуникации или ее срыва терапевт должен проводить различие между эпизодическим и хроническим подавлением. *Эпизодическое подавление* — это сознательное утаивание информации касательно очерченной области. В целом, пациент наверняка будет испытывать искушение подавлять наиболее конфликтные аспекты, но его позитивная мотивация позволит преодолеть это искушение. *Хроническое подавление* — это систематическое сознательное утаивание пациентом материала в течение длительных периодов времени или продолжительный отказ говорить большую часть времени в течение одного или нескольких сеансов. Хроническое подавление может отражать попытки контролировать лечение (или терапевта), активный соревновательный настрой по отношению к терапевту, выраженные параноидные страхи (как при психопатическом или параноидном переносе первазивного качества) или чувство вины за какие-либо действия.

Когда пациент признает, что существует тема, о которой трудно говорить, терапевту, прежде чем разбираться с конкретным содержанием, которое утаивает пациент, следует обратиться за прояснением и исследовать предположения пациента о последствиях раскрытия секретов. Это пример ситуации, в которой необходимо исследовать защиту (причину утаивания) прежде содержания (того, что утаивается). Помимо исследования фантазий пациента, терапевту следует конфронтировать и исследовать конфликт между согласием пациента на основные правила открытой

коммуникации и последующим утаиванием или ложью. Значение этого поведения по отношению к терапевту может добавить новый уровень понимания к предположениям пациента по поводу терапевта (например, пациент может полагать, что терапевт будет реагировать в гневной, критикующей манере, но, утаивая информацию, пациент действует таким образом, который сам по себе провоцирует гнев и критику). Очень часто для проработки соревновательности, страхов или чувства вины, лежащих в основе утаивания, требуется длительный период времени.

Нерегулярное посещение

Проблема плохой посещаемости, вероятно, покажется самоочевидной — терапия не может происходить, если одна из сторон процесса отсутствует, — но вовсе не обязательно, что терапевту просто работать с этой проблемой. Пациенты часто апеллируют к *невозможности* регулярного посещения: «В моей сфере работы никогда нельзя предсказать, когда начальник даст тебе неотложное задание»; «Мне приходится полагаться на няню, и невозможно знать заранее, когда она доберется до нас»; «Мой муж подвозит меня сюда, и он не понимает важности приезжать вовремя»; «Меня начинает мучить колит (мигрень, предменструальный синдром и т. д.), и я просто не могу выйти из дома». Терапевт может начать чувствовать обычное требование регулярного посещения сеансов жестким, ригидным идаже садистичным. Однако, если терапевт начинает думать о базовых условиях терапии как о требованиях, это повод поразмыслить о том, что разворачивается в переносе и контрпереносе. На уровне реальности, даже несмотря на то, что посещение сеансов действительно может требовать значительных усилий, терапевту не стоит забывать о важности лечения для пациента, заболевание которого может нести угрозу его жизни.

В этой связи необходимо донести до пациента простой факт, что лечение не может происходить, если он отсутствует в кабинете, и этот аспект реальности, пусть и вполне очевидный, необходимо констатировать для пациента, который пропускает сеансы. Один из вариантов примитивной защиты всемогущего контроля состоит в том, что пациент представляет, будто кто-то другой может позаботиться о нем, даже не имея возможности действовать каким-либо реальным образом. Если пациент, который посещал сеансы регулярно, начинает пропускать их или опаздывать, терапевт прежде всего должен ясно донести до пациента, что эти действия являются формой отыгрывания, которая мешает терапии и вполне может привести к ее завершению. Затем терапевт может перейти к исследованию этого поведения.

Обучающиеся терапевты часто спрашивают: «Сколько сеансов пациент может пропустить, прежде чем я завершу лечение?» Такая формулировка вопроса позволяет предполагать, что два ключевых момента не принимаются во внимание. Во-первых, в этом случае не терапевт завершает лечение; именно пациент посредством своих саботирующих действий делает лечение невозможным и, таким образом, завершает его. Ответственность терапевта состоит в том, чтобы указать, что именно происходит. Во-вторых, идея о том, что существует некое абсолютное число пропущенных сеансов, которое определяет, перестает ли терапия быть эффективной, говорит о том, что терапевт отказывается от своего клинического суждения в пользу объективного правила, применимого к любому пациенту в любой терапии. Хотя такое правило, как может показаться, упростило бы задачу терапевта, именно в его ответственности решать, когда пропуски сеансов создают паттерн или тенденцию, которая делает продолжение терапии бессмысленным. Заранее зафиксированное число сеансов, которые могут быть пропущены, может играть на руку проекции на терапевта ригидной и наказывающей фигуры, налагающей правила, которые пациент обязан соблюдать. Эта стратегия также может привести к игре в «кто первый струсит», когда пациент, постепенно приближается, как правило, во время якобы непреодолимого кризиса, к магической цифре допустимых пропусков, как бы бросая вызов терапевту, с тем чтобы тот выполнил свою «угрозу» окончания лечения.

Психическая доступность во время сеансов

Естественным следствием требования посещать сеансы является необходимость в том, чтобы пациент был на них психически доступен. При наличии любых признаков того, что пациент пребывает под влиянием алкоголя или наркотиков, терапевт должен объяснить, что такое поведение делает эффективную работу невозможной и может привести к окончанию конкретного сеанса и, если становится паттерном, к окончанию всей терапии. В целом, вопрос злоупотребления психоактивными веществами рассматривается на этапе заключения контракта. Может, однако, случиться так, что эта проблема возникает в ходе курса лечения или что пациент не придерживается первоначального соглашения и продолжает либо возобновляет злоупотребление алкоголем или наркотиками. Роль терапевта в таком случае включает необходимую оценку состояния, с тем чтобы определить, может ли пациент безопасным образом вернуться домой либо он нуждается в госпитализации. Терапевту следует пояснить пациенту, что во время следующей встречи они исследуют значение нарушения контракта

и пересмотрят его параметры в части, касающейся злоупотребления психоактивными веществами.

Нарушения контракта

Многие из обсуждаемых приоритетных тем затрагивают проблему того, как обходиться с нарушениями универсальных условий лечения, о которых идет речь в контракте. Пациент может нарушить любое конкретное соглашение, которое было заключено применительно к конкретной проблеме.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Терапевтический контракт пациентки включал условие, что, в случае если она нанесет себе порезы, то перед тем, как прийти на следующий сеанс, она должна будет пройти осмотр врача общей практики, чтобы убедиться, что ей не нужно накладывать швы и что нет риска инфекции. В начале сеанса пациентка упомянула, что она порезала себя в момент гнева, и продолжила говорить о том, что ее беспокоило. Терапевт прервала пациентку вопросом, обратилась ли она за осмотром к врачу общей практики. Она к нему не обращалась. Выяснив, что другие, более высокоприоритетные проблемы отсутствуют (например, угроза суицида, угроза прерывания терапии и т. д.), терапевт напомнила пациентке об их соглашении по поводу порезов и сказала, что она не может продолжить сеанс, как если бы пациентка выполнила свою часть соглашения. Терапевт сообщила пациентке, что они смогут вернуться к терапевтической работе после выполнения ею она своего обязательства, и первым делом они должны будут исследовать значение того, что произошло — как нанесения порезов, так и нарушения соглашения. [Следует отметить, что не все терапевты придерживаются такой политики применительно к порезам. Политика конкретного терапевта определяется его уровнем комфорта и способностью ясно думать в работе с такой проблемой. Некоторые терапевты готовы обсуждать эпизод нанесения поверхностных порезов, без того чтобы предварительно отправлять пациента на осмотр к врачу общей практики.]

Интрузии в жизнь терапевта

Вторжение в жизнь терапевта аналогично созданию физических угроз терапевту, с тем отличием, что вред, причиняемый таким образом, больше психологического, нежели физического характера, и соответствующие

действия могут выглядеть менее агрессивными. Интрузии могут представлять собой повторяющиеся звонки терапевту домой, поиск личной информации о нем в Интернете, слежку за терапевтом или его семьей, посещение публичных мест с целью встретиться с ним. Наиболее агрессивнее формы интрузии, как, например, слежка, не предполагают такой гибкости, как в ситуации с телефонными звонками. Поскольку слежка, которая часто представляет собой поведенческое проявление первазивных параноидных и враждебных убеждений, никогда не может быть оправданной и позволяет предполагать наличие серьезной неспособности контейнировать трансферентные чувства в рамках терапии, терапевту следует ясно заявить о том, что любая ее попытка будет вести к немедленному пересмотру целесообразности лечения.

Проблемы за пределами сеансов, затрагивающие терапию

Пациенты могут угрожать эффективности терапии посредством косвенных действий. Типичные примеры включают создание пациентом ситуации, при которой он не может оплачивать гонорар (например, увольнение, завершение страховки, отчуждение от родителей, которые помогают оплачивать терапию), либо регулярно посещать сеансы (например, устройство на работу с непредсказуемым графиком). Терапевт должен быть внимателен к последствиям любых действий, о которых сообщает пациент, поскольку пациент может приносить подобные новости, не проводя никакой связи с последствиями касательно терапии. Пациенты также могут предпринимать действия, которые запускают сильные негативные реакции по отношению к терапии со стороны третьих лиц в жизни пациента. Например, пациент может вызывать интенсивную ревность у супруга, который затем путем манипуляций предпринимает действия, направленные против терапии.

Отыгрывание вовне

Следующей приоритетной темой для интерпретативной интервенции, вслед за поведением, угрожающим жизни или терапии, нечестностью и нарушениями контракта, является отыгрывание вовне. Отыгрывание — это выражение бессознательного конфликта в действии, а не в эмоциональном переживании, воспоминании или вербальной коммуникации. Отыгрывание вовне может предоставлять основополагающую информацию о конфликтах пациента, но, в то же самое время, за счет своей защитной функции мешает осознанию или личностному изменению. Отыгрывание имеет

тенденцию к закреплению, поскольку оно служит снижению внутреннего напряжения вокруг конфликта и тем самым может приносить значительное удовлетворение. Отыгрывание необходимо систематически исследовать и, в идеале, разрешать с помощью интерпретации.

Существует множество типов отыгрывания. Пациенты могут отыгрывать между сеансами или во время сеансов. Формы импульсивного или самодеструктивного поведения вне сеансов могут включать, помимо самоповреждения, провоцирование агрессии в других или импульсивное необдуманное погружение с головой в хаотичные «любовные» отношения. Формы отыгрывания во время сеансов включают крики, бросание предметов, опоздания или преждевременный уход, которые возникают вместо словесного выражения переживаний. Отыгрывание также может принимать форму кратковременных действий в ходе сеансов, которые иногда длятся в течение минуты или меньше, когда пациент делает что-то, что выбивает терапевта из колеи или застает врасплох. Пациент может внезапно сказать что-то, что резко меняет всю ситуацию, например: «О, забыла сказать вам, я беременна уже три месяца», — а затем как ни в чем не бывало продолжить говорить о чем-то другом. В этом примере представлены сразу две формы отыгрывания — сокрытие информации о чем-то, что длится в течение продолжительного времени вне сеансов, а также внезапное заявление, которое оказывает мощное действие на ход сеанса.

Интерпретации порой должны быть сфокусированы на том, как сложности внешней реальности игнорируются ради поиска удовлетворения в своем внутреннем мире. Терапевт может сказать, например: «Мы пришли к мысли, что ваше молчаливое сидение здесь может обеспечивать вам ощущение, что вы сильнее меня и контролируете ситуацию. Вопрос в том, какую цену вы платите в реальном мире за это внутреннее чувство удовлетворения. Поскольку ваша вербальная активность во время сеанса помогает нам прогрессировать в работе, это чувство власти может вам стоить продвижения вперед».

Помимо обычных типов отыгрывания, которые относительно просто диагностировать и лечить, существуют и более трудноуловимые формы. Один из видов отыгрывания обычно находит выражение за пределами сеансов и отражается в отщепленных долговременных паттернах поведения, которые часто предшествуют началу терапии; эта форма видна, скорее, в паттернах «проживания», нежели «отыгрывания», таких как, например, хроническое морбидное ожирение. Терапевт должен быть бдительным по отношению к тому, что происходит во внешней жизни пациента, чтобы диагностировать такие формы отыгрывания, что порой бывает сложно, поскольку они могут протекать незаметно и со временем постепенно нарастать.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациент на третьем году терапии внезапно объявил, что больше не может продолжать работать с терапевтом, поскольку потерял право на стипендию из-за плохих оценок и поэтому не может платить за терапию. Лишь впоследствии терапевт осознал, что в течение последних нескольких месяцев пациент эпизодически сообщал, что не успел во время сделать домашнее задание или прочитать материал. Как часто бывает с такими пациентами, он все время приписывал (или объяснял) эти действия влиянием каких-то внешних сил, таких как шумный сосед по комнате или чрезмерно требовательный преподаватель. Лишь в ретроспективе терапевт смог осознать, что долговременный паттерн пассивного деструктивного отыгрывания пациента повторился таким образом в форме угрозы терапии.

Тривиальные темы

Одна из наиболее трудновыполнимых задач для начинающих ТФП-терапевтов состоит в том, чтобы определить, когда предоставляемый пациентом материал относится к тривиализации и служит избеганию действительно важного материала. Такая сложность обычно возникает во время перехода между ранней и средней фазой терапии. По мере того как уровень отыгрывания снижается, а динамика в большей степени сконцентрирована внутри терапевтической рамки, пациент может начать избегать наиболее аффективно заряженных и конфликтных сфер своей патологии, переходя в общее состояние тривиализации терапии. У терапевта может уйти некоторое время на то, чтобы осознать эту проблему, поскольку поначалу может казаться, что пациент следует базовому правилу свободных ассоциаций. Однако существуют определенные поведенческие корреляты тривиализации. Один из них состоит в том, что в начале пациент во время сеансов как будто бы работает адекватно (терапевт в это время часто пребывает в соответствующем «убаюканном» состоянии), но может при этом сообщать об интенсивных необъяснимых моментах острой тревоги или дисфории между сеансами, которые передают невидимый на сеансах дистресс.

Также присутствие тривиализации вероятно, если возникает чувство, что пациент обустраивается в отношениях с терапевтом, которые становятся сами по себе настолько удовлетворяющими, что начинают заменять внешнюю реальность в жизни пациента, — это так называемый исцеляющий перенос. Это может принимать форму бегства в здоровье, когда пациенту внешне становится лучше, но, помимо снижения уровня

отыгрывания, отсутствуют какие-либо изменения в его жизни вне сеансов — нет разрешения проблем в межличностных отношениях, уровне функционирования или диффузии идентичности. В этом состоянии терапия может, по большей части, становиться источником удовлетворения, и терапевт воспринимается как заинтересованный компаньон. Содержание сеансов может состоять из сообщений о повседневной жизни пациента на поверхностном уровне, в которых отсутствуют признаки саморефлексии или осознания тяжести проблем, которые привели пациента в лечение. Терапевт рискует оказаться в «убаюканном» состоянии забывания о тяжести проблем пациента, и ему могут понадобиться усилия, чтобы напомнить себе о неудовлетворительном качестве работы пациента, его социальной и любовной жизни. Терапия может стать убежищем от испытаний для самооценки, исходящих от внешнего мира. Задача терапевта выявить, когда материал представляет собой тривиализацию, не противостоит принципу свободных ассоциаций, но, скорее, дополняет его адекватной оценкой силы сопротивления. Другими словами, значение ассоциаций пациента может заключаться в демонстрации сопротивления глубокому исследованию. Если дело обстоит так, терапевту следует указать на отход к *относительно* маловажному материалу, — особенно потому, что в историях пациентов мы встречаем случаи, когда годы были потеряны на работу с тривиальным материалом в терапии, в то время как жизнь пациентов продолжала ухудшаться.

4-Й ТАКТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП: ИССЛЕДОВАНИЕ НЕСОВМЕСТИМЫХ С РЕАЛЬНОСТЬЮ ВЗГЛЯДОВ

Общий подход ТФП состоит в том, чтобы пациент углублял свой взгляд на мир и, в особенности, терапевта и свои взаимоотношения с терапевтом. Одна из причин фокусирования на взаимодействии состоит в том, что это единственный контекст, в котором терапевт может точно оценить расхождения между *описанием* пациентом своего субъективного опыта и *самим опытом*. Например, у терапевта обычно недостаточно сведений, чтобы знать, является ли описание точным или содержит некие искажения. Однако, если пациент строго критикует терапевта за черствое отношение, в то время как терапевт просто придерживается своей роли, у терапевта появляется более ясная картина склонности пациента воспринимать внешние реальные объекты через искажающую призму внутренней объектной репрезентации. Таким образом, ТФП-терапевты должны с осторожностью относиться

к свойственной людям склонности немедленно исправлять искаженный образ себя, поскольку именно исследование этого искаженного образа привносит в терапию важнейшие сведения.

Тактика исследования несообразных взглядов требует от терапевта определенного чувства баланса. С одной стороны, терапия продвигается вперед благодаря наблюдению за искажениями пациента. С другой стороны, интерпретация бессознательного материала невозможна, если только пациент не согласится с терапевтом в том, что же, в конце концов, является «реальностью» ситуации. Могут быть интерпретированы лишь те искажения реальности, которые признаны таковыми и становятся эгодистонными. Таким образом, цель заключается в том, чтобы проработать субъективный опыт или убеждения пациента и затем установить, осознает ли пациент (или может осознать), в какой степени его убеждения отклоняются от обоюдно разделяемой реальности. Этот баланс между проработкой и оспариванием искажений на основе внутреннего объектного мира пациента в некоторой степени следует рекомендации Джона Стайнера (John Steiner, 1993) о том, что на ранних стадиях лечения следует исследовать образ терапевта, который складывается у пациента, не отвергая и не принимая его. Внутренняя объектная репрезентация, проецируемая на терапевта, вначале исследуется без каких-либо попыток связать ее с психикой пациента. Терапевтическое ожидание состоит в том, что постепенная экспозиция пациента к проецируемой репрезентации и толерантность к ней в той форме, в которой она проживается «в кабинете», постепенно облегчает признание пациентом роли этой репрезентации в его внутреннем мире. Твердая установка терапевта на приверженность лечению и интерес к пациенту являются частью того, что позволит пациенту поставить под вопрос образ, который он проецирует на терапевта. Однако, в случае когда искаженные взгляды пациента угрожают развитию или непрерывности лечения, терапевту может быть необходимо занять более активную роль, оспаривая искажение и пытаясь установить общие элементы обоюдно разделяемой реальности (см. «Клинический случай исследования несовместимых реальностей» ниже).

Прояснение, конфронтация и интерпретация — это исследовательские инструменты, с помощью которых терапевт оценивает способность пациента к тестированию реальности. Этот процесс может состоять из нескольких шагов, как будет проиллюстрировано в следующих примерах.

Пациентка выражает убеждение, что ее врач заинтересован в том, чтобы заняться с ней сексом. Терапевт вначале должен прояснить, сообщает ли пациента эмоциональное переживание, интеллектуальный домысел, фантазию или бредовое убеждение: «Вы хотите сказать, что предполагаете,

что я могу думать об этом, или же вы считаете, что я активно заинтересован в том, чтобы заняться с вами сексом?» Если предположить, что пациентка укажет на последний вариант, в следующей интервенции терапевту необходимо прояснить основание для таких мыслей пациентки: «Что такого во мне — в моих словах или действиях — подвело вас к идее, что я хочу заняться с вами сексом?» Следующая задача состоит в том, чтобы предложить пациентке порефлексировать над этим убеждением в контексте всего лечебного опыта до настоящего момента: «Есть ли в наших встречах до настоящего времени что-либо, что позволяет предположить, что, возможно, это и *не* так?»

Затем терапевту следует постараться оценить степень убежденности, с которой пациентка придерживается своего взгляда. Важно помнить, что уровень достоверности, который пациентка приписывает любому искаженному убеждению, может разниться. Например, терапевт может сказать: «Имеете ли вы в виду, что я никакими словами или действиями не смог бы убедить вас, что я не заинтересован в том, чтобы заняться с вами сексом?»

Далее терапевт обычно интерпретирует защитный аспект, с тем чтобы проверить, улучшится ли тестирование реальности: «Может ли быть так, что вы придерживаетесь этой точки зрения обо мне, поскольку она выражает ваше глубокое убеждение, что мужчины не заслуживают доверия и заинтересованы лишь в том, чтобы воспользоваться вами? Любой противоположный взгляд на мужчин, который открывает иные перспективы, может угрожать свойственному вам избеганию всякой близости с мужчинами и столкнет вас с навязанным вами самой себе отказом от нее ». Эта интерпретация проводится несмотря на то, что отсутствуют явные признаки эго-дистонности убеждения пациентки. Интерпретация представляет собой дальнейшую попытку создать пространство для рефлексии, в котором перцепция пациентки может стать эго-дистонной, даже если предыдущие усилия, по всей видимости, потерпели неудачу.

Если потерпели неудачу все описанные выше подходы, терапевту стоит продолжить прикладывать усилия, чтобы найти ту точку, где убеждение пациента становится эго-дистонным. Для этого терапевту важно сохранять внутреннюю согласованность между убеждением пациента и ходом исследования. Рассуждая в рамках системы убеждений пациента еще более логично, чем сам пациент, терапевт может форсировать идентификацию точки, в которой система убеждения перестает быть для пациента убедительной. Таким образом, в данном примере терапевт, придерживаясь логики убеждения пациентки, может сказать: «Вы считаете, что я готов рискнуть своей профессиональной репутацией, занявшись с вами сексом?» Или: «Если вы

на сто процентов уверены в этом, почему вы находитесь здесь?» Таким образом, терапевт движется с поверхности вглубь, вначале тестируя границы понимания реальности пациентки и затем интерпретируя предполагаемую защиту, мешающую точному восприятию реальности.

После того как терапевт выполнил эти шаги, в случае если ему становится ясно, что у пациентки бредовое убеждение (т. е. ложное убеждение, которое является высоко идиосинкратичным и мотивированным и не поддается обычным способам логического осмысления), следует применить технику работы с психотической регрессией в переносе.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Терапевт начал сеанс на пять минут позже запланированного времени, и первыми словами пациентки были: «Становится все более и более ясно, что я вам не нравлюсь и что вы не хотите меня видеть. Каждый раз появляется новое свидетельство в подтверждение этого. Вы заставляете меня ждать, как будто желая показать, что вам было бы лучше, если бы я ушла, и я уже почти собралась уйти. Если бы вы продержали меня в приемной еще минуту, меня бы здесь не было, и вы бы больше никогда меня не увидели». Многие терапевты испытали бы искушение ответить, обороняясь и, в то же время, успокаивая, в стремлении поддержать усилия пациентки по направлению к изменениям, но не докапываясь до корня проблемы. Такой терапевт мог бы сказать: «Давайте рассмотрим вашу реакцию. Вы склонны быть столь ригидной и требовательной к себе и к окружающим, что не остается пространства для маневра. Все же пятиминутная задержка — явление не настолько необычное».

ТФП-терапевт, скорее, ответит следующим образом: «Расскажите подробнее, каким вы меня видите сейчас. То, что я открыл дверь на пять минут позже, явилось для вас очевидным подтверждением тому, что вы мне не нравитесь. Могли бы вы подробнее описать, что, на ваш взгляд, я думаю о вас и каковы, по-вашему, причины того, что вы мне не нравитесь?» Позднее терапевт может предложить интервенцию такого рода: «Если вы убеждены, что не нравитесь мне, как вы понимаете причины того, почему я продолжаю работать с вами?». Во многих случаях пациентка сможет достичь некоторого инсайта самостоятельно, следуя линии этого исследования. Пациентка, возможно, заметит, что ее описание отношения терапевта к себе настолько экстремально, что начинает «рушиться под собственным весом», как нереалистичная карикатура. Вероятно, пациентка увидит противоречия в собственных словах, либо осознает, что ее крайне негативное описание терапевта не совпадает

с другими фактами, например, с тем, что терапевт периодически идет ей навстречу, перенося сеансы. Такая способность соединять позитивные и негативные ассоциации представляет собой начало интеграции.

Тем не менее бывают ситуации, когда пациент плотно сцеплен со своей проекцией и не приходит к какому-либо инсайту самостоятельно. В таких случаях терапевт должен занять более активную позицию. В крайних ситуациях восприятие пациента искажает объективные факты. Пациентка из предыдущего примера могла бы сказать: «Вы заставили меня прождать половину сеанса, могли бы просто сказать мне вообще не приходить». В подобной ситуации первым делом необходимо определить, насколько пациентка и терапевт разделяют общее видение фактов, прежде чем исследовать значение этих фактов для пациентки. Терапевт может сказать: «Когда вы сказали, что я заставил вас ждать половину сеанса, вы говорили буквально или это была фигура речи?» Если пациентка признает некоторое преувеличение, терапевт может перейти к исследованию восприятия пациенткой его самого и значения пятиминутной задержки.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ИССЛЕДОВАНИЯ НЕСОВМЕСТИМЫХ РЕАЛЬНОСТЕЙ

Если пациентка, которой пришлось подождать пять минут, говорит: «Вы заставили меня ждать двадцать минут, и если не признаете этого, значит вы лжец, и я уйду отсюда немедленно», — терапевт прежде всего должен провести конфронтацию пациентки с их расходящимися взглядами на реальность. Например, он может сказать следующее:

Терапевт: Вы говорите, что я открыл дверь на двадцать минут позже; я же говорю, что открыл дверь на пять минут позже. Не может быть, чтобы мы оба были правы. В этой ситуации нам нужно рассмотреть различные варианты. Мы оба не можем быть правы. Один из нас неправ и неспособен пересмотреть свою позицию. Похоже на то, как будто в кабинете находится нормальный человек и человек, не пребывающий в контакте с реальностью, и мы не можем решить, кто есть кто. Поэтому я предлагаю исходить из того, что в кабинете присутствует элемент сумасшествия, и нам стоит постараться выяснить, откуда исходит это сумасшествие. Единственная альтернатива — признать, что кто-то из нас лжет. Если вы думаете, что я лгу, пожалуйста, скажите мне об этом, чтобы мы могли выяснить, что это означает.

Этот метод исследования несовместимых реальностей следует общему принципу исследования переноса в ТФП. Ключевой проблемой является то, что на данный момент у терапевта и пациентки нет общего восприятия реальности. Приоритетной задачей в этом случае является прояснить природу фантазии, задействованной в этом сумасшествии. Как пациентка понимает эту несовместимость двух реальностей? Является ли терапевт злонамеренным, невежественным или сумасшедшим? Действительно ли он настолько невнимателен или безразличен, что не может следить за временем? Обесценивает ли он пациентку настолько, что готов лгать ей? Если пациентка считает, что терапевт лжет, почему он лжет? Почему пациентка приходит к терапевту, который, как она считает, способен солгать?

Исследование несовместимых реальностей в целом ведет к раскрытию части внутреннего мира пациента, которая проецируется на терапевта. В приведенном случае пациентка приписывала своему терапевту внутренний объект, который был очень критичен к пациентке и нес ответственность за то, что она часто чувствовала себя «отвратительной». Ее восприятие самой себя как отвратительной до некоторой степени снижалось, когда она фокусировалась на идее, что кто-то другой отвергает ее. Это не освобождало ее от проблемы, но помещение источника отвращения в терапевта позволяло ей дистанцироваться от него и направить свое гневное неодобрение не на себя, а на него, за то, что он был настроен к ней осуждающе.

В экстремальных случаях пациент может крепко держаться за убеждение, которое представляет собой временную утрату тестирования реальности. В таком случае терапевт должен провести диагностическое дифференцирование между острым эпизодом психоза, который иногда может развиться в ходе лечения с пограничным пациентом, и психозом переноса, при котором утрата тестирования реальности происходит лишь по отношению к терапевту и не затрагивает жизнь пациента вне терапии.

В качестве заключительного комментария по поводу баланса между проработкой искаженного взгляда и установлением общих элементов реальности отметим, что в большинстве случаев перцепции пограничных пациентов основаны на элементах внешней реальности — на *событиях-триггерах*. Это делает особенно важным для терапевта сохранять чувство пропорции и периодически задавать себе очень важный вопрос: «Как соотносится реакция пациента с ожидаемой реакцией человека в рамках нормального диапазона мышления и поведения?» Этот вопрос основан на практическом, операциональном определении пере-

носа: перенос — это всякая реакция пациента на терапевта, которая выходит за рамки нормальной ожидаемой реакции. Например, в случае, если терапевт начал сеанс на пять минут позже, верно то, что терапевт действительно заставил пациентку ждать, но также верно и то, что нормальной ожидаемой реакцией на это будет понимание, что такие вещи иногда случаются, без того чтобы усматривать здесь доказательство отвержения со стороны терапевта. Однако терапевт может подумать: «Было очень бесчувственно и, возможно, даже жестоко с моей стороны заставлять пациентку ждать. Мне стоило подумать о ее ранимости». Эта линия размышления спутывает внутреннюю реальность пациентки с внешней реальностью, подразумевая контртрансферентную реакцию, над которой терапевту необходимо подумать. Сдвиг терапевта в сторону ощущения собственной жестокости позволяет предполагать, что он принял проекцию внутреннего объекта — это пример проективной идентификации.

Вопрос о том, какая часть субъективного опыта терапевта представляет погружение во внутренний мир пациента, а какая — сохранение опоры во внешней реальности, всегда остается актуальным, поскольку — возвращаясь к аффекту в случае начала сеанса на пять минут позже — терапевты действительно могут быть бесчувственными или жестокими, и может потребоваться определенная рефлексия, чтобы решить, что реально, а что исходит от пациента. В такой ситуации терапевт найдет свои ориентиры в терапевтической рамке: рамка, оформленная в контракте, устанавливает *реальность* терапевтических отношений. Например, во время сеанса, на котором пациентка обвиняет терапевта в жестокости, поскольку он не продлил сеанс в тот день, когда она опоздала, терапевту необходимо напомнить себе, что он действует в соответствии с изначальным взаимным соглашением касательно времени сеансов. Это помогает ему разместить «жестокого эгоиста» как персонажа во внутреннем мире пациентки, а не кого-то, кем он стал в данный момент в реальности.

Озабоченность терапевтов кажущейся хрупкостью пациентов отражает озабоченность сложными задачами со стороны защитной системы пациента. Пациенты находят определенную внутреннюю стабильность, проецируя жестокие объекты на окружающих, хотя и за счет мирных межличностных отношений. Терапевт может беспокоиться о болезненном переживании пациента, в случае если его проекция будет поставлена под сомнение. Терапевты должны помнить, что им следует решить, продолжить ли работать таким образом, надеясь

на глубинные изменения, либо предложить более «поддерживающую» терапию, которая отдает должное защитным системам пациента, что ведет к меньшему уровню болезненных переживаний в настоящем, но снижает шансы на глубинные изменения.

Обобщая сказанное, при всяком терапевтическом взаимодействии важно, чтобы терапевт помнил о необходимости сопоставлять реакцию пациента с нормальной ожидаемой реакцией, поскольку сила интенсивных аффектов пациентов иногда может убеждать других в том, что их восприятие истины является верным и никак не связано с аспектами их внутреннего мира, которые необходимо проанализировать. Эта власть убеждения в правильности восприятия вещей пациентом может приобретать значение как в ситуациях идеализированного позитивного переноса, так и в ситуациях негативного переноса. Например, пациентка может сказать: «Дело не в моем воображении. Я знаю... вы в меня влюблены. Вы бы не смотрели на меня так, если бы не были... и еще тот факт, что я заметила, как вы улыбнулись, когда я сказала, что подумываю уйти от мужа. И когда вы согласились с тем, что я достигла в этом прогресса — думаю, это ваш способ сказать мне, что скоро мы сможем закончить наши дела, И тогда, наконец, сможем сделать то, чего оба хотим». Опытный терапевт не будет чувствовать себя виноватым или извиняться за то, что у него дружелюбное выражение лица. Он станет исследовать объектные репрезентации, которые активируются во внутреннем мире пациентки (и бывают одновременно мощными и хрупкими), с уверенностью, что рамка лечения позволяет тактичное совместное наблюдение даже за самыми интенсивными аффектами.

Необходимость проводить различие между внутренним миром пациента и внешней реальностью представляет собой непрекращающийся процесс. Пациентка в гневе вышла с сеанса со словами: «Вы жестоки. Вы должны были сказать мне, что за стенами вашего кабинета сегодня будут вестись строительные работы, ведь вы знаете, насколько я чувствительна к шуму». Терапевт остался с чувством, что он действительно жесток, пока не напомнил сам себе, что заранее ничего не знал о строительных работах.

Сложность проведения различия между внутренней и внешней реальностью, а также способность некоторых пациентов убедить окружающих, что их внутренняя реальность и есть объективная реальность, может вести к тяжелым практическим проблемам в лечении пограничных пациентов, включая обвинения в халатности или неадекватном поведении со стороны терапевта.

5-Й ТАКТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП: РЕГУЛИРОВАНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ АФФЕКТИВНОЙ ВОВЛЕЧЕННОСТИ

Для терапевта важно наблюдать интенсивность аффекта пациента и соответствующим образом реагировать с помощью интервенций. Пациенты с пограничной организацией личности (ПОЛ) могут быть полностью поглощены своим аффектом и не слышать или не обращать внимания на терапевта, хранящего абсолютное спокойствие и относительное молчание во время аффективной бури, интенсивной эмоциональной вспышки пациента (клинический пример вы можете найти в видео 3 «Аффективная буря»). На самом деле, пациент может воспринимать спокойный, сдержанный тон терапевта как отвержение. Прохладный, безэмоциональный ответ может заставить пациента чувствовать, что его не услышали или не поняли. Терапевту может быть необходимо использовать более твердую интонацию, чтобы привлечь внимание пациента и подчеркнуть точку зрения, отличную от точки зрения пациента.

- **Видео 3-1**: Аффективная буря, часть 1 (9:28)
- **Видео 3-2**: Аффективная буря, часть 2 (9:26)
- **Видео 3-3**: Аффективная буря, часть 3 (10:10)

Когда пациент проявляет низкий уровень аффекта, сообщая о поведении, угрожающем жизни или терапии (например, вежливо улыбается, рассказывая о нанесении себе порезов), терапевту следует привнести аффект, отражающий озабоченность, в обсуждение и интерпретацию поведения, от которого аффект был отрезан. Присоединение терапевта к интенсивности аффекта пациента или комплементарное дополнение отсутствия аффективной наполненности не является нарушением технической нейтральности.

ГИБКОСТЬ ТЕРАПЕВТА В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТАКТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ

Хотя темы, связанные с переносом, являются фокусом данной терапии, они не всегда стоят на вершине приоритета. Бывают моменты, когда интенсивные аффективно нагруженные переживания находятся вне непосредственного трансферентного поля. В подобных обстоятельствах тера-

певт должен быть способен и готов сфокусироваться на таком аффективно нагруженном материале.

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ТРУДНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ

Трудности в лечении возникают, когда отыгрывание глубокого конфликта угрожает затопить лечение и сбить с курса или прервать терапевтический процесс. Хотя такие моменты в лечении способны вызвать в терапевте настолько сильную тревогу, что ему становится трудно проводить исследовательскую терапию, они также предоставляют существенные возможности для продвижения терапевтической работы. Имея дело с подобными трудностями, терапевт, на практическом уровне, может занять более проактивную позицию — звонить пациенту домой, общаться с членами его семьи; с точки зрения техники — ускорить интерпретации или сделать их более глубокими. Работа с кризисами может включать как более строгое следование терапевтической рамке, так и временное отклонение от технической нейтральности.

В начальной фазе терапии участие пациента — иначе говоря, обсуждение проблемных областей (межличностный конфликт, самодеструктивное поведение, депрессия и т. д.) — обычно состоит в большей степени из мыслей, которые пациент уже осознает. Характер патологии — в особенности внутреннее расщепление — настолько глубоко обусловливает и определяет субъективный опыт пациента в мире, что он сам не осознает этого. Структура патологии становится структурой субъективной реальности пациента. Этот глубокий уровень расстройства — расстройство психической структуры — изначально наиболее очевиден в поступках пациента, что требует уделять особое внимание именно поступкам и терапевтическому взаимодействию. Когда действия пациента угрожают сбить лечение с курса или прервать его, возможность углубления понимания идет рука об руку с опасностью, означая, что в лечении активированы интенсивные аффекты. Это особенно характерно для ситуаций, когда внутреннее расщепление пациента теряет эффективность для удержания болезненной Я- или объект-репрезентации вне сознания. В широком смысле, именно в работе с кризисами внутренний мир пациента становится доступен для наблюдения и исследования.

Кризисы, особенно на начальном этапе терапии, могут включать компонент оспаривания терапевтической рамки, с тем чтобы проверить, будет ли терапевт придерживаться параметров, установленных в терапевтическом контракте, или откажется от них. Приверженность параметрам со стороны терапевта в целом оказывает поддерживающий эффект на пациентов,

которые на каком-то уровне знают о своей потребности в контейнировании. Кризисы также могут случаться и после того, как пациент принял терапевтическую рамку. Кризисы могут соответствовать моментам, когда терапия нарушает шаткий баланс примитивных защитных механизмов или когда хаос в жизни пациента успокаивается в достаточной степени, чтобы пациент мог начать сознательно ощущать диффузию идентичности, что погружает его в чувство пустоты и потерянности в мире. Пациент может чувствовать себя менее тревожно во время кризисного шторма, нежели в осознании, что у него нет ясного понимания себя или своего направления в жизни.

Кризисы часто представляют собой выражение в действии чувств, возникающих в переносе, поэтому в случае развития кризиса первый вопрос, который следует обдумать терапевту: «Что сейчас происходит в восприятии пациентом меня и терапии, что ведет к угрозе прерывания лечения (несоблюдению контракта, психотической регрессии и др.)?» Возможно, для того чтобы пациент мог избегать болезненных осознаний, проекция нежелательных внутренних репрезентаций становится настолько интенсивной, что восприятие терапевта переполняется спроецированным негативным аффектом.

Поскольку подобные трудности в лечении имеют тенденцию вызывать сильные реакции у терапевта (такие как тревога, фрустрация, отчаяние, ненависть), исследование этих эпизодов требует аккуратной тактики, с тем чтобы терапевт не оказался втянут в патологическое взаимное отыгрывание вместе с пациентом, что ведет к отказу от исследовательской работы или от терапии в целом. Отыгрывание терапевта в контрпереносе обычно принимает одну из двух форм. Первая из них состоит в поверхностно-поддерживающей реакции на требования пациента, что внешне может выглядеть как попытка спасти терапию, однако, обрывает возможность достичь глубокого понимания отыгрываемой диады объектных отношений. Вторая форма отыгрывания заключается в поверхностно-нейтральном (структурированном), но по сути ригидном и отвергающем отклике на пациента, в отсутствие чуткости к его аффекту. На бессознательном уровне (со стороны терапевта) это отреагирование направлено на то, чтобы спровоцировать завершение терапии. Исследовательская терапия требует непрерывных усилий, направленных на понимание динамического значения посягательств на рамку терапии, с тем чтобы не позволить кризису разрушить рамку и исказить лечение.

Не удивительно, что наиболее распространенные кризисы лечения (Таблица 7–4) в значительной степени параллельны иерархии тематических приоритетов, которую мы обсуждали ранее в разделе, посвященном третьему

тактическому принципу, поскольку кризисы в лечении имеют приоритет перед остальным материалом. Также не удивительно, что наиболее распространенные кризисы связаны с областями, которые, скорее всего, обсуждались в процессе заключения терапевтического контракта, поскольку контракт направлен на то, чтобы предвидеть, каким образом те или иные характеристики конкретного пациента в дальнейшем могут поставить лечение под угрозу, и принять меры, которые помогут справиться с этими потенциальными угрозами. В действительности, если конкретная потенциальная угроза лечению обсуждалась в процессе заключения контракта, в качестве первого шага при работе с кризисом следует поднять вопрос, почему на данном этапе пациент создает ситуацию, предусмотренную контрактом, — иными словами, каково значение отклонения от контракта?

ТАБЛИЦА 7–4. Примеры распространенных осложнений лечения

Суицидальное и самодеструктивное поведение
Угроза агрессии и вмешательства в личную жизнь терапевта
Угроза прерывания лечения
Несоблюдение условий вспомогательного лечения
Проблемы, связанные с анамнезом сексуального насилия
Психотические эпизоды
Диссоциативные реакции
Депрессивные эпизоды
Обращения в службу скорой помощи
Госпитализация
Телефонные звонки со стороны пациента
Обеспечение поддержки в период отсутствия терапевта
Молчание пациента
Соматизация

РАБОТА С УГРОЗОЙ И ПОПЫТКАМИ СУИЦИДА ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ

Угроза самодеструктивного и суицидального поведения — наиболее значительная проблема в работе с пограничными пациентами. Эта тема чаще всего заставляет терапевтов отклоняться от своей роли в исследовательской психотерапии. Несмотря на разнообразие значений, которые могут заключать в себе суицидальные идеи, можно выделить несколько общих соображений. Если такого рода материал возникает вскоре после начала лечения, часто он представляет собой попытку, со стороны пациента, проверить, будет ли терапевт придерживаться роли, которую он определил для себя в контракте. Многие пациенты, даже если они на интеллектуальном

уровне понимают и принимают идею исследовательской работы, функционируют на основе интенсивных первичных стремлений к близости, слиянию и заботе, чередующихся со страхом или яростью. В свете этого в своих поступках пациенты могут отклоняться от заявленной приверженности исследовательскому процессу в попытке проверить, отклонится ли терапевт от заявленной им роли и возьмет ли на себя роль заботливого покровителя по отношению к пациенту.

Суицидальные идеи также могут являться выражением ярости, попытки контролировать, способом причинять мучения или признаком болезненных переживаний. Поскольку суицидальные идеи наполнены значениями, их обсуждение является важной частью исследовательского процесса. Когда пациент любым способом упоминает о суициде, первоочередной задачей терапевта является установить, возникают ли эти идеи в рамках большого депрессивного эпизода, что потребует других интервенций, таких как лекарственное лечение или госпитализация. Когда установлено, что признаков большого депрессивного эпизода нет, важно отнестись к идее суицида как, одновременно, внутрипсихической и межличностной проблеме и постараться понять роли агрессора и жертвы в сценарии суицида. Терапевту следует держать в уме следующие вопросы: «Кто во внутреннем мире или внешней реальности пациента является мишенью агрессии?» — а также — «Какой функции в данный момент времени и в данном межличностном контексте служит появление суицидальных идей?» Наконец, несмотря на то, что нам известно о суицидальности как разноплановом феномене, в некоторых случаях она играет конкретную роль в межличностных взаимодействиях — роль козырной карты.

Непредсказуемость поведения пограничных пациентов часто означает, что угроза суицида может возникать и исчезать неожиданно. В особенности, когда хронические угрозы суицида инкорпорированы в образ жизни пациента, терапевт до начала терапии должен ясно донести до пациента и, если необходимо, до членов его семьи, что пациент находится в условиях хронического риска суицида, и это означает, что у пациента серьезное психиатрическое заболевание с риском смертельного исхода. Терапевту следует выразить всем, кто беспокоится о пациенте, готовность приложить терапевтические усилия, с тем чтобы помочь пациенту преодолеть заболевание, но не должен гарантировать защиту от суицида. Реалистичное обсуждение ограничений лечения, вероятно, является наиболее эффективным способом защитить терапевтические отношения от попыток пациента начать контролировать терапию, вызывая в терапевте контрперенос, наполненный чувством вины и/или параноидными страхами в отношении третьих сторон.

Пациентам важно узнать, что угроза суицида с их стороны не имеет чрезмерной власти над терапевтом (т. е. важно устранить вторичную выгоду). Терапевт должен ясно дать понять, что, хотя ему будет печально, если пациент умрет, терапевт не будет чувствовать себя ответственным за его жизнь и это событие значительно не изменит его. Принятие терапевтом возможности негативного исхода в работе с пациентом является ключевым элементом в лечении пациентов с тяжелым суицидальным потенциалом. Бессознательная или сознательная фантазия о том, что терапевт не сможет вынести смерть пациента и что пациент, таким образом, обладает властью над терапевтом — либо что терапевт обладает волшебной способностью спасти пациента — требует исследования и разрешения.

Каждая попытка суицида, в том числе успешная, включает активацию интенсивной агрессии не только в пациенте, но также в непосредственном межличностном поле. Терапевт, который внешне реагирует на суицидального пациента лишь печалью и озабоченностью, отрицает свою ответную агрессию и другие возможные реакции. Открытость к чувствам контрпереноса позволяет терапевту проявлять эмпатию к суицидальным тенденциям пациента, к отчаянию, к нестерпимому стремлению обрести покой, к возбуждению от направленной на себя агрессии, к удовольствию от мести значимым другим, к желанию сбежать от чувства вины и к опьяняющему чувству власти, связанной с суицидальными стремлениями. Лишь такого рода эмпатия со стороны терапевта может позволить пациенту открыто исследовать эти проблемы в лечении.

Рекомендации по принятию решений в отношении проблем суицида

Поскольку пациенты часто не полностью соблюдают условия контракта, терапевт может обнаружить себя в состоянии конфронтации с пациентом, который угрожает суицидальным действием или уже совершил суицидальную попытку. Может быть предложен широкий круг рекомендаций, охватывающий процесс принятия решений при оценке и работе с суицидальными угрозами и суицидальным поведением. Первая задача — прояснить, являются ли суицидальные идеи пациента проявлением большого депрессивного эпизода с сопутствующим чувством безнадежности и отчаяния, либо тревожным побуждением к смерти при ажитированной депрессии. Если имеет место большой депрессивный эпизод, терапевт должен оценить степень тяжести депрессии. Тяжесть может быть определена, исходя из уровня заторможенности в поведении и мышлении (что затрагивает и концентрацию внимания), а также замещения печали

чувством пустоты, оцепенения и субъективным чувством дереализации. Помимо этого, присутствие или отсутствие биологических симптомов депрессии, которые отражаются в паттернах питания и сна, в весе, функции пищеварения, суточном ритме депрессивного аффекта, менструальном ритме, сексуальном желании и мышечном тонусе, предоставляют ценную информацию касательно тяжести депрессии. В общем, чем тяжелее клиническая депрессия, сопутствующая суицидальным идеям и намерениям, тем выше опасность. В таком случае может быть показано лекарственное лечение или госпитализация. Пациенты в состоянии тяжелой депрессии различаются по способности контролировать стремление к действию на основе суицидального импульса. Суждение терапевта в этом вопросе основывается на качестве отношений с пациентом и на том, присутствуют ли импульсивные, антисоциальные, лживые, параноидные, шизоидно-отчужденные или психотические аспекты, которые делают вербальные обещания пациента ненадежными. Кроме того, анамнез алкогольной или наркотической зависимости также крайне важен для оценки того, насколько можно полагаться на заявления пациента. Пациенты, которые теряют чувство взаимопонимания с терапевтом, которые погружаются в депрессивное состояние слишком глубоко, чтобы поддерживать коммуникацию, или начинают подготовку к суициду, должны быть защищены. В случае большой депрессии терапевту следует занять проактивную позицию, которая отличается от терапевтической позиции при характерологической суицидальности. Терапевт может рекомендовать, чтобы пациент лег в больницу или чтобы семья пациента приняла участие в мониторинге его состояния. Пациент может испытать облегчение благодаря бдительности терапевта к таким сигналам — а это может повысить его способность воспринимать терапевта как помогающего, а не наказующего или злонамеренного, — и, таким образом, суицидальные импульсы могут стать для пациента менее опасными.

Если суицидальные идеи *не* являются частью эпизода серьезного аффективного расстройства, дальнейшая задача терапевта — установить присутствие или отсутствие суицидального *намерения*. Если идеи оказываются связанными с намерением, терапевт напоминает пациенту о его ответственности, которая касается обращения за экстренной помощью при необходимости (позвонить в службу 911, (номер телефона в России — 112. *Примеч. перев.*), обратиться к членам семьи, в отделение скорой помощи и т. д.). Если идеи не включают текущего намерения, терапевт приступает к исследованию этого материала. Это исследование включает выслушивание ассоциаций пациента в связи с суицидальным материалом и размышление, главным образом, над происходящим в данный момент в переносе, что может помочь

понять появление суицидальных мыслей и их смысла на данном этапе: что они могут косвенным образом сообщать или от чего защищать. Исследование зачастую раскрывает, что суицидальные тенденции являются попытками установить или восстановить контроль над окружением, порождая в людях чувство тревоги и вины. По мере продвижения лечения терапевт, вероятно, окажется в большей степени вовлечен в эту динамику. Таким образом, разговоры о самоубийстве или угрозы суицида в отсутствие клинической депрессии часто призывают обратить внимание на проблемы переноса. Активные действия по повышению структурированности лечения помогают терапевту чувствовать себя более комфортно и, следовательно, иметь больше возможностей справиться с сильными чувствами, которые вызывают суицидальные пациенты. Терапевт, который позволяет себе быть вытесненным за разумные границы (скажем, когда идеализирующий пациент вызывает контртрансферентную реакцию всемогущества), часто постепенно начинает эмоционально уходить в самозащиту (например, начиная думать о том, чтобы передать случай другому терапевту), и это причиняет намного больше вреда лечению, чем установление твердой структуры до того, как ресурсы терапевта истощатся.

Как обсуждалось в главе 5, если пациент чувствует, что не может контролировать тягу к самоубийству, в его ответственности находится обращение в экстренные службы. Если врач скорой помощи рекомендует госпитализацию, а пациент отказывается следовать этой рекомендации, терапевт должен дать ясно понять пациенту и его семье, что он не может далее нести ответственность за пациента, поскольку это будет означать принятие пациента обратно на такой уровень лечения, которые не является адекватным его текущему состоянию. Этот факт также должен быть ясно озвучен врачу скорой помощи, с тем чтобы пациент не остался без лечения и был либо госпитализирован недобровольно (если это необходимо), либо направлен в соответствующую клинику или к другому терапевту. Может показаться нелогичным направлять пациента к терапевту после того, как он только что отказался работать в рамках параметров терапии. Однако для многих пациентов опыт встречи с терапевтом, который придерживается параметров лечения даже перед лицом окончания лечения, является мощной конфронтацией со всемогущим контролем пациента. Этот поступок со стороны терапевта может стать первым случаем, когда кто-то не поддался пациенту, сталкивающим его с фактом, что терапевт выполняет свои решения, что на более глубоком уровне может быть поддерживающим для пациента. Получив такой опыт, пациент, возможно, обретет большую готовность к тому, чтобы серьезно взяться за терапию и работать в рамках ее параметров.

УГРОЗЫ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДРУГИМ

Угрозы по отношению к другим людям со стороны пациентов случаются менее часто. Такие угрозы могут быть направлены как на терапевта, так и на людей вне терапии, что ставит терапевта перед выбором, стоит ли уведомить об этом третью сторону, на которую направлена угроза. Если вопрос потенциальной угрозы возникает в процессе оценки состояния и заключения контракта, терапевт вначале объясняет законные обязательства информировать третью сторону, которой, по его мнению, грозит опасность. Затем терапевт обсуждает с пациентом, как такое развитие событий может навредить терапии, равно как и жизни пациента: оно отвлечет внимание от совместных усилий пациента и терапевта, направленных на достижение понимания. Если под вопросом безопасность самого терапевта, очевидно, что терапевт не сможет занимать нейтральную, наблюдающую позицию. Угрозы могут включать в себя угрозы телу, репутации, семье или имуществу, а также угрозы, переданные другими или задействующие других людей. Демонстрация заботы терапевта о самом себе может стать полезной ролевой моделью для пациентов, имеющих проблемы с самооценкой, для которых идентификация с терапевтом может быть частью терапевтического процесса. Важно проводить различие между теми, кто может исследовать фантазию о терапевте, что является абсолютно правомерным использованием терапии, и теми, кто выражает прямые гомицидные идеи.

УГРОЗА АГРЕССИИ И ИНТРУЗИИ

Хотя пограничные пациенты направляют прямую неприкрытую агрессию чаще на себя, чем на других, терапевты также могут оказаться мишенью более или менее завуалированных угроз агрессии со стороны пограничных пациентов среднего диапазона, либо прямых угроз агрессии от пациентов антисоциального или злокачественного нарциссического диапазона. Начнем с того, что пациенты в некоторой степени осознают, что их агрессия против себя также является агрессией против терапевта. Это происходит в силу проявления человеческой заботы по отношению к пациенту, заинтересованности терапевта в исходе работы, а также перспективы судебного иска о халатности. Ранее в этом разделе мы обсуждали организацию лечения в период кризисов, включающих угрозу самому пациенту. Приведем еще ряд соображений по поводу имплицитной угрозы терапевту, заложенной в угрозах пациента по отношению к самому себе.

Начиная лечение пациента с анамнезом серьезного самодеструктивного поведения, терапевт должен напрямую обратиться к факту, что пациент

может навредить себе или убить себя таким образом, что это также будет атакой на терапевта. Терапевт должен ясно озвучить, что он воспринимает эту вероятность очень серьезно и предлагает лечение, чтобы помочь пациенту выйти из этой жизненной позиции, однако, хотя терапевт и будет сожалеть, если пациент навредит себе или убьет себя, жизнь терапевта будет продолжаться как и прежде. Если терапевт чувствует, что он не сможет справиться с последствиями смерти пациента, необходимо проработать это либо на супервизии, либо в личной терапии или в анализе терапевта. Если терапевт продолжает чувствовать, что он не в состоянии принять возможность смерти пациента, он не должен работать с тяжелобольными пограничными пациентами. Если терапевт, который не может принять такую возможность, начинает лечить подобного пациента, пациент может почувствовать страх терапевта и оказаться в позиции, из которой сможет контролировать лечение таким образом, что это будет мешать интеграции отщепленной агрессивной части, а также отыгрывать или оправдывать свою агрессию, мучая терапевта волнениями по поводу суицида. Важно подчеркнуть, что принятие вероятности совершения суицида пациентом позволяет терапевту работать более эффективно и, таким образом, делает этот вариант развития событий менее вероятным.

Один из способов, которым терапевт может снизить свою тревогу по поводу возможной смерти пациента в случае жизнеугрожающей патологии, заключается в организации встречи с пациентом и его семьей в рамках фазы заключения контракта. Встреча с семьей является дополнением к процессу заключения контракта и адресуется к пониманию и ожиданиям со стороны семьи по поводу терапии и терапевта. Это может быть встреча с родителями пациента, если он юного возраста или продолжает зависеть от них (финансово или эмоционально), либо с супругом или партнером, если это необходимо. Члены семьи иногда полагают, что факт прохождения терапии гарантирует автоматическое «излечение« пациента или, по крайней мере, избавление его от рисков. Эта идеализация лечения может представлять собой отрицание серьезности патологии пациента и рискует смениться на гневное нападение на терапевта, если магические ожидания не реализуются. Важно, чтобы терапевт объяснил семье, что патология пациента очень серьезна и что, хотя терапия и предлагает возможность реального изменения, нет никакой гарантии положительного исхода или полного устранения вероятности суицида. Если члены семьи готовы принять эту реальность, опасность оказаться под ударом самодеструктивности пациента снизится, и пациент будет в большей безопасности за счет ослабления одной из возможных мотиваций для суицида. Если семья не может

принять эту позицию, им лучше обратиться за лечением к кому-то, кто полагает, что может предоставить им необходимые заверения.

Другой способ атаковать терапевта заключается в очернении его репутации в профессиональном сообществе. Терапевт, который узнает о подобном поведении, должен обратиться к мотивации пациента, которая обычно отражает зависть с его стороны. Клиническая иллюстрация такой ситуации приведена в истории случая из практики доктора Кернберга (Kernberg, 1984). Поскольку такое поведение обычно не доходит до открытых угроз благополучию терапевта, с ним можно работать в контексте лечения, без того чтобы рассматривать возможность его завершения. Также существует вероятность, что пациент может создавать ситуации, в которых благополучие терапевта оказывается под ударом за счет косвенных воздействий. Известно, что пациенты формируют такие негативные реакции на терапевта у значимых других (например, девушка может вызвать такую реакцию у своего молодого человека), так что они начинают угрожать терапевту. Терапевт должен дать ясно понять, что он не может работать с пациентом в таких условиях и что угрозы должны прекратиться для того, чтобы терапия могла продолжаться.

УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Среди пограничных пациентов традиционно высока частота случаев преждевременного завершения терапии (Yeomans et al., 1994). Распространение методов лечения, разработанных специально для пациентов с ПРЛ, помогло снизить частоту обрывов, но прерывание лечения по-прежнему остается проблемой по многим причинам, включая сопротивление к исследованию. Этот феномен наиболее распространен на ранней фазе лечения, но угроза обрыва может также возникать и в средней фазе. Разговор о прекращении лечения и соответствующее поведение может создать кризис для ТФП-терапевта и привести к размышлениям, не поможет ли такому пациенту оставаться в терапии какой-то вид лечения, приносящий более непосредственное удовлетворение. Хотя вклад в прекращение пациентами терапии могут вносить разнообразные факторы (Таблица 7–5) — и эти факторы нужно исследовать во всей возможной полноте, — данное обсуждение фокусируется на работе с такого рода кризисом.

Угроза обрыва требует уровня активности терапевта, который удивляет многих аналитически обученных терапевтов, которые могут, например, в случае пропуска сеанса, подождать, появится ли пациент на следующем сеансе. Когда лечение оказывается под угрозой, ТФП-терапевт занимает более активную позицию, как в отношении практических интервенций,

так и времени и глубины интерпретаций. Порой терапевт должен функционировать в качестве наблюдающего Эго, поскольку в течение некоторых периодов времени пациент может полностью терять эту способность. Такая ситуация требует от терапевта временно покинуть позицию нейтральности. Когда терапевт занимает более активную роль, его действия могут составить конфронтацию проективной убежденности пациента, что терапевт, в лучшем случае, черств и индифферентен, в худшем — стремится эксплуатировать и причинять вред.

ТАБЛИЦА 7–5. Факторы, которые могут вносить вклад в стремление пациента прервать лечение

Негативный перенос

Пациент «размещает» ненавистные внутренние репрезентации в терапевта и затем пытается отделиться от них, оставив терапию.

Пациент угрожает прекратить терапию в рамках протеста против терапевта, который, не предоставляя ту идеальную заботу, которой желает пациент, воспринимается как безучастный или даже преследующий.

Нарциссические проблемы

Пациент испытывает чувства конкуренции и зависти по отношению к терапевту, чувствует себя униженным по сравнению с тем, кого считает выше себя, за счет способности терапевта помогать пациенту, и, таким образом, сбегает из терапии, чтобы избавиться от этих чувств и «победить» терапевта.

Пациент испытывает ревность по отношению к другим пациентам терапевта и другим его интересам.

Проблемы привязанности и зависимости

Пациент начинает испытывать тревогу из-за чувства привязанности, которое развивается в положительном переносе (что может быть незаметно на поверхности) и покидает терапию, чтобы избежать тревоги, связанной с зависимостью.

Страх причинить терапевту боль/желание защитить терапевта

Пациент чувствует, что его интенсивные (агрессивные и/или любовные) аффекты чрезмерны для терапевта или для любого другого человека, и решает покинуть терапию, прежде чем это проявится. Пациент также может испытывать более легкую форму чувства вины или стыда из-за садистических или либидинальных чувств.

Пациент чувствует давление со стороны своей семьи, подталкивающее к прекращению лечения, когда изменения в пациенте воспринимаются как угрожающие равновесию семейной системы.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка начала терапию с мощным параноидным переносом, что ее терапевт не испытывает никакого подлинного желания позаботиться и заинтересован в ней лишь как в объекте, который можно эксплуатировать для личных целей. В начале следующего

календарного года терапевт повысил свой гонорар на 10 долларов. Он сообщил об этом повышении пациентке, добавив, что оно распространяется на всех его пациентов, и это повышение оплаты не обязательно, если пациентка полагает, что не сможет себе его позволить. Пациентка пришла в ярость и объявила с ноткой триумфа, что это доказывает ее убеждение, что его заинтересованность в ней ограничивается единственно эксплуатацией. Напоминание о том, что это повышение оплаты зависит от того, имеет ли человек возможность платить, она отвергла как бессмысленное.

Терапевт попытался обсудить реакцию пациентки в рамках работы по исследованию ее подозрительности к окружающим. Пациентка гневно воскликнула, что он должен был сделать для нее исключение, если бы заботился о ней, поскольку мог предвидеть ее реакцию. Терапевт возразил объяснением, что не сделал исключения именно потому, что заботился о ней. Сделать исключение означало бы присоединиться к патологии пациентки, и хотя он мог бы сделать это в рамках терапии, нереалистично ожидать, что мир в целом будет обращаться с ней не так, как с остальными, по причине ее глубоко укорененной подозрительности. Он видел свою задачу в том, чтобы постараться помочь ей лучше функционировать и находить больше удовлетворения в жизни, и не знал, как бы он это сделать, если бы вступил с ней в подобный сговор, избегая обращаться к ее патологии вместо того, чтобы конфронтировать с ней.

Пациентка заявила, что терапевт совершил непростительную ошибку, которая делает невозможной их дальнейшую совместную работу, и в гневе вышла из кабинета за пять минут до окончания сеанса. На следующий день она оставила едкое телефонное сообщение, в котором заявила, что, если он так и не понял, она заканчивает терапию и больше никогда не вернется. Терапевт позвонил пациентке домой. Она сказала, что удивлена его звонку. Он объяснил, что звонит, поскольку считает ситуацию крайне серьезной. Далее терапевт пояснил, что пациентка лишь сама может решить, как поступать, и , по его мнению, для нее будет трагической ошибкой завершать терапию сейчас, поскольку она оказалась в эпицентре одной из своих самых серьезных проблем — убеждения, будто мир предлагает только эксплуатацию. Сейчас они оказались прямо перед лицом этой проблемы, и возможные варианты — либо никак не оспаривать это убеждение, либо попробовать поработать над ним. Пациентка отреагировала на это болезненным замешательством. Она считала, что терапевт был такой же, «как все остальные», но не

могла понять, почему он позвонил и, по-видимому, выражал заботу о ней. Она согласилась прийти на следующий сеанс. На этом сеансе пациентка сказала, что никогда не вернулась бы к лечению, если бы не звонок терапевта, который заставил ее начать сомневаться в своем убеждении. Говоря более техническим языком, его звонок представлял собой элемент внешней реальности, который конфронтировал с ее проекцией эксплуатации других, которую она направила на него (пациентка, конечно же, была способна отыгрывать эксплуатирующую роль самостоятельно). Без этого звонка проекция могла остаться нетронутой и поддерживать пациентку в комфортном убеждении, что она ушла от безнравственного терапевта.

Один из факторов, о котором забывают многие терапевты перед лицом угрозы выпадения пациента из терапии, состоит в том, что негативно заряженная диада объектных отношений, активированная на поверхности, на самом деле защищает от более глубокой диады, основанной на желании идеальной любви и заботы. Память о том, что она является обратной стороной медали при интенсивном и бурном негативном переносе, может помочь терапевтам оставаться спокойными, уверенными и доступными в моменты кризисов, так что это будет поддерживать пациента.

НЕСОБЛЮДЕНИЕ УСЛОВИЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВИДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Терапевтическая рамка может включать вспомогательные виды лечения, например посещение встреч 12-шаговой программы или наблюдение у диетолога. Несоблюдение пациентом условий такого рода лечебных программ часто влечет за собой проблему честной коммуникации, поскольку о несоблюдении условий терапевта, как правило, извещают не сразу. Когда терапевт сталкивается с подобными обстоятельствами, он должен исследовать как качество коммуникации с пациентом, так и значение и последствия такого несоблюдения условий. Оно может быть связано с несколькими проблемами, например быть проверкой для терапевта, с тем чтобы узнать, достаточно ли он заботится о пациенте, чтобы уделять внимание установленным параметрам. Это может быть вызовом, с тем чтобы проверить, может ли пациент контролировать терапевта. На поверхностном уровне пациент может желать этого контроля, но на более глубоком уровне он часто является источником болезненных переживаний. Также это может быть атакой на лечение, которая представляет собой сопротивление исследовательскому процессу, пробуждающему тревогу пациента.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛ И АНАМНЕЗОМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Этиология ПОЛ — и, в более узком смысле, ПРЛ — является многофакторной, поэтому существует множество путей развития, ведущих к формированию этого расстройства у взрослых. Точная роль раннего сексуального и физического насилия в формировании взрослой личностной патологии остается неясной, но в исследованиях стал очевидным факт, что такое насилие присутствует в подгруппе пограничных пациентов. Процент пациентов с ПРЛ, которые пережили физическое и сексуальное насилие, колеблется в значительной степени от выборки к выборке в пределах 26–71% (Perry & Herman, 1993) и даже доходит до 91% (Zanarini et al., 1997). Однако также имеются данные, что лишь у 15–20% людей, переживших насилие, возникнет психиатрическое расстройство (Paris, 1994). Представляется важным принимать эти данные во внимание в ходе дискуссий на тему роли насилия в этиологии ПРЛ. Сексуальное и физическое насилие представляет собой широкий диапазон опыта, поскольку в каждом конкретном случае исполнители насилия, его длительность и комбинация сексуальной и агрессивной составляющей индивидуальны. Данные Пэриса (Paris, 1994) показывают, что хотя общая встречаемость детского сексуального абьюза у пациентов с ПРЛ в некоторых исследованиях находится на уровне 70%, большинство из этих исследований не принимали во внимание степени тяжести насилия. В его исследовании рассматривался параметр тяжести насилия, и было обнаружено, что у 30% субъектов с ПРЛ, подвергшихся абьюзу, имело место тяжелое детское сексуальное насилие с проникновением.

Но дело не только в том, что объективные события в каждом случае отличны — каждый индивид интернализует этот опыт с помощью собственных когниций и аффектов. Травматические переживания детства являются как предшественниками, так и сопутствующими факторами личностной патологии и поэтому интерпретируются сквозь призму личностной организации. Таким образом, интеграция этих переживаний в процессе лечения происходит посредством актуального уровня личностной организации пациента. Пациенты с ПОЛ и с невротической организацией личности переживают и воссоздают ранний травматический опыт в процессе лечения по-разному. Пациенты с ПОЛ более склонны к проявлению поляризованных ролей жертвы и агрессора.

Прошлое сексуальное и физическое насилие может всплывать «здесь и сейчас« в переносе разными способами. Для лечения пациента с ПРЛ и анамнезом насилия важно то, как именно сохранился в памяти этот опыт

насилия, как и другие важные элементы раннего опыта, а также как они интегрировались в личностную структуру взрослого человека. Фонаги с соавторами (Fonagy, 1996) с помощью «Интервью о привязанности для взрослых« (Adult attachment interview), обнаружили связь между пограничным расстройством личности и неразрешенной утратой или травмой. Неразрешенные ранние переживания могут проявляться в переносе в ситуациях, когда пациент чувствует себя жертвой в руках терапевта или, наоборот, атакует и обращает в жертву терапевта. Вопросы, которые обсуждаются здесь, сфокусированы на лечении пациентов с ПОЛ, некоторые из которых открыто заявляют о пережитом сексуальном или физическом насилии в прошлом, а некоторые намекают на это или выражают догадки об этом. Можно провести различие между пациентами, у которых раннее сексуальное и физическое насилие затормозило или даже полностью отключило всякую сексуальность, и теми, кто пережил раннее физическое насилие в сочетании с агрессией таким образом, что это привело к развитию взрослой сексуальности с элементами промискуитета, часто с выраженными садомазохистическими чертами.

В работе с пациентами с ПОЛ, у которых сексуальное насилие повлекло патологические последствия, применимы следующие соображения и рекомендации по лечению:

1. Насилие будет активироваться в переносе. Если у пациента были ранние садомазохистические отношения, пациент идентифицируется одновременно с жертвой и агрессором, и эти переживания поочередно проявляются в переносе. В определенные моменты пациент будет чувствовать себя жертвой терапевта, воспринимая терапевта как агрессора. В иные моменты пациент может идеализировать терапевта как спасителя и воспринимать других как агрессоров. Наконец, пациент может сам действовать как агрессор, обращая в жертв окружающих, включая терапевта.
2. Задача терапевта состоит в том, чтобы вывести на поверхность идентификацию пациента *и* с жертвой, *и* с агрессором. Постепенный рост толерантности пациента к собственной идентификации с жертвой и агрессором позволит пациенту овладеть агрессивными импульсами, которые затапливали его, будучи отщепленными и выведенными из сознания. Этот процесс облегчит отделение секса от садомазохистической агрессии, что приведет к возможности сексуального удовлетворения и позволит пациенту глубоко исследовать опыт сексуального насилия (например, чувство жестокого разрушения, разрушения идеализированного родителя, возможный триумф в связи с тем, что он был выбран сексуальным объектом для

родителя, порожденное этим чувство вины). Постепенно весь диапазон чувств — страх, отвращение, возбуждение, триумф — может быть интегрирован во взрослую сексуальность.

Если пациент в ходе сеанса по всем признакам входит в диссоциированное состояние, терапевт может использовать базовые заземляющие техники, чтобы помочь ему оставаться вовлеченным в диалог. Процесс урегулирования проблем с прошлым со стороны жертв насилия включает признание тревоги, боли и страха, а также ярости и ненависти, возникших на основе болезненного физического или сексуального посягательства на границы тела. Следующий уровень подразумевает понимание угрожающих последствий искажения ранних структур Суперэго, наступившего вследствие садистического и лживого поведения родительских фигур. Урегулирование проблем с прошлым также включает признание сексуального и садистического удовлетворения, которое могло быть частью травматического опыта прошлого, а также их повторение с течением времени. Фиксация на прошлых травматических переживаниях имеет много функций, что отражается в компульсивном повторении во время лечения (Freud, 1920/1958), и эти функции должны быть систематически исследованы: бесконечный поиск идеального объекта под видом персекуторного (в случае мазохистических черт); потребность в отмщении ненавистному объекту путем его жестокого разрушения; попытка трансформировать травматические, болезненные переживания в сексуально возбуждающие и, в то же время, использование сексуального удовлетворения с целью мести; а также стремление к слиянию с терапевтом как со всемогущим, примитивным, неистощимым источником любви и удовлетворения.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ ЭПИЗОДЫ

Прежде чем перейти к обсуждению психотического опыта, связанного с переносом, мы хотели бы подчеркнуть, что, хотя многие пациенты с ПРЛ могут проходить лечение без применения лекарственных препаратов, низкие дозы нейролептиков могут быть полезны для пациентов, склонных к психотическим искажениям для поддержания лучшего контакта с реальностью.

Острый психотический опыт в переносе

Психоз переноса отличается от простой параноидной регрессии в переносе тем, что выходит за рамки трансферентных отношений, включая вторичные бредовые идеи и галлюцинации. Этот феномен берет начало

в переносе и затем распространяется, затрагивая другие аспекты жизни пациента. Такое распространение с большей вероятностью произойдет, если проблемы переноса остаются закрытыми для обсуждения во время сеансов. У пограничных пациентов без сопутствующей патологии (такой как биполярное расстройство) эпизоды психоза, возникающие в процессе лечения, как правило, связаны с переносом.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка с низкоуровневым ПРЛ начала испытывать либидинальное влечение по отношению к своему терапевту после длительного начального периода страха и недоверия. На данном этапе один из сеансов она начала со слов, что у нее случился опыт, которому, как она была уверена, терапевт не поверит, тем не менее это была правда. Она сказала, что накануне ночью в ее спальню явился дьявол, и это был не сон и не фантазия, а сам дьявол собственной персоной. У терапевта возникло подозрение о начале развития психотического эпизода. По мере того как он исследовал опыт пациентки, она сказала, что не упомянула об одном из аспектов этого переживания: дьяволом был он, ее терапевт. Это уточнение открыло данный опыт для трансферентного исследования и обсуждения интенсивной регрессии пациентки к параноидным страхам относительно терапевта. Появление чувства близости активировало ее тревогу привязанности и спровоцировало возникновение идеи о том, что терапевт всего лишь вводит ее в заблуждение и усыпляет бдительность, с тем чтобы затем ранить еще больнее. Обсуждение этого переживания и связанных с ним внутренних объектов помогло перевести его из кажущейся психотической «реальности» в фантазийный материал, который можно было исследовать.

Психоз переноса нужно отличать от более общих психотических переживаний. Для проверки ситуации нужно оценить, насколько возможно удержать ее в рамках переноса, работая над ней и разрешая ее. Если это не работает, терапевт должен подумать над возможностью проконсультироваться с коллегой, назначить лекарственный препарат или рекомендовать госпитализацию.

Психоз, вызванный употреблением психоактивных веществ

У некоторых пограничных пациентов психотические переживания могут быть вызваны самыми разными веществами, которые влияют на

восприятие, состояние психики или чувствительность к внешним стимулам. Психотические состояния, вызванные действием психоактивных веществ, включают чувство деперсонализации и утраты реальности, зрительные или слуховые галлюцинации и параноидный бред. Лечение подобных психозов начинается со сбора точных сведений о текущем употреблении пациентом психоактивных веществ. Помимо веществ, вызывающих зависимость, а также лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, стоит также иметь в виду препараты, отпускаемые без рецепта (особенно с антихолинергическими эффектами). В случае, если злоупотребление веществом не удается контролировать в амбулаторных условиях, может быть показана краткосрочная госпитализация.

ДИССОЦИАТИВНЫЕ РЕАКЦИИ

Особое проявление глубокого расщепления между идеализированными и персекуторными отношениями можно наблюдать у пациентов с диссоциативными реакциями. Диссоциативные реакции могут выражаться в том, что пациент кажется ушедшим внутрь себя и перестает реагировать на внешние стимулы, включая терапевта. В таком случае терапевт может использовать базовые заземляющие техники и продолжает обращаться к пациенту, следуя предположению, что его наблюдающее Эго остается в некоторой степени активным. Диссоциативные реакции также могут присутствовать в форме противоречивого синдрома множественной личности — диссоциативного расстройства идентичности по DSM-5 (Американская психиатрическая ассоциация, 2013). Клинический случай с таким осложнением представлен в главе 9. Интерпретация терапевтом природы объектных отношений, активированных в диссоциативном состоянии, а также защитной функции их отщепления от альтернативных объектных отношений в переносе, способствует постепенной проработке и снижению напряженности этих объектных отношений. В таких ситуациях главными источниками опасности становятся тревога и замешательство терапевта при первой встрече с этим осложнением, а также искушение быть соблазненным этим диссоциативным состоянием к лечению «другой личности» вместо работы с отщепленными объектными отношениями в переносе.

ДЕПРЕССИВНЫЕ ЭПИЗОДЫ

Оценка состояния пациента с признаками депрессии обсуждается выше в подразделе «Работа с угрозой и попытками суицида во время лечения».

ОБРАЩЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ[1]

В случае если пациент испытывает неуверенность относительно своей способности контролировать саморазрушительные импульсы, может оказаться целесообразным обращение в отделение скорой помощи. Оценка состояния в рамках отделения скорой помощи может помочь прояснить ситуацию. Тот факт, что пациент обращается за помощью, а не отыгрывает импульс, сам по себе может быть признаком позитивных изменений. По нашему опыту, ряд пациентов в начале терапии проходили через фазу, во время которой один или два раза были госпитализированы после посещения отделения скорой помощи, поскольку вызывали озабоченность в связи с вероятностью отыгрывания самодеструктивных импульсов. Это отличалось от их более раннего паттерна, когда они оказывались в больнице *после* самодеструктивного отыгрывания. Во многих случаях посещения скорой помощи и госпитализации прекращались, когда пациенты полностью осознавали, что эти виды поведения не принесут им вторичной выгоды, связанной с большим вовлечением терапевта в свою жизнь.

Тем не менее посещения отделения скорой помощи могут представлять дилемму для терапевта. Причина в том, что сотрудники отделений скорой помощи часто считают, что амбулаторный терапевт должен принять на себя полную ответственность за пациента. Если это случается, терапевт может объяснить сотрудникам отделения, что участие терапевта в экстренных ситуациях сыграет для пациента роль вторичной выгоды и, таким образом, будет контрпродуктивным. Даже если терапевт очень хорошо знает пациента, именно у врача отделения скорой помощи есть информация о непосредственном состоянии пациента. Таким образом, хотя терапевт может предоставить информацию врачу, именно от решения последнего зависит, должен ли пациент быть направлен в больницу. Оптимальным решением будет предоставление терапевтом врачу скорой помощи информации относительно уровня вовлеченности пациента в терапию, его способности выполнять обязательства, наличия любых острых стрессовых факторов, риска злоупотребления психоактивными препаратами и наличия антисоциальных характеристик. При таком подходе визиты в отделения скорой помощи, как правило, постепенно сходят на нет.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Сама по себе госпитализация не обязательно представляет собой кризис в лечении. Пациент, который обращается в стационар за защитой, когда

---

[1] Имеются в виду отделения скорой помощи, существующие в системе здравоохранения США.— *Примеч. перев.*

испытывает риск самодеструктивных действий *до* их совершения, возможно, демонстрирует здравый смысл и улучшение в своем состоянии. В таком случае роль терапевта состоит в том, чтобы работать с пациентом над пониманием того, что послужило причиной острого чувства риска. Госпитализация также может быть адекватным вмешательством в случае большого депрессивного эпизода или психотической регрессии (хотя с этими состояниями часто можно работать в контексте терапии).

В зависимости от обстоятельств терапевт может найти возможность провести один или несколько сеансов с пациентом в стационаре. В этом случае терапевт может поспособствовать прогрессу, обращаясь к проблеме, от которой пациент так решительно защищается (как в случае с Эми, которая защищается от осознания своей агрессивной стороны, что описано в клиническом случае в начале главы 8 «Ранняя фаза лечения»). Однако сегодня, в эпоху кратковременных госпитализаций, бывает так, что контакт между терапевтом и пациентом возможен только по телефону, и в этом случае основной задачей терапевта является установить, насколько амбулаторный формат лечения адекватен состоянию пациента и позволяет ему вернуться к терапии, а также выяснить, насколько пациент мотивирован продолжить терапию, особенно в ситуациях, когда события вокруг госпитализации могли касаться нарушения пациентом терапевтической рамки (например, возобновления приема психоактивных веществ, утаивание важной информации от терапевта).

Помимо разговора с пациентом о возобновлении терапии, необходимо пообщаться с человеком, который отвечает за лечение пациента в больнице. В самом лучшем случае этот врач, психолог или социальный работник будет иметь некоторое представление о психодинамической терапии и поможет определить, стоит ли перевести пациента обратно в амбулаторную терапевтическую рамку и как это лучше сделать. Однако иногда терапевт стационара начинает вовлекаться в отыгрывание динамики пациента. Наиболее типичные сценарии разворачиваются в ситуациях, когда сотрудники больницы воспринимают пациента как неспособного принять на себя ответственность за свою жизнь и лечение. Пациенты иногда обсуждают свою амбулаторную терапию таким образом, что изображают терапевтов неразумными, требовательными и авторитарными. В такой ситуации терапевту следует интерпретировать это так, что пациент экстернализует свой конфликт вокруг зависимости и автономии и проецирует часть себя, заинтересованную в более независимом функционировании, на терапевта, в то же время, кажется, получая удовлетворение от пребывания в состоянии пассивного реципиента хронического поддерживающего лечения. Терапевт должен напомнить пациенту, что тот волен сам выбрать, каким путем

следовать, при этом высказав уверенность, что конфликт возобновится, даже если пациент в настоящее время как будто комфортно себя чувствует, заняв одну из его сторон. Также полезно бывает указать пациенту, что, если сейчас роль хронически больного, может быть, поддерживается сотрудниками больницы и как будто облегчает жизнь, отказ от развития к более высокому уровню функционирования по прошествии лет может обернуться трагедией.

Госпитализация пациента иногда выявляет необходимость пересмотреть и изменить терапевтический контракт. Например, пациент, который прежде скрывал злоупотребление алкоголем, госпитализирован после того, как в результате расторможенности на фоне алкогольной интоксикации принял горсть таблеток. Это привлекло внимание терапевта к важности обсуждения 1) необходимости для пациента принять обязательство к открытой коммуникации в терапии и 2) необходимости установить новый параметр лечения, который будет требовать от пациента начать посещать встречи групп «Анонимных алкоголиков» до возвращения в терапию.

Госпитализация может обозначать собой разные вещи. Преимущественно на ранней фазе терапии это может быть протест и послание о том, что, по убеждению пациента, условия, поставленные в терапевтическом контракте, слишком трудно соблюдать. Терапевт предлагает такую интерпретацию пациенту и открыто проверяет, насколько пациент хочет брать на себя ответственность за такой тип лечения. В некоторых случаях госпитализация становится частью отыгрывания пограничной динамики, которую не удалось контейнировать в структуре лечения, и с этим можно работать при помощи интерпретации.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Эди, пациентка с выраженными нарциссическими чертами и анамнезом очень тяжелых суицидальных попыток, в ходе терапии демонстрировала относительно неплохие успехи. Она перестала пытаться совершить самоубийство, продолжала работать и поддерживала стабильные отношения с молодым человеком. Однако при этом она продолжала крайне критично относиться к себе и активно обесценивать своего терапевта. Она твердила, что некомпетентна на своей работе, несмотря на хорошие отклики ее супервизора. Ее тревога по поводу «некомпетентности» на работе привела к тому, что она стала так часто оставаться дома, что в итоге потеряла работу. Даже несмотря на то, что пациентка быстро нашла новую работу, это событие стало началом нисходящей спирали.

В один из дней Эди сообщила своему терапевту доктору Тодду, что накануне не пошла на работу, а вместо этого отправилась на местную плотину, чтобы совершить самоубийство, спрыгнув с нее. Доктор Тодд исследовал это поведение и обратился к обязательству пациентки следовать терапевтическому контракту, что подразумевало понимание пациенткой необходимости отправиться в больницу, в случае если она чувствует, что не может контролировать свои суидиацльные импульсы. Эди сообщила, что не может быть уверена, сможет ли контролировать импульс убить себя в следующий момент, и не может дать обязательства отправиться в больницу, если почувствует, что способна поддаться этой тяге. Проведя оценку способности Эди дать обязательство в настоящее время, доктор Тодд согласился, что по каким-то причинам она находилась в острой опасности серьезного саморазрушительного поведения. Терапевт и пациентка обсудили варианты: Эди могла либо вернуться домой под наблюдение членов семьи, либо отправиться в больницу. После некоторого первоначального сопротивления она согласилась с доктором Тоддом, что госпитализация является более подходящим вариантом.

Сотрудники больницы обнаружили, что у Эди была навязчивая идея покончить с собой. Лечение в больнице включало прием стабилизаторов настроения и развитие навыков совладания. Эди выписали через две недели, с планами вернуться на работу на частичную занятость и посещать дневной стационар в больнице в течение пяти дней в неделю, вернувшись к своей терапии в режиме два сеанса в неделю. Доктор Тодд вновь подчеркнул важность соблюдения терапевтического контракта, а в особенности обязательства Эди в отношении управления своими суицидальными идеями. На второй неделе после выписки Эди в середине сеанса призналась, что скрывала тот факт, что накануне не ходила ни на работу, ни в дневной стационар, а вместо этого снова отправилась на плотину. После обсуждения риска суицида она вновь была госпитализирована. В течение десяти дней в больнице ее лечение фокусировалось на тревоге по поводу работы и было направлено на помощь в развитии навыков совладания, с тем чтобы она могла легче переносить условия работы.

Через неделю после выписки Эди позвонила доктору Тодду перед самым началом утреннего сеанса и сказала, что ее будильник не сработал и она не сможет прийти на сеанс в этот день. Она добавила, что с ней все в порядке и что она придет на следующий сеанс. Доктор Тодд, опираясь на знание пациентки, конфронтировал с Эди и высказал сомнение, что она говорит правду. Он сказал, что

ему казалось неправдоподобным, что через неделю после выписки она может пропустить сеанс с таким очевидным безразличием. Эди признала, что собиралась отправиться на плотину, чтобы покончить с собой вместо того, чтобы пойти на работу или на сеанс. Доктор Тодд очертил три возможных варианта развития этой ситуации: 1) она может отправиться в больницу для повторной госпитализации, 2) она может прийти на сеанс в кабинет терапевта позже или 3) она может следовать своему плану покончить с собой. Он добавил, что, если она выберет третий вариант, он известит полицию, которая будет искать ее на плотине, но он ясно дал понять, что это не гарантирует, что ее удастся спасти от суицида.

Эди сказала, что придет на сеанс. Перед сеансом доктор Тодд позвонил коллеге, чтобы проконсультироваться. Он чувствовал, что после первой госпитализации утратил ясность картины этого случая и работает, главным образом, над тем, чтобы сохранить Эди живой, полностью утратив психодинамическую перспективу. Коллега помог доктору Тодду восстановить перспективу и рассмотреть выбор, стоящий перед ним на этом утреннем сеансе: либо он решает работать с пациенткой на уровне интерпретации в рамках сеансов, либо, если не чувствует, что это безопасно, рекомендует очередную госпитализацию. Доктор Тодд решил, что он исследует возможность работы с помощью интерпретации и затем, в зависимости от результатов оценки реакций Эди, решит, продолжать ли следовать этому подходу или поддержать вариант госпитализации.

Когда Эди пришла на сеанс, доктор Тодд предложил следующую интерпретацию недавних событий: «Вы действуете так, будто у вас внутри нет никакого конфликта относительно того, хотите вы жить или умереть. Вы говорите, что сами хотите лишь смерти и что все дело в других, которые мешают вам убить себя. Ваши действия — повторные визиты на плотину — на первый взгляд, поддерживают этот взгляд. Однако я считаю, вы пытаетесь найти выход из тяжелого конфликта, который происходит *внутри вас*: в то время как *есть* часть вас, которая желает вашей смерти по причинам, которые мы еще полностью не поняли, есть также другая часть вас, которая *не* желает этого, часть, которая хочет жить и ищет связи с другими. Вы, похоже, пытаетесь разрешить этот конфликт, отрицая эту вторую часть вас и действуя так, будто только окружающие так чувствуют. Это отрицание может предоставить вам свободу действовать в соответствии с деструктивной частью в безумном романе со смертью. Однако ваши действия демонстрируют, что вы не можете так просто

выпутаться из этого конфликта. Во-первых, вы живы; если бы вы желали лишь смерти, вы бы уже были мертвы. Во-вторых, вы пришли на терапию, которая, как вы знаете, занимает сторону вашей жизни. В-третьих, несмотря на ваши повторные визиты на плотину, вы не прыгаете — вы приходите и останавливаетесь. Я бы хотел помочь вам разрешить этот конфликт, но все это время мне было трудно сделать это, поскольку значительный фокус внимания приходится на *действия*, на явную необходимость в госпитализации. Возможно, сегодня вы вновь нуждаетесь в госпитализации, но я размышлял об этом, и, мне кажется, если бы вы хотели умереть, вы бы уже умерли. Поэтому я полагаю, что здесь кроется какая-то другая проблема и что ее можно рассмотреть, если продолжать терапию, а не отправить вас опять в больницу. Но мы можем сделать это, только если вы останетесь жить. Что вы думаете об этом?»

Эди, которая выглядела заинтересованной и несколько удивленной словами доктора Тодда, ответила: «Думаю, вы правы, хотя я не думала об этом в таком ключе. Все, что я *чувствую* в такие моменты, это стремление убить себя, но вы правы — я этого не делаю. Я иду на плотину и просто сижу там, сижу и сижу... часами, но не прыгаю. Не знаю, что меня останавливает, но, возможно, именно то, о чем вы говорите».

Доктор Тодд ответил: «Было бы очень полезно исследовать, что происходит у вас в голове в такие моменты, какие приходят мысли, образы, фантазии, и мы можем сделать это здесь, если вы не против. Но я хотел бы обратить внимание на еще один аспект этой ситуации. У меня есть гипотеза, которая не обязательно является точной. Мне кажется, что вы получаете некоторое удовольствие, садистическое удовольствие, когда видите мое ерзание, рассказывая о своих визитах на плотину. Не знаю, чувствуете ли вы это, но, обращаясь назад, я думаю, эта сторона вас стала активнее после потери работы. Интересно, связано ли это с чувством унижения и соответствующей этому завистью. Мы знаем, как критично вы настроены по отношению к себе. Потеря работы могла показаться вам подтверждением чувства собственной никчемности. И все же есть часть вас, которая чувствует себя выше всех остальных и не может вынести, что кто-то может быть лучше вас. Возможно, после потери работы единственный путь, который вы инстинктивно нашли, чтобы почувствовать себя лучше, — возвыситься надо мной, став моим мучителем, ведь часть вас, которая атакует вас саму, точно так же может атаковать меня. Возможно, это одна из причин, по которой вы все еще живы, — удовольствие от моих терзаний, хотя я думаю, что

есть часть вас, которая желает более позитивной связи. Если что-либо из моих слов отражает правду, тогда нам следует рассмотреть это. Если у вас есть завистливые, агрессивные, даже садистические чувства, это не значит, что вы заслуживаете смерти, — у многих людей есть такие чувства. Но если вы будете отрицать их или погружаться в них таким образом, что это сделает невозможным для нас их исследование, тогда не эти чувства будут у вас под контролем, а, скорее, они будут вас контролировать».

Эди одобрительно улыбнулась, когда доктор Тодд говорил о возможности садистического удовольствия, и сказала: «Должна признать, я действительно получаю некоторое удовольствие от ваших ерзаний... Не знаю, как вы это заметили».

Доктор Тодд и Эди перешли к обсуждению плана лечения. Эди чувствовала, что интервенции доктора Тодда прояснили происходящее таким образом, что это позволило ей сопротивляться искушению пойти на плотину. Его интервенции также помогли ей почувствовать себя свободнее в обсуждении определенных чувств, которые она осознавала лишь отчасти. Они пришли к согласию продолжить терапию без необходимости дополнительной госпитализации. С этого момента терапия стала прогрессировать, продвигаясь к более глубокому исследованию динамических проблем и не требуя госпитализаций.

Хотя эта зарисовка демонстрирует несколько аспектов лечения, акцент здесь сделан на том, как госпитализации пациентки сочетаются с лежащей в основе динамикой и как терапевт проводит интервенцию в ситуации, которая превращалась в кризис повторных госпитализаций. Попытки пациентки экстернализовать свой конфликт вокруг жизни и смерти, а также вокруг установления связей и их разрушения, вылились в госпитализации, которые стали частью общего отыгрывания этой динамики. Сам факт госпитализации и все люди, участвовавшие в этом, включая терапевта, представляли отщепленную здоровую часть пациентки. Вторая тема включала в себя зависть пациентки и желание одновременно заставить терапевта мучиться и продемонстрировать, с помощью повторных госпитализаций, что его терапия не работает. Пока эти темы не были интерпретированы, цикл госпитализаций, скорее всего, мог продолжаться.

ТЕЛЕФОННЫЕ ЗВОНКИ ПАЦИЕНТА

Внимательная оценка состояния позволяет выяснить, были ли у пациента проблемы со звонками, письмами по электронной почте или текстовыми

сообщениями терапевту во время прошлых курсов терапии. Если это так, терапевт, обсуждая контракт, должен предложить структуру для предвосхищения такого развития событий, с тем чтобы контейнировать это поведение и вернуть коммуникацию между пациентом и терапевтом обратно в границы сеансов, где может быть проведена необходимая работа.

ОТСУТСТВИЕ ТЕРАПЕВТА И РАБОТА С ЗАМЕНЯЮЩИМ СПЕЦИАЛИСТОМ

В терапии с пограничными пациентами регулярные периоды отсутствия терапевта в связи с отпуском, профессиональными встречами и другими обстоятельствами могут становиться поводами для их умелого использования в работе. Во всех таких случаях терапевт должен обеспечить доступность коллеги на период своего отсутствия. Отсутствие терапевта на первом году терапии с большой вероятностью спровоцирует кризис. В течение этого периода, терапевт при наличии показаний может организовать для пациента плановые сеансы с заменяющим терапевтом. В целом, на первом году лечения терапевты могут работать с динамическими проблемами, всплывающими на фоне отсутствия терапевта, таким образом, что эти события перестают восприниматься как кризисы.

Терапевту следует исследовать трудности пациента с поддержанием внутреннего образа терапевта. Ярость пациента по отношению к «покидающему объекту», каким воспринимается терапевт, часто атакует внутренний образ «заботливого объекта» и лишает пациента чувства связи с терапевтом на время периодов отсутствия. Интерпретация о том, что это может произойти или что это уже происходило в прошлом, может помочь пациенту избежать этого разрушения внутреннего образа. Пациентка, которая в тревоге сказала: «Каждый раз, когда вы уезжаете, я думаю, что никогда больше вас не увижу. Я представляю, как ваш самолет взрывается сразу после взлета» — таким образом предоставила своему терапевту подтверждение идеи, что ее гнев атакует внутреннюю связь между ними.

Пациенты часто говорят о чувстве «брошенности». Полезно исследовать, почему пациент переживает перерыв в лечении таким образом. Часто бывает так, что пациент чувствует, будто прерывание лечения доказывает, что пациент все «знал» заранее, — например, что терапевту все равно, что будет с пациентом, или что терапевт находит пациента отвратительным и хочет отделаться от него. Другими словами, перерыв подкрепляет негативную внутреннюю репрезентацию. Терапевту следует поставить под вопрос, является ли его отлучка доказательством безразличия, и указать, что, хотя пациент выражает гнев и разочарование, он при этом выглядит так, будто испытывает

облегчение, получив, наконец, «доказательство» того, что терапевту нет до него никакого дела. Это облегчение отражает степень тревоги, которая включается, когда защитное расщепление дает сбой, предоставляя пациенту возможность получить опыт хороших отношений. Терапевт может интерпретировать тот факт, что его отлучка подкрепляет расщепление: «Вы было стали думать, что я, возможно, действительно мог испытывать искреннюю заботу о вас, даже если это не то, чего вы хотели. Похоже, что вы воспринимаете новость о моем предстоящем отъезде как возможность восстановить status quo. Это печальный status quo, поскольку в нем ни я, ни кто-либо другой не заботится о вас, но это и поддерживающий status quo, поскольку вы чувствуете, что разобрались, что к чему, и теперь больше не будете уязвимы».

МОЛЧАНИЕ ПАЦИЕНТА

Наблюдение за невербальной реакцией молчаливого пациента в ответ на вопросы о том, что приходит ему на ум, вместе с рефлексией терапевта о собственном контрпереносе в таких условиях способствуют пониманию опыта себя и других, скрытого за молчанием. Молчание пациента может представлять собой проявление страха, вины, стыда, высокомерия, провоцирования и других аффектов. Наблюдения терапевта могут помочь ему работать с активными объектными отношениями с помощью интерпретации, несмотря на молчание пациента. Техника стимулирования пациента к вербальному выражению себя, за которой следует анализ природы невербальных реакций пациента и контрпереноса терапевта, затем пробная интерпретация настоящих объектных отношений в свете этого анализа, а затем вновь наблюдение за пациентом, после чего еще одна попытка стимулировать пациента к разговору — так выглядит неугрожающий цикл анализа переноса и интерпретаций, который обычно позволяет прийти к разрешению даже затянувшихся периодов молчания. В крайних случаях, когда пациент хранит молчание несмотря на все интерпретативные усилия терапевта, терапевт может поставить вопрос, может ли терапия продолжаться, если пациент стабильно нарушает параметр лечения, который подразумевает сообщение о своих мыслях и чувствах. Подробный пример такой ситуации приведен в работе Йоманса и соавторов (Yeomans et al., 1992; Chapter 7, Case study #2).

СОМАТИЗАЦИЯ

Как и отыгрывание, соматизация является формой выражения аффектов и внутренних конфликтов, удерживающей материал от осознания.

Соматизация представляет собой особую сложность для исследовательской терапии, поскольку пациенты часто отвергают идею, что у физической проблемы есть некие психологические корни. Действительно, терапевтам необходимо удостовериться, что было проведено адекватное медицинское обследование, чтобы исключить, насколько это возможно, биологическую природу соматической жалобы. В работе с соматизирующими пациентами терапевтам нужно прислушиваться к эмоциональным проблемам, которых пациент пытается избегать, и быть внимательными к процессам контрпереноса, содержащим аффективный материал, который отсутствует в повествовании пациента. ТФП рассматривает соматизацию как символическое выражение аффекта. Терапевтический подход состоит в том, чтобы постараться описать лежащие в основе аффекты в терминах диад отношений, связанных с соматической проблемой.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Одинокий мужчина средних лет пришел на терапию за помощью с жалобами на депрессию и тревогу. Результатом структурного интервью стал диагноз высокоуровневой ПОЛ с ригидными нарциссическими чертами. Пациент в течение многих лет страдал от желудочно-кишечных симптомов. В процессе всестороннего обследования ЖКТ, в ходе которого пациент неоднократно обращался за вторым мнением к другому специалисту, терапевт, чей контрперенос включал чувство, будто он постоянно пребывает под пристальным вниманием, указал на паттерн пациента со всей строгостью выявлять ошибки каждого из специалистов, у которых он консультировался. Терапевт предложил пациенту мысль, что в его психике живет некий «тиран», требующий неукоснительного совершенства от других и, вероятно, на другом уровне, от самого себя. Когда пациент стал размышлять об этой вероятности, он стал лучше осознавать свой гнев, связанный с чувством пренебрежения со стороны родителей, чьим стандартам он не соответствовал. По мере дальнейшего, более подробного исследования гнева он начал испытывать снижение выраженности симптомов со стороны ЖКТ, а улучшение в настроении сопровождалось снижением активности его саркастического чувства юмора (что является более высокоразвитым способом обработки агрессивного аффекта) и большей открытостью к построению отношений. Хотя этот краткий пример передает дух работы с соматизирующими пациентами, читателю следует помнить, что терапия с такими пациентами может требовать большого напряжения и включать очень мощные формы сопротивления доступу к лежащим в основе аффектам.

КОММЕНТАРИЙ К ВИДЕО 3: АФФЕКТИВНАЯ БУРЯ НА СЕАНСЕ

Случаи, которые мы приводим в качестве иллюстраций применения ТФП, являются составными случаями, основанными на элементах реальных сеансов, после внесения в них искажений с целью соблюдения анонимности. Сеанс, приведенный в видео 3, который демонстрирует работу с диадами лежащих в основе интенсивных аффективных состояний, типичен для пациента с преобладающим параноидным переносом. Этот фрагмент основан на сеансе, который имел место через год после начала терапии. Пациентка по имени Кэролин начинает сеанс с того, что указывает на видеозапись, которая велась во время сеанса, со словами: «Это влияет на то, как я себя чувствую». Она просит терапевта, доктора Хэмилтона, выключить камеру. Согласие на видеозапись было получено в начале терапии и было частью рамки лечения. Кэролин понимала, что записи будут использоваться на супервизорской группе, как в рамках преподавания, так и для получения обратной связи от коллег. Первой интервенцией доктора Хэмилтона было попытаться прояснить, что чувствует Кэролин в этот момент, поскольку ее позиция изменилась относительно изначального соглашения в рамках контракта. Он просит ее рассказать подробнее о своей «паранойе».

▶ **Видео 3-1**: Аффективная буря, часть 1 (9:28)

Одна из проблем, которую иллюстрирует этот сеанс, — попытка установления границы между внешней и внутренней реальностью. Можно занять точку зрения, что камера представляет собой объективно враждебное вторжение. Однако доктора Хэмилтона интересует, что Кэролин проецирует в данный момент на камеру и на него. Камера не нова, нова реакция Кэролин на нее. Доктор Хэмилтон подозревает, что было активировано нечто, угрожающее части внутреннего мира Кэролин. Он следует базовой стратегии, чтобы понять объектные отношения, лежащие в основе этого аффекта.

Некоторые из ранних комментариев Кэролин говорят о наличии либидинального элемента, который трудно воспринять в водовороте гнева: «Это ведь должны быть отношения между мной и вами, не так ли? Мне уже хватило проблем от одного только желания иметь с вами отношения, а теперь еще и это должно быть здесь?» Это, вероятно, те аффекты, от которых пациентку защищает паранойя, и, как доктор Хэмилтон указывает ближе к окончанию видео, пациентка, похоже, чувствует себя комфортнее, когда отношения враждебные, а не позитивные.

Следуя стратегии ТФП, доктор Хэмилтон пытается сфокусироваться на объектных отношениях, лежащих в основе аффекта в настоящий момент: «Что больше всего осложняет для вас ситуацию сейчас?» (1:50). Также он старается определить активную диаду: «Похоже, вы чувствуете, что я обращаюсь с вами просто «по учебнику» (2:12) — и далее, — «[Вы чувствуете, будто я] бездушный робот» (3:24). Кэролин соглашается, однако, развивает свой негативный перенос, будучи убежденной, что это просто реальность: «Вы нью-йоркский психоаналитический психотерапевт, который занимается лишь одним видом терапии!» (3:31).

Доктор Хэмилтон продолжает исследовать диаду: «Вы говорите, фактически, что моя клиническая работа с вами является крайне болезненной и дезорганизующей» (4:25), надеясь, что описание чувств Кэролин подтолкнет ее к тому, чтобы взять паузу, понаблюдать и подумать о происходящем. Кэролин остается в негативном переносе, не рефлексируя над комментариями доктора Хэмилтона. Он отмечает ригидность ее позиции, которая, похоже, воплощает именно то, что она описывает в нем, и высказывает предположение, что «единственный способ, которым вы можете реагировать на это, — имитировать меня в этом... и вы это делаете прямо сейчас [когда Кэролин начинает читать свои бумаги], — чтобы закрыться от всего, что я говорю» (7:40). Он описывает колебание, чередование полюсов диады, которое происходит в поведении Кэролин, но ускользает от осознания: она разыгрывает ригидного, корыстного Другого, которого боится и которого, как ей кажется, обнаруживает в терапевте. Доктор Хэмилтон продолжает обозначать их взаимодействие и описывать различия в их мнениях, близко к технике несовместимых реальностей: «Значит, мы можем сказать, что здесь недостаточно внимания, не хватает понимания другого, и вы убеждены, что все это относится именно ко мне» (8:20).

На мгновение Кэролин успокаивается, и ее речь больше начинает походить на естественную для «нормальной» терапевтической ситуации, когда она описывает свою озабоченность по поводу того, как она себя чувствует. Однако нескольких секунд, в течение которых доктор Хэмилтон ее молча слушает, хватает для повторной активации негативной диады в проекции. Кэролин прерывает рассказ о своих чувствах восклицанием: «Каменная стена — что ж, прекрасно!» (9:22). [Конец видео 3–1]

▶ **Видео 3–2**: Аффективная буря, часть 2 (9:26)

На видео 3–2 доктор Хэмилтон опять следует стратегии называния диады: «Итак, вы восприняли мое молчание как сочетание безразличия и отвержения?» Он вновь указывает на реверсию: «Просто обратите внимание на то,

что происходит сейчас, поскольку вы воспринимаете меня так, будто я не испытываю интерес к тому, о чем вы говорите в настоящий момент, между тем вы говорите мне то же самое» (00:30). Он продолжает подчеркивать ее внутреннее состояние: «У вас такое чувство, будто я либо не слушаю, либо атакую вас. Это очень болезненное переживание. Поэтому стоит исследовать, отражает это реальную ситуацию или нет» (1:55).

Это приводит к обсуждению жесткой требовательности, которая характеризует часть расщепленного внутреннего мира Кэролин. Вначале она описывает эту ригидность мышления в том виде, в котором видит ее в докторе Хэмилтоне: «Вы хотите, чтобы я соглашалась со всем, что вы говорите или предлагаете» (2:38). Доктор Хэмилтон описывает этот объект, оставляя открытым вопрос о его происхождении: «Похоже, будто есть часть вас, которая либо действует внутри вас, либо вы видите ее проявление во мне, и она настолько требовательна и склонна к перфекционизму, что может быть только либо полным совершенством, либо полным ничтожеством» (3:46).

Кэролин соглашается с формулировкой, но вначале может говорить об этом только насмешливым и ироничным тоном. Доктор Хэмилтон отмечает защитный характер в ее интонации: «Вы начали с того, что стали высмеивать меня, скрывая тот факт, что на самом деле согласны с частью того, о чем я говорю» (5:04). Он указывает на ее тревогу как по поводу чувства унижения из-за наличия проблемы, так и по поводу возможности возникновения позитивных аффектов в этих отношениях. Такая тревога типична в контексте параноидного переноса, который не допускает представления, что привязанность может развиваться благополучно.

Кэролин признает — она согласна, что он в чем-то прав: «В ваших словах есть смысл» (5:29). Она произносит это с выражением, которое можно воспринять как ироничную улыбку. (Следует отметить, что актриса на видео не в полной мере передает амбивалентный аффект настоящей пациентки). Доктор Хэмилтон неправильно интерпретирует его как повторную иронию со стороны Кэролин. Он не осознает, что ее внутреннее состояние переменилось от иронии к искренности. Она реагирует на это непонимание с яростью, вскакивая, швыряя свои бумаги на пол и крича: «Да вы просто чертов кусок дерьма!» (5:38).

Ключом к работе с аффективной бурей является внимательное следование стратегии точного определения лежащей в основе диады Я — Другой. Доктор Хэмилтон быстро замечает свою ошибку и признает ее: «Вы абсолютно правы, я что-то упустил» (6:25). Хотя и досадно, что он не отследил перехода Кэролин из одного внутреннего состояния в другое, не всегда просто следовать внезапным изменениям состояния, которые характерны

для пограничных переживаний. Он связывает этот опыт с требованием совершенства: «То, о чем мы говорили, произошло прямо сейчас... Я упустил несколько секунд... и вас накрыла эта ярость» (6:35).

Доктор Хэмилтон облекает в слова свое понимание переживаний Кэролин: «Думаю, вы почувствовали, будто я предал вас» (7:08). Это самый ужасный страх пациентки — страх отказаться от защиты, чтобы открыть часть своего внутреннего мира, от которой она защищается (стремление к привязанности), и почувствовать себя отверженной/раскритикованной.

Рефлексируя о взаимодействии (а может потребоваться время, чтобы «распаковать» все, что происходит в этом очень концентрированном опыте аффективной бури), доктор Хэмилтон признает инсайт Кэролин (8:05). Когда он говорит о ее положительной реакции, он замечает ее непрекращающееся и, возможно, даже усиливающееся болезненное переживание. Это наблюдение обращает его мысли обратно к базовому внутреннему расщеплению и дискомфорту в связи с любыми положительными переживаниями в отношениях. Он высказывает наблюдение: «Почему теперь вы расстроены, при условии, что я признал, что упустил то, что вы выразили, и, помимо всего прочего, ошибся в своей интерпретации?.. Это могло бы быть положительным переживанием, но по какой-то причине вы воспринимаете это болезненно. Думаю, в настоящий момент, когда вы можете воспринимать меня как достойного человека, вы страдаете. Что-то внутри вас не позволяет вам воспринять меня как достойного человека» (8:40). [Конец видео 3–2]

▶ **Видео 3–3**: Аффективная буря, часть 3 (10:10)

В начале видео 3–3 Кэролин признает эту диаду и видит ее в себе: «Она не позволяет *мне* воспринимать себя как достойного человека» (00:02). На этом этапе она успокаивается и кажется более задумчивой. Однако она вновь соскальзывает в негативный перенос: «Вы знаете, насколько сложно сидеть здесь и чувствовать себя униженной перед человеком, который так смотрит на тебя?» (тут она изображает каменное лицо) (2:52). Доктор Хэмилтон отвечает: «Мы можем многое узнать из того, как вы меня воспринимаете». Он соглашается с ее восприятием себя как невыразительного, но решает вернуться к тому, что, как ему кажется, представляет на данном этапе более глубокий материал, — к ее дискомфорту с ним при наличии позитивного аффекта: «Но если я действительно реагирую... для вас трудно иметь дело с этим другим отношением» (3:23). Он продолжает эту линию размышления чуть позже, говоря о «моменте, когда происходила хорошая коммуникация между нами, но затем она развалилась... Вопрос

в том, почему оно так хрупко, это позитивное чувство, которое на мгновение возникло здесь» (6:16).

Кэролин указывает на его ошибку: «Вы развалили ее!».

Доктор Хэмилтон возвращается к теме ее дискомфорта при позитивной связи: «Я что-то упустил, но, похоже, когда вы чувствуете, что у вас хорошие отношения со мной, может быть, даже всего на несколько секунд, по какой-то причине вы начинаете сильнее тревожиться» (6:35). Кэролин трудно оставаться в этой теме: «Нет, я так не делаю!» Затем Доктор Хэмилтон указывает: «Похоже, что вам комфортнее ругаться, чем говорить спокойно, как бы ни было это печально».

Доктор Хэмилтон пытается быть более конкретным относительно непосредственных объектных отношений, лежащих в основе текущего аффекта: «Что именно делает для вас лечение невыносимым? [В начале сеанса] вы сказали, что вам достаточно трудно иметь отношения, — полагаю, именно в этом проблема... Вы открылись, затем я ошибся, и, похоже, будто случилась катастрофа». Он продолжает: «Проблема снова прямо перед нами, за исключением того, что сейчас мы говорим об этом чуть больше» (7:17–8:13).

Кэролин говорит (она выглядит скорее опечаленной, чем гневной): «Я очень много раз пыталась — и всегда одно и то же... Это как отшвыривают разыгравшегося щенка» (8:40). Доктор Хэмилтон подхватывает эту метафору, говоря, что было трудно разглядеть разыгравшегося щенка, когда тот превратился в разъяренного быка (8:57), — указывая тем самым на защитную природу ее гнева. Кэролин признает эту защиту и говорит, что лучше быть одной, чем набить новых шишек (9:34). Доктор Хэмилтон соглашается: «[Но только] если существуют лишь две эти опции».

Кэролин замечает, что взгляд доктора Хэмилтона отличается от ее параноидного представления: «Я знаю, вы думаете, что люди могут быть хорошими. Не думаю, что это так... Возможно, вы просто наивны» (9:45). Заканчивая сеанс, доктор Хэмилтон возвращается в нейтральную позицию и оставляет открытым вопрос для исследования: «Было бы важно рассмотреть эти два варианта».

Ключевые клинические положения

- Тактические приемы ТФП подготавливают почву для применения техники лечения.
- Терапевтический контракт служит множеству целей, о которых следует помнить в ходе терапии (см. главу 5).

- Необходимо постоянно прислушиваться к трем каналам коммуникации: 1) содержание повествования пациента, 2) невербальное поведение и отношение, а также 3) контрперенос терапевта. Терапевты часто уделяют вербальному содержанию больше внимания, чем другим каналам коммуникации. Это может приводить к тому, что терапия начинает отдавать предпочтение когнитивному фокусу в ущерб признанию более глубоких аффективных проблем.
- ТФП дает терапевтам направление в вопросах выбора материала, к которому следует адресоваться, предоставляя ясные рекомендации о том, как выбирать приоритетный материал.
- Следовать аффектам пациента — фундаментальное правило. Помимо получения доступа к более глубокому материалу в целом, этот подход предоставляет модель для развития способности контейнировать и рефлексировать над аффектом, а также помогает терапевту избегать сговора с защитами пациента против интенсивных аффектов.
- После того как терапевт сфокусировал внимание на аффекте пациента, он следует иерархии приоритетов касательно содержания. Эта иерархия вначале обращается к поведению и установкам пациента, которые проявляются в форме сопротивления исследованию.

ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ЧТЕНИЯ

Clarkin J.F., Yeomans F.E. Managing negative reactions to clients with borderline personality disorder in transference-focused psychotherapy, in Transforming Negative Reactions to Clients / Ed. by Wolf A., Goldfried M., Muran J.C. Washington. DC: American Psychological Association, 2012. Pp 175–188.

Koenigsberg H., Kernberg O.F., Stone M., et al. Borderline Personality Disorder: Stretching the Limits of Treatability. New York: Basic Books. 2000.

Yeomans F.E., Selzer M.A., Clarkin J.F. Treating the Borderline Patient: A Contract-Based Approach. New York: Basic Books, 1992.

ГЛАВА 8

НАЧАЛЬНАЯ ФАЗА ЛЕЧЕНИЯ

ТЕСТИРОВАНИЕ РАМКИ, КОНТЕЙНИРОВАНИЕ ИМПУЛЬСОВ И ИДЕНТИФИКАЦИЯ ДИАД

В ЭТОЙ И ДВУХ ПОСЛЕДУЮЩИХ ГЛАВАХ мы исследуем основные проблемы, которые возникают на разных этапах психотерапии, фокусированной на переносе (ТФП), а также прогрессивные изменения, происходящие в пациентах. Если об основных проблемах, возникающих на начальной, средней и поздней фазах лечения, мы можем говорить в обобщенном виде, то ожидаемые изменения в пациентах из спектра пограничной личностной организации (ПОЛ), по мере продвижения лечения, весьма индивидуальны. Чтобы связать принципы ТФП с конкретными случаями, мы решили проиллюстрировать взаимодействие принципов и индивидуальных особенностей пациентов на примере двух репрезентативных случаев, рассматривая их на разных фазах ТФП (Таблица 8–1). Это комбинированные случаи, детали которых изменены с целью соблюдения конфиденциальности. Поскольку два случая не могут передать все возможные вариации, которые обнаруживаются у пациентов, в этих трех главах мы также представляем примеры других специфических клинических ситуаций. Оба случая соответствуют критериям пограничного расстройства личности (ПРЛ). Эми — прототипная пациентка с низкоуровневым ПОЛ на начальном этапе лечения. Бетти, о которой уже шла речь в главе 4 «Фаза оценки состояния», является прототипным примером высокоуровневой ПОЛ с выраженной диффузией идентичности и изоляцией, но с меньшим уровнем агрессии, по сравнению с Эми. Эти различия в уровне

организации личности оказывают влияние на процесс лечения на ранних фазах, однако, начинают угасать по мере достижения целей лечения.

Цели и соответствующие задачи начальной фазы лечения (Таблица 8–2) отражают природу пограничной патологии и то, каким образом психодинамическое лечение начинает формировать взаимодействие. Терапевт начинает применять стратегии лечения (см. главу 3 «Стратегии психотерапии, фокусированной на переносе»). Однако движение к цели, заключающейся в выявлении внутренних объектных репрезентаций, может происходить лишь в контексте, который не содержит избыточного разрушительного отыгрывания со стороны пациента. Таким образом, на этой фазе терапии особенно важно уделять внимание приверженности терапевтическому контракту, а также фокусированию внимания на отклонениях от него. Отыгрывание на этой фазе часто принимает форму оспаривания или тестирования рамки лечения, установленной на этапе заключения контракта. Другой распространенный тип раннего отыгрывания принимает форму импульсивного желания пациента завершить терапию, по мере того как внимание к его интенсивным аффектам и внутреннему миру провоцирует тревогу.

Если начальная фаза лечения развивается хорошо, пациент начинает демонстрировать рост контроля над импульсивным и саморазрушительным поведением в сочетании с повышением способности испытывать интенсивные аффекты. Этот прогресс также происходит в ответ на устранение вторичной выгоды от отыгрывания, как это было оговорено в терапевтическом контракте. По мере того как укрепляется контроль пациента над импульсами, его хаотическое и социально неприемлемое поведение за пределами сеттинга терапии ослабевает, хотя и не обязательно прекращается полностью. Установление границ создает тенденцию к сдвигу переживания аффекта внутрь терапевтических отношений, где основополагающие диады объектных отношений активируются в переносе. Установление границ и снижение отыгрывания позволяет терапевту начать использовать аналитические техники ТФП.

Концентрация интенсивных аффектов имеет тенденцию возрастать в терапевтической ситуации, которая была обозначена как пространство, где любые аффекты могут выдерживаться. Терапевт имеет возможность связать импульсы пациента к действию и такие симптомы, как тревога, ярость, чувство пустоты и депрессивное настроение с переменами в отношениях с терапевтом, которые отражают доминирующие, основополагающие объектные отношения во внутреннем мире пациента по мере их активации в переносе. С тем как пациент обретает все большую уверенность в возможности выражения этих интенсивных аффектов в рамках терапии, терапевтический альянс укрепляется даже несмотря на то, что терапевтические отношения иногда могут быть бурными. Способность пациента переживать и выражать

интенсивные аффекты по отношению к терапевту *и* снова приходить на следующий сеанс отражает крепкий терапевтический альянс. Даже в этом случае у пациента может возникать стремление бросить терапию в ответ на различные варианты развития взаимодействия: 1) тревога при рефлексии над неприятными аспектами внутреннего мира пациента, 2) рост привязанности к терапевту, что может представлять угрозу из-за тревоги привязанности как таковой или связанного с ней страха быть брошенным, а также 3) первые проблески осознавания диссоциированной и проецируемой агрессии, чему сопутствуют парадоксальные всплески параноидных реакций в переносе.

ТАБЛИЦА 8–1. Два длительных случая на разных фазах лечения

	Эми	**Бетти**
Характеристики пациентки	Низкоуровневая пограничная организация личности; 23-летняя замужняя женщина, не работает, в течение 7 лет проходит терапию в связи с тревогой, депрессией и самодеструктивным поведением; неоднократные госпитализации.	Высокоуровневая пограничная организация личности; 33-летняя незамужняя женщина, не работает, друзей нет, проходит лечение с 16 лет в связи с депрессией и нанесением поверхностных порезов запястий.
Начальная фаза лечения (глава 8)	Пациентка порезала оба запястья в отделении скорой помощи, впоследствии была госпитализирована. Исследование этого эпизода ведет к началу интерпретации ее удовольствия от агрессии.	Пациентка прибегает ко всемогущему контролю на ранних сеансах. Становятся ясны ее защиты от либидинальных стремлений.
Средняя фаза лечения (глава 9)	Пациентка прекращает агрессивные атаки на себя. Ее параноидная ориентация становится менее выраженной, но остаются заметными ее более тонкие проявления. Она начинает заниматься в колледже и решает завести ребенка. Она замечает сдвиг в своем недоверии по отношению к людям в растущем социальном окружении.	Пациентка начинает заниматься волонтерством и поступает в колледж, но испытывает недоверие по отношению к людям в этой среде. Она испытывает амбивалентность по поводу своих успехов и демонстрирует сопернические тенденции по отношению к однокурсникам и к терапевту.
Продвинутая фаза лечения (глава 10)	Пациентка с терапевтом исследует восприятие терапевта как выражающего снисхождение к ней. Пациентка начинает замечать этот настрой в себе. Возникает фаза идеализированного эротического переноса. Восприятие терапевта развивается — пациентка начинает воспринимать его как благонамеренного и сотрудничающего.	Пациентка заводит новых друзей, но остается чувствительной к отвержению. Растет ее осознание собственной критикующей и осуждающей стороны. Она начинает лучше контекстуализировать непосредственные эмоциональные реакции и уравновешивать их осознанием более широкой реальности. У нее возникают близкие отношения, и она выходит замуж.

ТАБЛИЦА 8–2. Зоны фокуса и изменений на начальной фазе терапии

Растет способность пациента поддерживать отношения с терапевтом в контексте всех интенсивно флуктуирующих аффективных состояний, а риск преждевременного выпадения из лечения снижается. Способность терапевта быть открытым и контейнировать ярость и интенсивные аффективные состояния помогает пациенту выдержать их без отыгрывания, что повышает вероятность рефлексии над ними и исследования связанных с ними конфликтов.

Благодаря поддержанию рамки лечения, устранению вторичной выгоды и трансформированию действий в наблюдение за доминирующими объектными отношениями в рамках терапевтических отношений происходит снижение суицидального и самодеструктивного поведения, а также других хаотических форм поведения вне сеансов.

Интенсивные аффекты и аффективные бури сосредотачиваются в рамках терапевтической ситуации, а такие симптомы, как тревога, ярость, чувство пустоты или депрессивное настроение связываются с событиями в отношениях с терапевтом и другими людьми и рассматриваются в терминах диад объектных отношений, которые лежат в основе данного аффекта. Эта работа отражает клиническое наблюдение, что во многих случаях аффект пациента является отражением лежащих в его основе отношений — внутреннего чувства Я по отношению к Другому, которые пациент испытывает, но сознательно не осознает и по отношению к которым не может занять дистанцию наблюдения. Его переживания *являются* для него реальностью ситуации, а не опытом, над которым можно рефлексировать. Техники прояснения, конфронтации и интерпретации начинают оформлять позицию наблюдателя.

Пациент начинает принимать роль работы или учебы в повседневной жизни. Это следует из обсуждений на этапе заключения контракта. Рассказ пациента о его опыте в жизни вне терапии предоставляет важные сведения, дополняющие анализ переноса.

Пока что не ожидается, что изменится ситуация с основополагающим отсутствием у пациента стабильного представления о Я и/или других. На этом этапе рост вовлеченности в жизненные задачи отражает влияние рамки лечения, а не изменений в интеграции идентичности. Предполагается, что проблематичные внутренние репрезентации пациента и применение примитивных защитных механизмов приведет к повтору ранних трудностей в жизненном опыте, но пациента поощряют использовать безопасную гавань терапии для понимания этих сложностей таким образом, чтобы это позволило снизить недопонимания и конфликты с другими и повысить вовлеченность в активные отношения.

СПОСОБНОСТЬ К ПОДДЕРЖАНИЮ ОТНОШЕНИЙ С ТЕРАПЕВТОМ

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛЬЯНС

В начальной фазе лечения серьезным фактором, о котором следует помнить, является высокая частота обрыва терапии у пограничных пациентов, по сравнению с другими пациентами. Обзор факторов завершения лечения пациентами с ПРЛ (Barnicot et al., 2011) показал, что следующие факторы

имеют важное значение: высокая импульсивность, гнев, тревога, недостаточная вовлеченность в лечение, низкая мотивация к изменениям, высокий уровень избегания опыта и хрупкий терапевтический альянс. В крупном исследовании, где сравнивались диалектическая поведенческая терапия и обычное психиатрическое лечение, в качестве наиболее значимого предиктора обрыва был выявлен плохой терапевтический альянс (Wnuk et al., 2013). Одним из наиболее достоверных выводов во всех исследований психотерапии является важность раннего терапевтического альянса для процесса лечения и его исходов (Crits-Christoph et al., 2013). В этой литературе почти не проводятся различия между пациентами с точки зрения диагноза или уровней личностной организации (например, различий между невротическим и пограничным пациентами). Наше понимание трудностей с привязанностью у пограничных пациентов позволяет предполагать, что формирование терапевтического альянса здесь связано с бóльшим количеством сложностей, чем в случае с невротическими пациентами. Кроме того, в основной массе литературы, где подчеркивается важность раннего формирования альянса, идет речь о лечении небольшой продолжительности. ТФП по определению фокусируется на отношениях между пациентом и терапевтом. Эти отношения сложны тем, что на одном уровне они реальны, но на другом уровне создаются пациентом на основании того, каким образом его внутренние репрезентации Я и Другого определяют его восприятие терапевта. В итоге именно исследование терапевтом этих перцепций помогает пациенту продвигаться к более стабильной психической структуре. Аспекты отношений с терапевтом, основанные в большей степени на реальности, составляют терапевтический альянс (Gill, 1982) — осознание того, что стороны объединяются вместе в попытке помочь пациенту. В случае успешной терапии эти отношения становятся очень важной частью жизни пациента, и желание пациента сохранить их становится одним из факторов его мотивации работать в рамке лечения.

Вопросы, связанные с терапевтическим альянсом, возникают неизбежно: какова важность альянса в начальной фазе терапии для процесса и исходов долгосрочного лечения пограничных пациентов? Какова природа и характер терапевтического альянса в ТФП, по сравнению с поддерживающими видами лечения или когнитивно-поведенческой терапией? Как ТФП работает с угрозами альянсу? В психоаналитической литературе рабочие отношения или терапевтический альянс описываются как отношения между терапевтом в своей рабочей роли и наблюдающим Эго пациента. Таким образом, терапевтический альянс — это сотрудничество между терапевтом и здоровой частью пациента — частью, которая может присоединиться к терапевту в наблюдении и рефлексии. В начале терапии

эта часть психической структуры пациента может быть незначительной и хрупкой по сравнению с наплывами аффекта, которые он переживает. Поэтому наш интерпретативный подход начинается с обращения к совместному опыту, разделяемому пациентом и терапевтом. Использование этого интерактивного процесса зависит от способности пациента доверять кому-либо, не прибегая к избыточной идеализации, что является особой трудностью для пограничных пациентов. Рабочий альянс необходимо отличать от идеализации, которая ведет к тому, что пациент видит в терапевте волшебника-целителя, и ее производные проявляются в ранних манифестациях позитивного переноса. По мере прогресса терапии альянс все больше начинает пересекаться с позитивным переносом.

Определенные личностные характеристики затрудняют способность пациента к вовлечению в рабочий терапевтический альянс. Во-первых, рабочий альянс бывает ограничен в случае антисоциальной и выраженно нарциссической личностной структуры. Антисоциальные пациенты воспринимают окружающих как объекты, которые можно использовать и эксплуатировать, а пациенты с выраженным нарциссическим расстройством могут реагировать на других людей столь интенсивным чувством зависти, что скорее бывают склонны атаковать тех, к кому испытывают зависть, чем устанавливать с ними отношения на основе сотрудничества. Во-вторых, формулируя с более позитивной точки зрения, терапевтический альянс развивается благодаря способности пациента и терапевта сохранять отношения даже под давлением агрессии и часто возникающей на последующих этапах идеализированной любви со стороны пациента в переносе. Наконец, способность терапевта проявлять подлинный интерес к пациенту, несмотря на агрессию пациента и возможную враждебность, играет ключевую роль в этом процессе. Успешные терапевты должны находить в сложном пациенте что-то привлекательное, даже если это по большей части будет основано на возможности *представить* улучшения пациента в будущем. Тем не менее часто основной вклад в установление и укрепление терапевтического альянса с такими пациентами зависит от анализа манифестного и латентного негативного переноса. Поскольку негативные предположения насчет других — такие как подозрительность, страх или зависть — склонны окрашивать опыт отношений при пограничном расстройстве личности, наиболее аутентичные отношения с таким пациентом предполагают возможность принимать и включать эти чувства.

Состояние терапевтического альянса в каждом конкретном случае проявляется или определяется по семи параметрам.

1. *Состояние понимания трудностей пациента самим пациентом и терапевтом.* Фаза клинической оценки пациента ведет к обсуждению впечатления

о характере его трудностей, которое сложилось у терапевта. Учитывая, что ПРЛ представляет собой сложный феномен, которому часто сопутствуют другие коморбидные расстройства, терапевту и пациенту необходимо прийти к согласию о том, что пациент мог бы извлечь для себя пользу от исследования его психики как основного фокуса внимания. Необходимо хотя бы минимальное общее согласие по поводу задачи и целей лечения.

2. *Достижение относительного консенсуса об условиях лечения.* Процесс заключения контракта является свидетельством заинтересованности и внимания терапевта к пациенту. Это процесс приглашает пациента к совместному размышлению о том, как подступиться к проблемным областям. Достижение адекватной степени консенсуса является шагом к построению альянса.
3. *Состояние ожиданий от лечения со стороны пациента и терапевта.* Речь идет как об ожиданиях относительно исхода лечения, так и ожиданиях о процессе. Вопросы, которые требуют рассмотрения: ожидает ли пациент, что фокусом лечения будет получение советов, рекомендаций или лекарственной терапии, или же пациент и терапевт приходят к согласию, что работа будет сфокусирована на изучении пациентом себя при содействии терапевта? Может ли терапевт представить, как этот конкретный пациент продвигается к более положительному восприятию себя и других, к более высокому уровню функционирования и удовлетворению от жизни?
4. *Аффективная инвестированность терапевта в пациента.* Способность терапевта аффективно вовлекаться во взаимодействие с пациентом может зависеть от способности терапевта представить, что первоначально незначительная здоровая часть пациента в состоянии присоединиться к усилиям по продвижению от внутреннего конфликта и хаоса к успешной интеграции. В целом, аффективная вовлеченность — это именно то, что постепенно может развить пациент, в соответствии с реалистичными надеждами терапевта.
5. *Толерантность к интенсивным аффектам со стороны терапевта и пациента.* Агрессивные аффекты зачастую в большей степени выражены в начальной фазе терапии. Терапевтические отношения должны быть такими, чтобы обе стороны могли принять эти аффекты и работать с ними, будучи открытыми к выражению и переживанию интенсивных аффектов без явного или неявного отстранения от них или отыгрывания.
6. *Способность пациента и терапевта осмысленно участвовать в диалоге.* Это проявляется в способности пациента обдумывать интервенции терапевта

и развивать их. На начальном этапе терапии участие пациента может касаться обдумывания того, как терапевт описывает текущее взаимодействие и аффект, связанный с ним. На более поздних стадиях оно касается обдумывания интерпретаций терапевта. Симметричным образом терапевт проявляет свою способность эффективно слушать пациента, погружаться в аффект сеанса и затем связно анализировать этот опыт.

7. *Принцип ранней диагностики и разрешения явных признаков негативного переноса.* Прояснение негативных аффективных реакций в переносе и толерантность к ним может быть основным путем к тому, чтобы позволить проявиться потенциалу пациента к более доверительным отношениям.

Глубокая исследовательская терапия по своей природе бросает терапевтическому альянсу вызов. Поскольку такая терапия в процессе помощи пациенту по изменению его психической структуры — способа строить отношения с собой и с миром — в сторону большей адаптивности и удовлетворенности, ставит под вопрос его текущее защитное функционирование. Сложность состоит в том, что изначальная защитная структура пациента, а именно его способ пытаться держать баланс во взаимодействии между конкурирующими эмоциями, внутренними правилами и влияниями внешней реальности — единственная, которая ему известна. Если даже эта структура в долгосрочной перспективе оказывается неадаптивной, она все же дает некоторое облегчение от тревоги в краткосрочной перспективе. Например, расщепление *действительно* привносит порядок в субъективный опыт пациента, но не слишком хорошо согласуется со сложностью мира. Новые способы обработки собственного опыта могут оказаться более адаптивными, но поначалу они незнакомы и, таким образом, являются источником тревоги и предметом сомнений. Когда эта общая истина об исследовательской терапии соединяется с интенсивностью аффектов, которые пограничные пациенты привносят в перенос, становится ясно, что удержание терапевтического альянса может требовать активных интерпретативных интервенций начиная с самых ранних этапов.

ТЕСТИРОВАНИЕ РАМКИ ЛЕЧЕНИЯ

Пациенты часто, хотя и не всегда, начинают лечение с проверок рамки, установленной контрактом, и эти проверки отражают довольно типичную динамику. На одном уровне такое поведение происходит из того, что пограничным пациентом трудно доверять другим. Поскольку они склонны не верить, что человек будет с ними рядом, то часто чувствуют потребность

контролировать другого, брать управление на себя, чтобы избежать покинутости и боли. У более нарциссичных и антисоциальных пациентов это может сочетаться с получением удовольствия от власти. Тестирование контракта может иметь целью узнать, насколько терапевт доступен контролю. Примером этого паттерна будет пациент, который убежден в том, что все отношения основаны на контроле одним человеком другого, что, в свою очередь, ведет к убеждению: «Если я не буду контролировать его, он будет контролировать меня».

На другом уровне тестирование рамки может быть проявлением глубоко укорененного, скрытого желания, чтобы терапевт был достаточно силен и мог конфронтировать и контейнировать вызовы, которые бросает ему пациент, — иначе говоря, чтобы заботы терапевта хватало на твердость во взаимодействии. В своей крайней форме это желание является проявлением примитивного стремления найти воображаемого всемогущего Другого. Таким образом, для терапевта важно прояснить, что, хотя он и предпринимает все возможное для поддержания лечения, он не всемогущ и не может успешно отражать все вызовы со стороны пациента.

Пример тестирования рамки лечения представляет случай Эми, пациентки с низкоуровневой ПОЛ, лечение которой мы будем прослеживать на различных фазах (Глава 8–10).

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ: ЭМИ

Эми начала ТФП в возрасте 23 лет после семи лет лечения в связи с депрессией, тревогой, самодеструктивным и суицидальным поведением. Среди ее диагнозов фигурировало биполярное расстройство, рекуррентная депрессия и ПРЛ. На момент обращения ее основным диагнозом было ПРЛ. Предыдущие виды лечения включали курсы поддерживающей психотерапии, лекарственное лечение (антидепрессанты, стабилизаторы настроения, анксиолитики и нейролептики в низких дозах) и несколько госпитализаций.

На момент начала терапии Эми была замужем и не работала. Она не работала и не училась из-за страха, что окружающие будут ее критиковать и отвергать. Предыдущий терапевт считал Эми жертвой пренебрежительного отношения со стороны родителей и предлагал ей дополнительные варианты общения в промежутках между сеансами, в попытках ослабить ее чувство одиночества и пустоты. Эта стратегия не помогла, поскольку симптомы Эми сохранялись, и она попала в больницу в связи с очередной попыткой суицида. После выписки из больницы Эми была направлена на ТФП к доктору Джонсу.

На тот момент она принимала антидепрессанты группы СИОЗС, бензодиазепиновый препарат и дифенилгидрамин для сна в дозах, превышающих рекомендованные. В течение первых месяцев терапии дозы препаратов удалось снизить.

Во время обсуждения терапевтического контракта Эми с некоторой неохотой согласилась с условием, что она обратится в скорую помощь, если будет не в состоянии контролировать свои суицидальные импульсы. И как следствие, если в такой ситуации ей порекомендуют госпитализацию в психиатрический стационар, она должна будет принять эту рекомендацию. Доктор Джонс знал об амбивалентности пациентки, но рассудил, что ее согласия достаточно, чтобы начать терапию. Поскольку доктор Джонс оценивал риск суицида со стороны Эми как высокий, он пригласил ее мужа на один из сеансов по обсуждению контракта, чтобы прояснить для него условия и реалистичные ожидания от лечения.

Через две недели после начала терапии Эми приняла повышенную дозу лекарств, и муж отвез ее в местную больницу, куда она была госпитализирована для наблюдения. На следующий день, после того как врачи убедились, что состоянию Эми ничего не угрожает, психиатр-консультант больницы рекомендовал перевести ее в психиатрическое отделение. Психиатр больницы позвонил доктору Джонсу, чтобы сообщить, что пациентку собираются выписать вопреки его рекомендациям. Доктор Джонс сразу прояснил, что он не сможет принять Эми обратно в терапию на таких условиях, поскольку, по оценке психиатра больницы, ей была необходима дополнительная медицинская помощь. Он объяснил, что Эми знает, что в ее зоне ответственности было придерживаться их терапевтического соглашения и принять рекомендацию по поводу госпитализации.

Психиатр больницы передал комментарии доктора Джонса пациентке, объяснив, что ей придется начать новый курс амбулаторного лечения. После чего доктору Джонсу позвонил муж Эми и обвинил его в непрофессиональном поведении и в том, что тот бросает Эми в момент нужды. Терапевт напомнил мужу пациентки об условиях контракта и повторил, что его ответ был основан на принципах лечения, которые исходят из интересов его супруги. Муж Эми, который звонил из палаты супруги в больнице, передал ей трубку.

Она продолжила апеллировать к доктору Джонсу при помощи смеси настойчивых уговоров и обвинений: «Вы должны понять — мне сейчас лучше. Препараты уже вышли из моего организма. Вы не знаете, каково

это — лежать в психиатрическом отделении. Это ужасно! Из-за этого я снова захочу убить себя... Я знала, что вы так поступите со мной. Вам нравится мучить пациентов. Как только я начала доверять вам, вы бросаете меня на съедение волкам!».

Эта беседа вызвала у доктора Джонса тревогу. Хотя он считал, что принял терапевтически правильное решение, он начал чувствовать себя жестоким, необоснованно требовательным и даже садистичным, отказывая мольбам Эми взять ее обратно в терапию без рекомендованной госпитализации в психиатрический стационар. Однако после краткого размышления, включавшего анализ контрпереноса, он напомнил себе, что не отказывал пациентке в лечении, а, скорее, предлагал лечение на адекватных условиях. Он понял, что это Эми вызывала в нем чувство, будто он жестокий и отвергающий. Он предположил, что это соответствовало объектной репрезентации в психике Эми, которую было бы важно исследовать и проинтерпретировать, если она вернется в лечение. А в настоящий момент он лишь придерживался рамки лечения. Доктор Джонс повторил свои аргументы. Эми возобновила свои уговоры и обвинения. Когда стало ясно, что беседа никуда не движется, доктор Джонс сказал, что они оба ясно выразили свои позиции, и теперь решение было за Эми, и когда она решит, она может дать ему знать об этом. Внутренне он смирился с вероятностью, что она решит закончить терапию. Позже в этот же день он получил сообщение, что Эми согласилась на перевод в психиатрическое отделение и вернется в терапию после выписки.

Это был далеко не последний вызов со стороны Эми касательно рамки лечения, но он ясно дал понять, что терапевт был способен придерживаться рамки. После таких событий всегда важно обратиться к значению этого вызова, чтобы увидеть, чему можно научиться на его примере. В данном случае доктор Джонс и Эми исследовали ее сильнейшую потребность «сделать по-своему». Со временем, понаблюдав за связанным с этой потребностью материалом, они пришли к пониманию, что она была основана, на одном уровне, на страхе, что, если Эми не будет контролировать Другого, тогда Другой сделает ей больно, а на ином уровне — на скрытом желании найти кого-то достаточно сильного и заинтересованного, кто не поддастся ее нездоровым требованиям и, таким образом, не будет пренебрежителен к ней.

Этот пример показывает один из множества способов, которыми пациенты могут проверять недавно установленную рамку лечения. Другие типичные способы проверок включают частые пропуски сеансов, невыпол-

нение обещаний касательно занятий учебой или работой и непосещение 12-шаговой программы.

ПРОПУСКИ СЕАНСОВ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Некоторые пациенты соглашаются с терапевтическим контрактом, но затем начинают посещать сеансы нерегулярно. Это поведение требует от терапевта активности. Терапевт обычно звонит пациенту, спрашивает о причине отсутствия и напоминает ему о необходимости регулярного посещения сеансов, с тем чтобы лечение имело шанс на успех. Если пациент выражает сомнение или амбивалентность по поводу посещения терапии, терапевт четко указывает, что решение остается за пациентом, однако, дает ему понять, в манере, отчасти содержащей немного психопедагогики и в то же время поощряющей выражение аффекта, что сеансы часто наиболее продуктивны именно тогда, когда пациенту становится тяжело их посещать.

ОБРЕТЕНИЕ КОНТРОЛЯ НАД ИМПУЛЬСИВНЫМ И САМОДЕСТРУКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

УГРОЗЫ СУИЦИДА И САМОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Терапевтический контракт описывает ответственность пациента и терапевта в отношении суицидальных импульсов. В процессе заключения контракта должны быть обсуждены границы ответственности терапевта, объем ответственности пациента и, если это применимо к ситуации, роль семьи пациента относительно риска суицида. Если суицидальные мысли или поведение возникают в ходе курса лечения, терапевту следует обратиться к ним в первую очередь (см. раздел «Следование иерархии приоритетов относительно содержания» в главе 7 «Тактика лечения и клинические трудности»). Несмотря на кажущуюся очевидность, это должно быть четко обозначено, поскольку сам пациент может рассматривать свои суицидальные импульсы в пренебрежительном ключе. Терапевту следует обратиться к теме самодеструктивного поведения, с тем чтобы 1) установить, что пациент справляется с этой проблемой, в соответствии с соглашением, зафиксированным в контракте; 2) исследовать значение возникновения этой проблемы в данный момент времени.

Даже придерживаясь иерархии приоритетов, терапевт в каждой конкретной ситуации всегда должен прибегать к своему клиническому мышлению. Правило о том, чтобы всегда вначале обращаться к суицидальному или самодеструктивному материалу, имеет исключение: терапевт может отойти от него, если полагает, что пациент осознает, что работа с этим материалом может отвлечь терапевта от другого материала, с которым пациенту труднее справиться. В таком случае терапевт может сказать: «Я заметил, что как только речь заходит о вашем чувстве унижения в связи с вашим телом, вы сразу же обращаетесь к мыслям о самоубийстве. Возможно, ваше понимание того, что я всегда исследую суицидальный материал как приоритетный, ведет вас к тому, что вы сознательно или бессознательно поднимаете эту тему как способ избежать работы с темой, которая для вас более болезненна?»

УСТАНОВКА ПАРАМЕТРОВ В ХОДЕ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Если в ходе лечения впервые всплывает тема суицидальных мыслей или импульсов, равно как любые другие серьезные проблемы, терапевт должен уделить время тому, чтобы дополнить терапевтический контракт пониманием того, как с ними обходиться. Помимо клинических соображений, работа с суицидальными пациентами осложняется и медицинско-правовыми аспектами, такими как риск того, что пациент или его семья подадут в суд на терапевта, если пациент причинит себе вред или убьет себя. Терапевту не следует медлить с тем, чтобы обратиться к этим проблемам напрямую, поскольку они являются частью реального контекста лечения и касаются центрального принципа работы в контексте, в котором терапевт может сохранять позицию безопасности и способности ясно мыслить. Терапевт не только имеет полное право беспокоиться по поводу правовых рисков, но само лечение требует напрямую к ним адресоваться, с тем чтобы терапевт, выполняя свою работу, не чувствовал, что его ограничивают или шантажируют. В противном случае тревога по поводу потенциальных судебных исков может привести к уклонению терапевта от негативного переноса либо к оставлению исследовательской позиции. Когда этот вопрос рассмотрен, терапевт может перейти к исследованию трансферентного значения возникшего у него чувства угрозы.

Описанная здесь позиция в отношении суицидальности отличается от подхода медицинской модели к вопросам ответственности в процессе

лечения, где профессионал, принимающий пациента под свою опеку, несет ответственность за его спасение, в то время как пациент рассматривается как пассивный реципиент лечения[1]. Позиция ТФП отличается от этой модели по двум причинам:

1. Медицинская модель не принимает во внимание факт того, что пациенты с ПРЛ могут подвергать себя риску или провоцировать терапевта больше вовлекаться в их жизнь, то есть выходить за рамки терапии как в отношении времени, так и эмоциональной вовлеченности (проблема вторичной выгоды). Более информированная точка зрения на проблему ответственности терапевта в психодинамическом лечении пограничного пациента принимает во внимание как необходимость для терапевта придерживаться роли рефлексирующего, а не действующего участника событий, так и необходимость создания условий лечения, которые не будут поддерживать порочный круг, в котором реакция терапевта на отыгрывающее поведение явилась бы подкреплением, ведущим к повторению или эскалации отыгрывания.
2. Медицинская модель способствует сохранению зависимости пациента от терапевта (терапия, как «костыль»), в то время как ТФП способствует развитию автономии пациента.

ТФП-терапевт, придерживаясь контракта, не уклоняется от правовых и этических обязанностей. Процесс лечения имеет свои встроенные меры безопасности в форме 1) заблаговременного планирования того, как терапевт и пациент будут реагировать на суицидальные импульсы пациента, 2) акцента на качестве коммуникации между пациентом и терапевтом, а также 3) высокого приоритета работы с суицидальностью в случаях, когда это становится актуальным.

НЕЛЕТАЛЬНОЕ САМОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Пациенты с ПРЛ часто демонстрируют парасуицидальное поведение, которое является по сути самодеструктивным, но не угрожающим жизни, как, например, нанесение поверхностных порезов или «минипередозировки». Терапевты часто бывают не уверены в том, как рассматривать такие фор-

---

[1] Даже эта медицинская модель, как здесь описано, не применима в большинстве медицинских ситуаций (за исключением бессознательного состояния пациента или анестезии), поскольку активное сотрудничество пациента с рекомендациями лечения важно в большинстве лечебных ситуаций. — *Примеч. авторов.*

мы поведения: являются ли они с динамической точки зрения эквивалентом суицидального поведения? Должны ли, с практической точки зрения, для таких видов поведения быть применимы условия терапии, которые используются для поведения с очевидным летальным потенциалом? Вот типичная реакция терапевта, столкнувшегося с трудностью поиска адекватных границ сеттинга: «Я понимаю необходимость для пациентки обратиться в скорую помощь в случае риска самоубийства, но необходимо ли это, если речь идет о тяге к нанесению себе поверхностных порезов?»

Полезно помнить, что главным обоснованием границ сеттинга является удержание в его рамках аффектов пациента, вместо того чтобы позволить им разрядиться через отыгрывание. Таким образом, основной вопрос звучит так: «Каково будет воздействие нелетального самодеструктивного поведения на терапевтическую работу?». В основе исследовательской терапии лежит принцип — позволить пациенту коммуницировать, открывать и исследовать собственную историю, с помощью терапевта преодолевая защитные препятствия на пути к пониманию. Терапия ведет к формированию нового понимания и более связного нарратива о себе. Однако этот процесс может угрожать текущему психическому равновесию пациента, каким бы дезадаптивным оно ни было. Следовательно, пациенты могут действовать таким образом, чтобы отвлечь внимание от совместных усилий по достижению понимания, — это отыгрывание как форма сопротивления исследованию. Было бы неразумно ожидать, что терапевт заранее выявит все возможные виды сопротивления, которые данный пациент привнесет в лечение. Также существует вероятность, что у пациента могут развиться новые виды поведения в качестве сопротивления исследованию в ходе терапии. Таким образом, терапевту следует постоянно отслеживать подобные изменения и быть готовым к тому, чтобы при необходимости ввести новые параметры на любом этапе лечения. Что касается самоповреждения, терапевту может потребоваться время, чтобы выяснить, наносит ли пациент себе порезы в связи с тем, что это выученное поведение совладания с гневом, отыгрывание интернализованных объектных отношений, включающих травму и идентификацию одновременно с агрессором и жертвой, попытка повлиять на терапевта или заставить его дрогнуть, либо комбинация всех этих пунктов.

Что касается нелетальных форм самодеструктивного поведения в целом, необходимо прежде всего оценить, в какой степени эти формы поведения могут негативно влиять на исследовательскую терапию. В некоторых случаях, как в приведенном ниже примере, это относительно очевидно.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Три года терапии с одной молодой женщиной характеризовались тем, что она регулярно наносила себе порезы и ожоги, и роль ее терапевта практически свелась к тому, чтобы отслеживать степень выраженности этих форм поведения и оценивать ее состояние, решая вопрос о том, нуждается ли пациентка в медицинской помощи или в госпитализации. В данном случае новый терапевт очертил свою позицию так:

Терапевт: Ваша предыдущая терапия оказалась неэффективной из-за того, что вы наносили себе порезы и ожоги, это сделалось основным фокусом работы, и на сеансах стало невозможно исследовать ваши чувства и конфликты для того, чтобы двигаться дальше. Такое поведение вовлекло вашего терапевта в бесконечную гонку за вашими самодеструктивными поступками. Возможно, это поведение мешало вашему терапевту активно проводить исследовательскую работу, поскольку она, похоже, опасалась, что вы причините себе вред, если она скажет что-то не то. Я бы хотел подчеркнуть, что мне, как вашему терапевту, прежде всего, интересны ваши действия и симптомы, поскольку их рассмотрение позволит лучше понять вас и помочь вам преодолеть их. Если вы продолжите прибегать к самодеструктивному поведению, не продвигаясь в терапии, мне придется задуматься о том, не является ли это вашим способом сообщить, что вы не заинтересованы в такого рода исследовании и эффективном завершении лечения. Если это так, более подходящим будет поддерживающий подход, поскольку этот вид лечения будет фокусироваться именно на этих симптоматических действиях и способах поведения, и мы можем организовать такое лечение, если вы сочтете это наилучшим вариантом. Однако тот факт, что вы находитесь здесь для клинической оценки, свидетельствует, что часть вас заинтересована в исследовании этих действий и в их преодолении. Чтобы мы могли думать о них и исследовать их, нам необходимо быть свободными от беспокойства, что вы можете наносить себе повреждения и тормозить исследовательскую работу здесь, как это уже происходило раньше.

В этом обсуждении терапевт апеллирует к заинтересованности пациента в том, чтобы перейти от самодеструктивного поведения к попытке понять, что за ним стоит. Многие пациенты выражают протест, заявляют,

что они не могут контролировать самодеструктивное поведение. Однако обширный клинический опыт показывает, что большинство пациентов в определенной степени способны контролировать такие импульсы, если их в этом поддерживать.

В ряде случаев такого обсуждения и усилий пациента достаточно для того, чтобы положить конец самодеструктивному поведению. Однако зачастую отыгрывания возобновляются на ранних этапах терапии. Каждый такой случай исследуется с точки зрения аффектов пациента, отношения к себе и к другим, таким как терапевт. Моменты отыгрывания сами по себе не означают тупика или неудачи, если со временем прослеживается снижение их частоты и интенсивности. Однако, если в течение первых 3–6 месяцев не происходит снижения выраженности паттерна, терапевту следует обсудить с пациентом, не будет ли для него на этом этапе более предпочтительным поведенчески ориентированное или фармакологическое лечение, или, если пациент продолжает выражать мотивацию к исследовательской терапии, какие дополнительные параметры могут помочь пациенту лучше справляться с лечением.

В некоторых крайних ситуациях терапевты могут обнаружить, что пациент, с которым они работают, пытается балансировать на грани допустимого, продолжая отыгрывать до тех пор, пока терапевт не поставит под вопрос оправданность лечения, после чего пациент начинает контролировать свое поведение в течение некоторого времени, затем вновь возвращаясь к отыгрыванию. У пациентов с сильной агрессией это часто представляет собой хроническое отыгрывание садомазохистических отношений, что можно интерпретировать. Некоторые пациенты ведут себя так, что подталкивают терапевта к постановке ультиматума (например: «Если вы еще раз нанесете себе ожог, это будет означать конец лечения»). В таких случаях важно дать ясно понять, что размышления терапевта основаны на *паттерне*, прослеживаемом во времени, и провоцирование ультиматума пациентом, скорее всего, представляет собой агрессию как в отношении себя, так и в отношении терапевта, в сочетании с попыткой обрести чувство контроля, что соответствовало бы параноидному или антисоциальному переносу.

Некоторые формы незначительного самоповреждения можно контролировать, внеся в контракт условие, что каждый раз после нанесения себе пореза или иного причинения себе вреда пациент должен быть осмотрен терапевтом или врачом общей практики, с тем чтобы проверить состояние полученных повреждений прежде чем вернуться к амбулаторной терапии. Цель в том, чтобы дать понять пациенту, что самоповреждающее поведение лежит вне сферы ответственности ТФП, а также чтобы убедиться в его безопасности и обеспечить

время и пространство для интерпретации значения поведения, равно как и значения в переносе необходимости введения такого условия. Вопрос о целесообразности этой позиции зависит, главным образом, от основополагающего принципа, состоящего в том, что терапевту следует устанавливать такие условия, которые позволяют ему думать и отражать. Терапевты, которые испытывают более выраженное беспокойство в связи с незначительными повреждениями или другими нелетальными формами отыгрывания, вероятно, более охотно примут этот параметр.

АФФЕКТИВНЫЕ БУРИ И ИХ ТРАНСФОРМАЦИЯ В ДОМИНИРУЮЩИЕ ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

ОТКРЫТЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ БУРИ

Аффективные бури — это вспышки интенсивного аффекта. В процессе лечения ПОЛ могут встречаться два типа бурь (Kernberg, 2004). Первый тип — открытые, явные аффективные взрывы во время сеанса, как показано на видео 3. Эти аффективные бури обычно обладают выраженно агрессивным и требовательным качеством, но также могут содержать сексуализированный компонент. Пациентом будто бы движет сила интенсивных аффективных переживаний, о которых трудно думать. На самом деле, кажется, способность к саморефлексии и связыванию внутренних состояний во время этих бурь оказывается практически отключенной.

- **Видео 3-1**: Аффективная буря, Часть 1 (9:28)
- **Видео 3-2**: Аффективная буря, Часть 1 (9:26)
- **Видео 3-3**: Аффективная буря, Часть 1 (10:10)

БЕЗМОЛВНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ БУРИ

Второй тип аффективных бурь касается пациентов, демонстрирующих ригидное, повторяющееся поведение, которое характеризуется плоской, аффективно однообразной интонацией, задача которой — подавить аффект. Похоже, будто пациент лишь частично живой, и терапевт испытывает скуку или безразличие, либо даже злость из-за бесплодности процесса. Распознав в аффективно однообразной интонации и скучном содержании

коммуникации пациента определенную тему доминирующих отношений, терапевт может интерпретировать ситуацию и обнаружить, что пациент реагирует интенсивным аффектом, от которого защищал и который маскировал монотонный контроль.

ИНТЕРВЕНЦИЯ ВО ВРЕМЯ АФФЕКТИВНОЙ БУРИ

Во время аффективных бурь пациент может быть неспособен принять какие-либо интерпретации терапевта, воспринимая их как нападение, что вызывает лишь накаливание ситуации. Здесь, прежде всего, необходимо помнить об акценте на способности терапевта контейнировать аффект — пребывать вместе с ним, не пытаясь его избежать, — и то, что Стайнер (Steiner, 1993) описал как *объект-центрированная* интерпретация. Это подразумевает, что терапевт подробно описывает текущее восприятие пациентом терапевта, не соглашаясь с этой перцепцией и не отвергая ее (например: «Я понимаю, насколько болезненным может быть снова вернуться к человеку, у которого как будто совершенно отсутствует эмпатия»; «Значит, сейчас я вас жестоко критикую?»). Это осторожное озвучивание того, как пациент воспринимает терапевта, пока еще не предполагает, что предмет обсуждения представляет собой элемент внутреннего мира пациента, и позволяет пациенту постепенно выработать толерантность к тому, что он проецирует, думать над этим и принимать как что-то, что «происходит в кабинете». Таким образом терапевт постепенно проясняет характер проецируемого материала, связывая его с пациентом и интерпретируя причины, по которым этот материал проецируется.

Во время интенсивного аффективного возбуждения и вспышек пациента, важной частью интервенций является не только содержание утверждений терапевта, но и его собственное аффективное состояние. Интервенции, сделанные плоским, деревянным, безучастным тоном, обычно подливают масла в огонь аффективной бури. Такая манера держаться со стороны терапевта может сообщать о том, что он не понимает пациента и отстраняется от него, испытывая презрение к потере пациентом аффективного контроля, либо испуган и парализован чувствами и поведением пациента. Как описано в главе 7, терапевт должен взаимодействовать с пациентом на таком аффективном уровне, который передает его эмоциональную вовлеченность в ситуацию пациента и, в то же время, его способность контейнировать аффект пациента.

Благодаря адекватной аффективной реакции терапевт может постепенно проинтерпретировать доминирующие объектные отношения с поверхности вглубь, начиная с сознательного опыта пациента и двигаясь

в направлении бессознательных, диссоциированных, вытесненных или проецируемых аспектов переживаний пациента и мотиваций к защите от них. Этот процесс аффективного взаимодействия и постепенной интерпретации трансформирует интенсивную и затапливающую аффективную бурю в более рефлексивное переживание, в котором аффект и мышление пациента начинают соединяться благодаря прояснению диад объектных отношений, которые лежат в основе этой бури.

ЖИЗНЬ ВНЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СЕАНСОВ

Многие пациенты обращаются за лечением в состоянии хронического симптомного дистресса и в отсутствие какой-либо структурированной вовлеченности в учебу или работу в повседневной жизни. Клинический опыт показывает, что участие в терапии без осмысленной жизненной активности является, по большому счету, бессмысленным делом. Терапевт должен объяснить пациенту, что постепенная активизация учебной или рабочей деятельности в повседневной жизни — важнейшая часть лечения (см. главу 5 «Установление терапевтической рамки»). Некоторые пациенты не работают в течение длительного времени, если вообще когда-либо работали, и имеют скудное профессиональное образование. Другие, однако, обладают богатым опытом обучения, но никогда не работали из-за своих симптомов и трудностей с межличностными отношениями. Таким образом, уровень вовлеченности в структурированную деятельность может варьироваться от посещения дневного стационара для самых тяжелых пациентов до устройства на работу для более подготовленных. В начальной фазе лечения важно обсудить все тревоги и проблемы, которые возникают на работе, одновременно исследуя переживания в переносе, поскольку они часто совпадают. Терапевт должен периодически интересоваться делами пациента вне терапии, если пациент сам не привносит этот материал. В некоторых случаях пациент может быть комплаентным во время сеансов, но отыгрывать аспекты своей патологии на рабочем месте. Как, например, пациент с ПРЛ и нарциссическим расстройством личности, который, казалось, рефлексировал над своими проблемами во время сеансов, но на работе продолжал вести себя заносчиво и высокомерно. Его терапевт узнала об этой проблеме лишь после того, как пациент потерял работу. Тогда терапевт поняла, что ее бдительность была усыплена, пока она внимательно и даже с некоторым восхищением выслушивала пациента, тем самым подкрепляя некоторые аспекты его нарциссизма, в то время как пациент продолжал отыгрывать нарциссическую динамику так, что это оказалось разрушительно для его карьеры.

ХОД СЕАНСА В НАЧАЛЬНОЙ ФАЗЕ ЛЕЧЕНИЯ

Подход ТФП основан на представлении, что доминирующие внутренние объектные отношения пациента начнут разворачиваться в соответствующим образом определенном терапевтическом сеттинге. По сравнению с видами лечения, которые определяют для терапевта программу действий для каждого сеанса, в ТФП терапевт в начале сеанса молчит и ожидает, что пациент начнет говорить о том, что приходит ему на ум. Первоначальный лечебный контракт включает инструкцию для пациента говорить о текущих проблемах и заботах и, если у него нет какой-то насущной темы, говорить обо всем, что придет в голову. После того как эта инструкция, которая определяет реальность терапевтических отношений, была дана, терапевт оценивает, насколько пациент ей следует. Пациенты следуют этой инструкции в разной степени. Любые отклонения от базового правила терапии можно исследовать в рамках анализа переноса — понимания, как субъективный опыт пациента в отношениях с терапевтом мотивирует эти отклонения (например, ожидание, что терапевт будет остро критиковать все, что скажет пациент, либо ожидание волшебства от терапевта).
Приведенный ниже пример представляет собой иллюстрацию сеанса на начальном этапе лечения и пример того, каким образом аффект является проявлением лежащих в основе объектных отношений.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Грег обратился за терапией с диагнозом высокоуровневого ПРЛ в возрасте 35 лет после суицидальной попытки. У него была стабильная работа и некоторое количество друзей. Однако он испытывал хроническую депрессию и не мог завести любовные отношения. По завершении сеансов, посвященных оценке состояния и заключению контракта, Грег начал первый терапевтический сеанс почти безмолвно. После долгого молчания он несколько раз повторил фразу вроде: «Моя жизнь несчастна«. Его терапевт, мисс От, приступила к прояснению с вопросов вроде: «Что сейчас делает вашу жизнь несчастной?» Через несколько минут Грег ответил: «То, чего я не достиг», — и вновь замолк. Хотя эта фраза, возможно, и выглядит незначительной, она стала сигналом о возникновении в диалоге внутреннего конфликта. Прежние реплики Грега («Моя жизнь несчастна») описывали состояние. Фраза о том, чего он не достиг, подразумевает наличие двух сторон: судьи, который оценивает достигнутое, и того, кого судят. Мисс От продолжила процесс прояснения, осведомившись о том, чего,

по мнению Грега, он должен был достигнуть. Он сказал, что любит живопись, но потерпел в этом неудачу. Продолжая расспрос, мисс От выяснила, что Грега очень интересовал конкретный тип живописи, академический стиль девятнадцатого века — тип живописи, который требует обучения технике. Однако Грег не брал никаких уроков по технике за все 15 лет, что он пытался рисовать в этом стиле. Мисс От увидела в этом противоречие и поинтересовалась, не олицетворяет ли это отношение Грега к себе: он пренебрегал собственными желаниями или даже фрустрировал их, и такое отношение к себе вполне могло привести к депрессивному аффекту. Она сформулировала эту мысль в виде сочетания конфронтации и ранней интерпретации, предложив ему поразмыслить об этом очевидном противоречии, которое заключалось в том, что у него есть интерес, который он не реализует, и сформулировав его отношение к себе, которое, по ее мнению, могло быть в основе этого противоречия.

В этот момент тревога Грега заметно возросла. Ему было трудно говорить, однако, запинаясь, он все же смог сказать, что ощущал затруднение дыхания. Мисс От спросила, часто ли такое бывает с ним. Грег в знак отрицания потряс головой, сказав, что чувствует сильную тревогу. Мисс От заметила, что тревога обычно связана со страхом, и спросила Грега, не испытывает ли он страха из-за чего-то в настоящий момент. Он снова потряс головой. Мисс От сформулировала гипотезу, касающуюся их взаимодействия, и начала интерпретировать: «Интересно, не могло ли на ваше самочувствие повлиять что-то в нашем с вами взаимодействии? В течение последних десяти минут я задала вам несколько вопросов, и, возможно, вы восприняли их как критику». Грег ответил отрицательно, но его тревога начала снижаться. Мисс От отметила, что, хотя он и не согласился с ней, его состояние как будто бы улучшилось. Затем она продолжила интерпретацию переноса в соответствии с первой и, отчасти, второй стратегией:[1] «Возможно, когда вы услышали мои вопросы, вы почувствовали, что подвергаетесь критике. Кроме того, мои замечания касались того, что вы плохо к себе относитесь. Поэтому ваша тревожная реакция может отражать не только переживание критики с моей стороны, но также и момент осознания, что есть строгая часть внутри вас самого, которая плохо с вами обращается. Это осознание может быть весьма болезненным, и интересен тот факт, что ваша тревога ушла, когда вы стали слушать

---

[1] Этот пример не выражает вторую стратегию (реверсию ролей в рамках диады), но демонстрирует описание идентификации пациента с обеими полюсами диады — *Примеч. авторов.*

мои рассуждения об этих возможных вариантах». Грег продолжил обдумывать эту гипотезу.

Этот пример иллюстрирует ранний акцент на прояснении внутренних состояний и то, как это может привести к применению первой терапевтической стратегии. Несмотря на то, что это было хорошим началом терапии, сама работа продолжалась в течение нескольких лет. На втором году лечения произошла важная реверсия внутри диады, когда Грег стал резко критиковать все, что касалось мисс От. На этом этапе мисс От смогла увидеть грандиозную нарциссическую структуру в основе хронического депрессивного аффекта Грега. Он хранил в себе элементы примитивного Суперэго, которые осуждали его, но, будучи направлены наружу, предоставляли ему успокоение, позволяя чувствовать превосходство над остальным миром, который он обесценивал.

В некотором смысле повестку дня определяет пациент. Однако, хотя начало сеанса и его содержание задаются пациентом, терапевт начинает обращаться к сопротивлению, если оно есть, и фокусироваться на наиболее важной теме (одной или нескольких), которая проявляется и аффективно доминирует в работе. Тема, которую выбирает терапевт, может быть или не быть той, которую непосредственно обсуждает пациент, поскольку часто наиболее значимая информация передается через невербальные каналы, особенно в начале лечения. Например, пациент может подробно рассказывать о проблемах на работе, но терапевт, вместо того чтобы комментировать содержание рассказа пациента, может сказать: «То, что вы сообщаете, весьма интересно, однако вы говорите о рабочих проблемах монотонным голосом, без особых эмоций. С другой стороны, похоже, много чувств скрывается за тем, как напряженно вы смотрите на меня, как будто тщательно следите за любым признаком того, как я могу реагировать на ваши слова. Возможно, нам полезно подумать об этом».

Несмотря на то, что общее правило гласит, что терапевту не следует первому задавать тему сеанса, далее, по ходу встречи, в соответствии с принципами аффективного доминирования и экстренных приоритетов (см. главу 7), у него могут возникать соображения о необходимости обсудить те или иные вопросы — например, если пациентка между сеансами оставила сообщение о том, что не может контролировать себя и должна обратиться в скорую помощь или же завершила предыдущий сеанс заявлением о чем-то таком, что, будучи проигнорированным, может угрожать продолжению терапии. Даже при таких обстоятельствах терапевт ожидает, какой материал пациент представит в начале сеанса. Если пациентка начинает сеанс, не упоминая о важном материале, который она привнесла

в прошлый раз и который остался неразрешенным, терапевту следует прибегнуть к прояснению и конфронтировать пациентку по поводу значения ее поведения: «В прошлый раз, уходя, вы обмолвились, что потеряли работу и не знаете, сможете ли дальше платить за терапию. Сегодня вы начали сеанс, никак не упомянув об этом обстоятельстве. Оно касается возможности продолжать нашу совместную работу, поэтому я хотел бы узнать побольше об этом. Также мне интересно, что, сообщив об этом, вы затем продолжаете вести себя так, будто ничего не случилось, и мне хотелось бы понять, что *это* означает».

Еще одна причина дать пациенту возможность заговорить первому, даже если терапевт намерен поднять определенный материал, состоит в том, что у пациента может быть более срочный вопрос. Хотя мы и следуем традиционной для психодинамической терапии практике, давая пациенту возможность начать говорить первым, многие психодинамические терапевты с удивлением воспринимают то, 1) насколько быстро ТФП-терапевт может начать интервенцию во время сеанса и 2) как активно ТФП-терапевт участвует в диалоге. Причина такого более активного участия, чем это принято среди психодинамических терапевтов, которые лечат непограничных пациентов, состоит в том, что на начальном этапе лечения пограничных пациентов наиболее важный материал содержится не в том, что пациент говорит, а в несостыковках между каналами коммуникации. Процессы расщепления держат разные аспекты личности пациента отдельно друг от друга. Терапевт осуществляет работу по связыванию того, что сообщается вербально, с частями личности, которые выражают себя через другие каналы коммуникации. Кроме того, пациенты часто склонны обсуждать относительно тривиальный материал, поскольку более важный материал может вызывать болезненные чувства. Главная задача терапевта в начальной и средней фазе терапии состоит в том, чтобы вновь сфокусировать обсуждение на наиболее важных вопросах: «Ваши конфликты с вашей сестрой важны, но на прошлой неделе у вас вновь были сильные суицидальные переживания, и мы пока еще не поняли, что лежало в их основе. Возможно, то, что вы говорите сейчас, относится к этой проблеме, однако я поднимаю этот вопрос, поскольку у меня складывается впечатление, что вам комфортнее не думать о суицидальных стремлениях, пока они вновь не настигнут вас».

ЗАВЕРШЕНИЕ СЕАНСА

В целом, рекомендуется не поднимать новый материал в конце сеанса, а также не предлагать интерпретации, если оставшееся время не позволяет

терапевту переходить от интерпретаций к исследованию реакций пациента на них, на их точность или адекватный уровень глубины. Более того, пациенту требуется время в конце сеанса, чтобы интегрировать то, что уже было представлено. Окончание сеанса часто дает важные подсказки по поводу отношения пациента к уходу и, говоря шире, к тому, как он справляется с проблемами сепарации и утраты.

Насколько это возможно, терапевту следует завершать сеанс в заранее оговоренное время. Однако крайняя чувствительность к переживанию утраты у пациентов с ПРЛ часто выражает себя в попытках разными способами продлевать сеансы, начиная с привнесения нового материала в конце сеанса и завершая буквальным отказом уйти. Например, пациент может дождаться конца сеанса, чтобы сообщить об особо важной проблеме, которая может угрожать продолжению лечения. Тогда терапевт может почувствовать, что у него нет выбора, кроме как разобраться с этой проблемой сейчас.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

В конце сеанса пациентка объявила, что решила отправиться в трехнедельную поездку вместе со своим другом, с которым раньше встречалась и употребляла наркотики. Терапевт, чувствуя, что это может стать угрозой благополучию пациентки и лечению, сказал: «Поскольку вы дождались конца сеанса, чтобы сообщить мне об этом, у нас нет возможности обсудить это в течение нашего основного времени. Трехнедельная поездка вместе с этим мужчиной, без предварительного обсуждения, несет угрозу вашей трезвой жизни и нашей совместной работе. Я предлагаю продлить этот сеанс, с тем чтобы у нас было достаточно времени разобраться в этом. Позже мы сможем обсудить, как урегулировать ситуации, связанные с дополнительным временем в конце сеанса».

Затем терапевт исследовал следующие вопросы: 1) дожидалась ли пациентка конца сеанса, чтобы избежать осознания опасности такого плана, которое неизбежно появилось бы в ходе обсуждения и 2) дожидалась ли она конца сеанса, чтобы проверить, как терапевт среагирует, а особенно — проявит ли он безразличие и завершит сеанс в назначенное время, либо предпримет некие действия в ответ на ее слова.

Этот пример иллюстрирует сложность терапии. Реакция терапевта на заявление пациентки в конце сеанса включала: реакцию

контрпереноса («Это деструктивно, и она не должна так делать»), внимание к иерархии приоритетов (угроза себе и лечению), решение отклониться от рамки, продлевая сеанс, а также решение (появившееся в ходе обсуждения) по поводу того, следует ли отклониться от нейтральности и занять определенную позицию по отношению к плану пациентки.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ СЕАНСОВ НАЧАЛЬНОЙ ФАЗЫ

В следующей иллюстрации мы возвращаемся к случаю Эми, пациентки с низкоуровневым ПОЛ, которая была представлена ранее в этой главе (см. «Тестирование рамки лечения»).

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ: ЭМИ

Первоначальной реакцией/переносом Эми на ее нового терапевта было восприятие его как холодного, бездушного робота. Триггером послужил тот факт, что терапевт начал лечение, делая больший акцент на рамке лечения, чем это было в предыдущей терапии Эми. Одним из элементов этой рамки было условие, ограничивающее телефонные контакты между сеансами звонками по поводу практических договоренностей или действительно экстренных ситуаций (к которым относились особые стрессовые события, выходящие за рамки хронического дистресса Эми, хаоса и желания получать немедленную, но поверхностную поддержку). Доктор Джонс попытался работать над тем, чтобы помочь Эми понять, что ее негативное восприятие и реакция на рамку лечения могут содержать ценные сведения о ее тенденции воспринимать себя как объект бездушного пренебрежения со стороны других, а также помочь ей использовать это наблюдение за своим автоматическим негативным восприятием, чтобы точнее оценивать свои контакты с другими, и, наконец, обдумать вероятность того, что она может воспринимать в других людях диссоциированные части себя. Однако, как это порой происходит, аффективные переживания пациентки временно превзошли по силе ее способность к пониманию, оценке и применению обсуждаемых идей. Негативные образы ее внутреннего мира стали затапливать терапевтическую ситуацию, что случается довольно часто: проекция пациентки стала *ее* реальностью. Прежде всего в подобной ситуации от терапевта требует-

ся спокойно контейнировать вызванные аффекты. Во время сеансов Эми стала сообщать свои идеи об опасных вариантах отыгрывания. Доктор Джонс испытывал тревогу и дискомфорт, выслушивая эти сообщения, однако сама Эми говорила спокойным, почти безразличным тоном.

Доктор Джонс высказал гипотезу, что эта часть их взаимодействия может быть выражением в действии еще одного набора внутренних репрезентаций Я и Другого: помимо диады «пренебрегающий — пренебрегаемый«, внутренний мир пациентки, похоже, содержал в себе диаду «агрессор — жертва«, и терапевт чувствовал себя жертвой спокойной, но пугающей речи Эми. Он попытался направить ее внимание на то, чтобы обдумать возможный эффект ее очевидно беспечных желаний причинить себе вред. Он поинтересовался, не может ли в этом, помимо внутреннего облегчения, которое она описывала в связи с причинением себе боли, присутствовать еще и межличностный элемент, например: 1) попытка добиться от терапевта более активной вовлеченности, 2) попытка показать, что она сильнее его, 3) получение некоторого удовлетворения от дискомфорта, который могла вызвать в нем ее деструктивность, или 4) комбинация этих трех вариантов.

Тем не менее сообщения Эми о стремлении причинить себе вред учащались, до тех пор пока однажды вечером она не обратилась в службу скорой помощи. Поскольку сотрудникам скорой помощи было известно о самодеструктивных наклонностях Эми, к ней приставили индивидуальный пост и охранника. В этих обстоятельствах она достала бритвенное лезвие, которое припрятала заранее, и порезала оба запястья так, что охранник сразу этого не заметил. После этого ее госпитализировали.

Доктор Джонс организовал сеанс с Эми в больнице. На этом сеансе он сфокусировался на том, чтобы понять переживания Эми, а не каким-то более прямым способом повлиять на ее поведение. Рассказывая о событиях, которые привели ее в больницу, Эми описывала ситуацию, в которой ей удалось нанести себе порезы в присутствии охранника, с нескрываемым удовольствием, как будто радуясь тому факту, что смогла перехитрить его и выставить его некомпетентным и глупым. В этот момент доктор Джонс прервал рассказ Эми и поинтересовался, что она думает о своем аффекте. Она несколько растерялась и спросила, что он имеет в виду. Он спросил, согласна ли она с тем, что выражала определенное удовольствие, рассказывая эту историю. В ответ Эми возмутилась и обвинила его в том, что он назвал ее садисткой, В гневе заявив, что с его стороны было жестоко предположить такое. Доктор Джонс заметил дискомфорт Эми, связанный со словом *садистка*,

которое она сама озвучила, и обратил внимание, что ей было сложно подумать о том, что она могла испытывать некоторую долю удовольствия от агрессивных импульсов. Он указал, что Эми использовала термин «садистка« — слово, которое определяло бы ее саму, — и предположил, что такой стиль мышления, «все или ничего», может затруднять понимание того, что внутри более сложно устроенного Я она могла бы испытывать определенную долю садистических чувств, как это бывает у многих людей. Такая картина переживаний Эми говорит в пользу характерной для пациентов с ПРЛ тенденции переживать ту часть их, которая активна в настоящий момент, как всю совокупность того, кем они являются. Эта неспособность поместить тот или иной элемент своей личности в более широкий контекст чувства Я, происходит из диссоциативной защитной системы. Замечания доктора Джонса были попыткой привлечь осознание более объемного целого.

Эми продолжала злиться и сказала, что сомневается относительно продолжения терапии. Доктор Джонс предложил подумать об этом вопросе. На следующем сеансе Эми сказала, что решила продолжить. Сеансы после выписки фокусировались на исследовании ее отношений со своей агрессивной стороной — а это часто становится важнейшей частью процесса изменений в терапии. Эми пришла к пониманию, что агрессивные эмоции составляли ту часть ее самой, которую ей всегда было очень неприятно признавать. Обычно она справлялась с ними одним из двух способов. Чаще всего она ошибочно находила источник агрессивного аффекта в отношениях и воспринимала его как присутствующий в других, а не в ней самой, как например, она поступила, обвинив доктора Джонса в жестокости, когда он говорил об удовлетворении, которое она могла получать от агрессивного поведения. Такой тип проекции агрессивных аффектов лежал в основе тревоги Эми касательно работы, учебы или других взаимодействий с окружающими, которых она была склонна автоматически воспринимать как агрессивных. Второй способ, с помощью которого Эми справлялась с агрессивными аффектами, состоял в том, чтобы перевести их в действие без сознательного понимания задействованной при этом агрессии. Например, хотя она была очень чувствительна к любым проявлениям агрессии со стороны окружающих и всегда высказывала свое недовольство (например, когда парень «устраивал домашние разборки» с девушкой в парке), она не видела какой-либо агрессии ни по отношению к себе, ни по отношению к тем, кто о ней заботился, в том, что наносила себе порезы или другими способами причиняла себе вред.

Это обсуждение отношения Эми к ее агрессивным аффектам, по-видимому, помогло ей признать и начать интегрировать эту часть себя, которую она прежде воспринимала, скорее, как часть отношений. Другими словами, один из аспектов ее переживания самой себя традиционно состоял в ощущении себя жертвой суждений, критики и агрессии окружающих. Такой взгляд на себя и других существовал *внутри* нее и направлял ее восприятие себя, а также поведение по отношению к другим в мире. Эми была недоверчивой и замкнутой и ожидала негативных реакций со стороны окружающих. Тем не менее она также идентифицировалась со стороной агрессора в этой диаде «жертва — агрессор«, отыгрывая агрессора 1) в отношениях с самой собой, путем осуждения, критики и, порой, самодеструктивных действий, а также 2) в отношениях с окружающими, как, например, во время случая в скорой помощи, где проявилась ее тенденция причинять боль другим посредством нанесения вреда самой себе.

Доктору Джонсу в своих интервенциях удалось помочь Эми начать осознавать, символически представлять и рефлексировать над своими агрессивными аффектами, а также благотворно повлиять на снижение выраженности ее агрессивного отыгрывания, в результате чего она перестала наносить себе порезы и совершать передозировки — это два ее самых ярких симптома в течение многих лет. Однако даже когда эти критические проблемы сошли на нет, пациентка продолжала испытывать трудности в своей жизни, в особенности связанные с тревогой по отношению к окружающим. В соответствии с терапевтическим контрактом, Эми начала посещать занятия в колледже, чтобы получить диплом. На этом этапе наиболее частой темой во время сеансов стало ее убеждение в том, что другие студенты критично настроены и недолюбливают ее. Она также связывала симптомы тревоги и депрессивный аффект. На основании уровня ее агрессии, Эми была диагностирована низкоуровневая ПОЛ. Мы продолжим рассмотрение этого примера в главе 9 «Средняя фаза лечения».

Следующий случай иллюстрирует сеанс начальной фазы с Бетти, пациенткой с высокоуровневой ПОЛ, чья история представлена в главе 4. (Подобный сеанс с некоторыми изменениями вы можете увидеть на видео 2).

- **Видео 2–1**: Сеанс перед отпуском, часть 1 (9:24)
- **Видео 2–2**: Сеанс перед отпуском, часть 2 (6:12)

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ: БЕТТИ

Бетти начала терапию в драматичной манере. Она вошла в кабинет, на первый консультативный сеанс и, даже не успев сесть или дать терапевту, доктору Эм, возможность представиться, стала громогласно жаловаться на женщину в метро: «Эта женщина смотрела прямо на меня, и я поняла, что она меня ненавидит, поэтому я посмотрела на нее в ответ и дала ей понять, что тоже ее ненавижу».

Доктору Эм пришлось перебить Бетти, с тем чтобы напомнить, что это консультативный сеанс и что он не готов говорить с ней о конкретной проблеме, поскольку пока не обсудил с ней характер ее состояния и не договорился о подходе к лечению. Оживленный стиль речи Бетти и нехватка осмысленного контакта с доктором Эм навели его на мысли о том, почему Бетти в течение многих лет ставили диагноз биполярного расстройства. Ее было 33 года, и с 16 лет она проходила лечение. Помимо биполярного расстройства ее также лечили от большого депрессивного расстройства. Дважды она попадала в больницу из-за передозировок. В ходе одной из госпитализаций она прошла курс электросудорожной терапии. Курсы лечения Бетти носили поддерживающий характер и представляли собой комбинацию лекарственных препаратов и помощи в обращении с межличностными трудностями и жизненными решениями. Ее лекарственное лечение включало в себя алпразолам, сертралин, клоназепам, рисперидон, пароксетин и литий. Когда Бетти начала ТФП, она принимала стабилизатор настроения. К концу первого года ТФП она принимала, при необходимости, лишь 0,25 мг рисперидона, максимум дважды в день, что помогало ей справиться с ажитацией из-за параноидных страхов.

Несмотря на многие годы лечения, состояние Бетти и ее жизненная ситуация со временем лишь ухудшались. Хотя она имела техническое образование, в течение последнего года, после серии трудоустройств и увольнений, она нигде не работала. Бетти списывала увольнения на предвзятое отношение к себе, поскольку не была такой же милой, как «смазливые блондинки», как она их описывала, к которым, как ей казалось, всегда относились лучше, чем к ней.

Из-за стиля коммуникации Бетти, доктору Эм было трудно проводить привычное структурное интервью. Его усилия были серьезно ограничены тем, что пациентка игнорировала его вопросы и вела свой многословный монолог. Завершив, насколько это было возможно, оценку состояния, доктор Эм высказал свое понимание, которое заключалось

в том, что у Бетти ПРЛ с нарциссическими чертами (см. главу 5, где приведен обзор на тему обсуждения диагноза с пациентом). Контракт включал в себя условия, касающиеся суицидального риска, саморазрушительного поведения и необходимости найти структурированную деятельность. Выразив поначалу протест против последней идеи, уже на следующей неделе Бетти сообщила, что нашла волонтерскую работу с частичной занятостью в центре социальной поддержки. После непосредственного начала терапии, Бетти продолжала, как и вначале, затапливать доктора Эм потоком речи. Главная тема заключалась в том, что ею постоянно пренебрегали и плохо к ней относились из-за блондинок, которые привлекают к себе все внимание. Она приводила один пример за другим и постоянно указывала, что не могла добиться успеха в жизни из-за враждебности со стороны окружающих. Это продолжалось в течение двух месяцев терапии.

Доктор Эм заметил склонность Бетти контролировать всякое взаимодействие между ними. Несмотря на «базовое правило» свободных ассоциаций, существовал риск, что Бетти будет бесконечно продолжать такое контролирующее повествование (первый канал коммуникации, как было описано в главе 7), если доктор Эм не обратится к самому стилю взаимодействия (второй канал коммуникации) и репрезентациям Я и Другого, которые он за ним усматривал, привлекая, кроме того, информацию из своего контрпереноса (третий канал). Его мысли были сфокусированы вокруг трех моментов: 1) пациентка затапливала его материалом. Было ли это скрытым запросом или требованием позаботиться или «починить» ее? 2) Однако каждый раз, когда он подавал голос, она игнорировала или перебивала его, что позволяло предполагать, что ее потребность в контроле преобладала над проблемами зависимости, по крайней мере, на данный момент. 3) Он испытывал чувство, что к нему относятся плохо, грубо и не учитывают его переживаний, и Бетти описывала точно такое же отношение со стороны окружающих.

Следуя первой стратегии ТФП (описанной в главе 3 «Стратегии терапии, фокусированной на переносе»), доктор Эм начал называть персонажей взаимодействия. Он хотел выяснить, сможет ли Бетти увидеть, что она обращалась с ним в обесценивающем, бесцеремонном стиле. Однако Бетти не подавала признаков рефлексии над своими словами. в ответ она, как правило, начинала приводить еще больше примеров того, как люди плохо к ней относились, утверждая, что терапевт ничем не отличался от них, поскольку тоже ее не слушал.

По мере того как пациентка продолжала перебивать его, доктор Эм все больше убеждался, что, вместо того чтобы говорить о содержании слов Бетти, ему стоило сфокусироваться на ее стиле взаимодействия (второй канал коммуникации) и защите, которую этот стиль собой представлял.

Доктор Эм: Вы согласитесь с тем, что говорите таким образом, который сильно затрудняет мое участие в диалоге?

Бетти: Вы сказали мне говорить обо всем, что приходит мне на ум. Теперь вы сами себе противоречите?

Доктор Эм: Это верно, я действительно так сказал. Однако я также упомянул, что часть моей задачи в терапии состоит в том, чтобы предлагать идеи, которые у меня будут появляться, и мне довольно сложно это делать.

Бетти: А что вы хотели бы сказать?

Доктор Эм: Иногда самое важное — подумать о том, как человек коммуницирует, как он говорит о чем-то и как он взаимодействует. То, как говорите вы, без остановок, может отражать нечто важное с точки зрения того, как вы себя чувствуете по отношению ко мне.

Бетти: Что, например?

Доктор Эм: То, что мне не остается пространства в разговоре, может служить цели «прижать меня», удерживать меня в конкретной позиции, где вы можете меня контролировать.

Бетти (внезапно меняя аффект и начиная рыдать): Если я не буду контролировать вас, вы бросите меня, как и все остальные.

Приведенный обмен репликами начал проливать свет на то, как Бетти использовала всемогущий контроль. Эта защита является логическим продолжением расщепления и лежит в основе параноидно-шизоидной позиции. Если человек бессознательно отщепляет и проецирует негативный и агрессивный сегменты своего внутреннего мира, следовательно, окружающие начинают нести в себе эти аффекты и представляться опасными. Таким образом, их нужно контролировать, чтобы человек мог чувствовать себя в безопасности. Эти попытки контроля могут принимать различные формы. Версия Бетти заключалась в попытках контролировать посредством бесконечного монолога.

Доктор Эм указал, что стиль взаимодействия Бетти не оставлял ей возможности узнать что-либо помимо ее первоначального убеждения. Ее изначальная посылка определяла ее опыт. Пытаясь контролировать

взаимодействие, с тем чтобы удержать доктора Эм, Бетти следовала убеждению, что его собственным желанием было уйти. (Доктор Эм решил отложить обсуждение того факта, что ее контролирующее поведение могло также отталкивать людей от нее). Впервые за время терапии разговор отошел от бесконечных рассказов Бетти о том, как плохо к ней относятся люди. Кажется, впервые комментарии доктора Эм ее заинтересовали. Поэтому он продолжил, заметив, что, поскольку Бетти в своем отношении к нему исходила из собственных убеждений, она оставалась безразличной к нему как к независимому и отдельному человеку. Ее монополизация взаимодействия не позволяла ему находиться в кабинете в каком-либо качестве, отличном от человека, которого она представляла себе. Он присутствовал здесь как двумерная фигура из картона, которую она контролировала. Он поинтересовался, не мешает ли такое отношение, которое вполне может проявляться и к другим людям, установлению взаимодействия с ними. В этот момент, похоже, в кабинете происходил настоящий диалог. Бетти немного успокоилась и могла рефлексировать о том, как она не позволяла терапевту присутствовать в кабинете, из-за страха, что он покинет ее, если она предоставит ему свободу. По мере продолжения обсуждения стало ясно, что эта стратегия поддерживала ее одиночество, в котором она обвиняла окружающих.

После этого продуктивного сеанса Бетти вернулась практически к тому же самому стилю взаимодействия в терапии, с которого началось лечение. Доктор Эм неоднократно возвращался к интерпретации ее всемогущего контроля и скрывавшегося за ним страха. Лишь после многократного обсуждения этой интерпретации в контексте терапевтических отношений, где Бетти позволила себе почувствовать заинтересованность со стороны доктора Эм, — чувство, которое, как мы увидим далее, порождало в ней тревогу, — поведение Бетти стало меняться. Ее способность «позволить доктору Эм существовать» и слушать его возросла. Мы вернемся к этому случаю в главе 9.

Ключевые клинические положения

- Терапевтический альянс между пограничным пациентом и терапевтом в долгосрочном лечении включает развитие рабочих отношений в контексте позитивного и негативного переноса, а также способность пациента поддерживать отношения несмотря на интенсивные аффекты, которые проявляются по отношению к терапевту.

- Способность терапевта контейнировать интенсивные аффекты — рефлексировать о них, не дистанцируясь от них эмоционально и не отыгрывая защитным или мстительным образом, — первый ключевой шаг в лечении с самого начала терапии.
- Цель начальной фазы лечения — взять под контроль импульсивное или саморазрушительное поведение, включая импульсы завершить лечение. Условия, зафиксированные в терапевтическом контракте, минимизируют вторичную выгоду отыгрывания и поощряют вербальное выражение аффекта, вместо отыгрывания.
- Терапевт должен работать с аффективными бурями, возникающими в виде аффективных взрывов или ригидно контролируемого аффекта, таким образом, чтобы это способствовало трансформации непереработанного аффекта в язык, через подробное описание восприятия человеком себя и других, лежащее в основе аффекта.
- На начальном этапе лечения часто возникают вызовы терапевтическому контракту. Если это происходит, терапевт, в ходе работе с этой проблемой, может углубить понимание динамики пациента и направить терапию в продуктивном направлении либо подготовить почву для регулярных нарушений рамки.

ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ЧТЕНИЯ

LaFarge L. Interpretation and containment // Int J Psychoanal 81:67–84, 2000.

ГЛАВА 9

СРЕДНЯЯ ФАЗА ЛЕЧЕНИЯ

ДВИЖЕНИЕ К ИНТЕГРАЦИИ С ЭПИЗОДАМИ РЕГРЕССИИ

ПАЦИЕНТ ПЕРЕХОДИТ В СРЕДНЮЮ ФАЗУ лечения, когда устанавливается некоторое равновесие, которое характеризуется возрастанием принятия рамки лечения и соответствующим снижением хаотичности в жизни пациента, а также интенсификацией аффекта во время сеансов. Открытые поведенческие проявления конфликта и беспокойства, которые могут характеризовать начальную фазу лечения, в большинстве случаев сдерживаются. Аффекты, как позитивные, так и негативные, но обычно крайней степени выраженности, становятся более интенсивными во время сеансов. Работа по углублению исследования тем переноса может продвигаться с меньшим риском выпадения из лечения или отыгрывающего поведения (хотя это может случаться в периоды регрессии). В течение сеанса происходит чередование между проживанием интенсивных конфликтов в отношениях с терапевтом и совместным исследованием этих конфликтов с целью развить способность пациента рефлексировать о своем внутреннем опыте и его влиянии на отношения с другими людьми вне сеансов.

Интенсификация аффектов во время сеанса может случиться не только, если пациент сохраняет идеализированный и, следовательно, поверхностный перенос, удерживая негативные аффекты стабильно отщепленными и хронически спроецированными на «плохой» объект или объекты вне терапевтического сеттинга. Это чаще происходит с менее

опытными терапевтами, которым некомфортно работать в негативном переносе и которые могут отыгрывать свою контртрансферентную тревогу по этому поводу тем, что стараются сохранять мирную атмосферу и оставаться «хорошим парнем». Однако также возможно, что преобладающим становится негативный перенос, и таким способом пациент защищается от позитивного аффекта в переносе. Такая ситуация, на самом деле, встречается чаще, поскольку большинство пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ) испытывают тревогу из-за позитивных, либидинальных аффектов, которые не согласуются с внутренней небезопасной моделью привязанности, характеризующей большинство пациентов с таким диагнозом. Тем не менее негативный перенос на начальном этапе лечения нечасто имеет поверхностное качество идеализирующего переноса. Помимо этого, существует еще один стабильный, но статичный сценарий, который может разворачиваться по мере того, как лечение входит в среднюю фазу. В этом сценарии не очень выраженное отыгрывание может приобретать хронический характер, создавая ситуацию, в которой пациент, находясь в лечении, получает вторичную выгоду (например, чувство удовлетворения), и предпочитает продолжать его, а не работать в сторону изменений.

ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ СРЕДНЕЙ ФАЗЫ ЛЕЧЕНИЯ

Первоочередная задача средней фазы (Таблица 9–1) — это прежде всего, углубление понимания отщепленных репрезентаций Я и других, которые были названы в доминирующих темах переноса. Терапевты должны проводить различие между двумя уровнями осознавания. Первый связан с взаимными перестановками ролей Я и Другого в рамках конкретной диады (т. е. осцилляции внутри диады, которые мы описывали в главе 3 «Стратегии терапии, фокусированной на переносе»). Терапевт помогает пациенту наблюдать и рефлексировать над элементами себя самого, которые прежде было трудно увидеть. Второй уровень осознания связан с фундаментальным расщеплением между диадами, насыщенными тотально негативным, агрессивным и идеализированным, либидинальным аффектом. По мере того как крайне выраженные и дискретные части Я, поддерживающие этот конфликт, начинают взаимно уравновешиваться и модулироваться в более сложное целое, постепенная интеграция этих двух экстремальных сегментов внутреннего опыта пациента помогает развить аффективную регуляцию.

ТАБЛИЦА 9–1. Первоочередные задачи средней фазы терапии

Пациент углубляет осознание и понимание себя и объектных репрезентаций, присутствующих в доминирующих темах переноса, чему сопутствуют укороченные повторы активаций этих диад во взаимодействии с терапевтом. Требуется повторная проработка доминирующих тем переноса.

Пациент приступает к постепенной и пока неустойчивой интеграции экстремальных, дискретных (идеализированных и персекуторных) частей Я. Пациент начинает осознавать расщепление и противоречивый характер субъективного опыта, а также сдвиги между идеализированными и персекуторными переживаниями. Терапия уделяет особое внимание тому, как одна диада хронически защищается от другой диады. Возникают периодические регрессии от развивающейся интегрированной структуры обратно, к более расщепленной структуре.

Пациент способен лучше наблюдать собственный психический опыт. Возникают моменты большей способности к триангуляции мыслей и способности признавать ее символическую природу. Это ведет ко все большему контейнированию аффекта и снижает переполняющий характер аффективного опыта.

Дальнейшая интеграция репрезентаций и аффектов внутренних объектных отношений, которые разыгрываются во время лечения, ведет к росту способности принимать ответственность за агрессию, вытеснять объектные отношения, которые остаются более заряженными, к консолидации Я-репрезентаций и объектных репрезентаций с постепенным разрешением диффузии идентичности и частичной проработкой депрессивных тревог.

Пациент начинает применять новые способы концептуализировать себя и других и строить поведение в отношениях вне переноса.

УГЛУБЛЕНИЕ ПОНИМАНИЯ ОСНОВНЫХ ПАТТЕРНОВ ПЕРЕНОСА

В главе 3 (Таблица 3–2) мы описываем типичные ролевые пары переноса, которые обычно разыгрываются между терапевтом и пациентом. Здесь мы расскажем, как терапевт приходит к общему взгляду на то, как эти трансферентные темы возникают, как их можно понять и интерпретировать в средней фазе терапии. Иногда темы бывают очевидны и проявляются весьма прозрачно для наблюдателя (например, пациент может объявить о негативном переносе открыто и ясно: «Не думаю, что вы прикладываете все усилия к работе со мной. Вообще, я думаю, вы специально замедляете процесс, чтобы я продолжал приходить и платить вам»). В других случаях, однако, темы переноса — текущие переживания пациента, которые касаются терапевта или отношений, которые он может пытаться бессознательно создавать, — бывают намного более тонкими и трудноуловимыми. Однако способность терапевта различать текущую тему переноса среди множества других тем и интенсивных аффектов, которые пациент привносит в сеанс, является основной в практике терапии, фокусированной на переносе

(ТФП). Пример такой более трудноуловимой манифестации переноса может представлять пациент, который говорит свободно и как будто бы внимательно слушает, когда терапевт высказывает свои комментарии, однако затем возвращается к своим ассоциациям без каких-либо признаков того, что он обдумал слова терапевта. Так может выглядеть обесценивающий или дисквалифицирующий перенос, отражающий грандиозность и избегание зависимости со стороны пациента. Другой пример пациента, который пытается создать особый вид отношений с терапевтом — человек, который вновь и вновь описывает неотложную проблему в своей жизни и затем замолкает. Такое поведение может быть попыткой спровоцировать терапевта стать похожим на бдительного родителя, который готов в любой момент вмешаться и решить любую проблему своего зависимого ребенка.

В лечении пациентов с пограничной организацией личности (ПОЛ) существует четыре базовые хронические парадигмы переноса: нарциссическая, антисоциальная, параноидная и депрессивная. Любая из этих базовых парадигм переноса может быть дополнена первазивными нарциссическими защитами, придавая основному переносу нарциссический оттенок.

Нарциссический перенос характеризуется неспособностью испытывать зависимость от терапевта, бессознательной дисквалификацией терапевта и его более-менее открытым обесцениванием в стремлении избавиться от него как от важного объекта, к которому, в ином случае, человек будет испытывать зависть и страх. Нарциссический перенос в целом представляет собой защиту от углубления лежащего в основе параноидного или депрессивного переноса. В своем экстремальном воплощении нарциссический перенос может обнаруживать себя в форме интенсивного обесценивания терапевта или, что бывает реже, его поверхностной идеализации. В первом случае пациент проявляет к терапевту столь всеобъемлющее обесценивание и безразличие, что внешне может казаться, будто никакого переноса нет, — терапевт недостаточно важен для пациента, чтобы тот что-либо к нему чувствовал. Однако такое обесценивание может, например, скрывать более глубокий страх или тревогу параноидного переноса, которая может проявиться, если пациент признает какие-либо чувства или желание зависимости. В таких случаях нарциссические защиты можно интерпретировать, чтобы вскрыть более глубокий слой переноса. Иногда нарциссические защиты продолжают действовать долгие месяцы. Это случается при истинном нарциссическом расстройстве, которое может по уровню функционирования разниться от высокоуровневого до антисоциального. В таких случаях приоритетной задачей является непрерывный анализ нарциссических защит. ТФП для нарциссического расстройства личности в подробностях описана в других публикациях (Diamond et al., 2011; Stern et al., 2013).

Антисоциальный перенос характеризует самые низкие уровни личностной патологии и проявляется в виде явной лживости со стороны пациента, в сочетании с ожиданием, возникающим благодаря проекции, что терапевт лжив и что его интересует лишь эксплуатация пациента. Антисоциальный перенос обычно является доминирующим у пациентов с антисоциальным расстройством личности (АСРЛ). Наша структурная система диагностики отводит диагноз АСРЛ для тех пациентов, которые испытывают заинтересованность в других исключительно как в объектах для эксплуатации и использования; такие пациенты психопатичны. Кажется, будто у них нет внутреннего расщепления или конфликта — из-за сочетания патологического грандиозного Я — лежащая в основе структура, которая часто встречается при нарциссическом расстройстве личности, — и серьезно нарушенных или полностью деградировавших интернализованных либидинальных отношений или полного их отсутствия. Пациенты с АСРЛ редко обращаются за лечением, если только их не вынуждает семейная система или система правосудия. Пациенты с другими тяжелыми личностными расстройствами могут иметь нарциссические *черты* без нарциссического *переноса*, поскольку антисоциальные виды поведения — активные (нападения, кражи) или пассивные (использование других или системы в целом) — могут присутствовать у людей, которые желают отношений с другими и, следовательно, испытывают внутренний конфликт. АСРЛ обычно неизлечимо. В некоторых случаях, однако, существует возможность работы с антисоциальным или психопатическим переносом, а именно попытка трансформировать его в параноидный перенос, от которого иногда может защищать антисоциальный перенос (Jacobson, 1971).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: АНТИСОЦИАЛЬНЫЙ ПЕРЕНОС

Родители 22-летнего юноши отправили его на терапию, поскольку, если бы они не принялись его спасать, то пристрастие к наркотикам, азартным играм и выписыванию фальшивых чеков привели бы к проблемам с законом. Пациент регулярно пропускал сеансы и отвечал на попытки терапевта исследовать это словами: «Какая вам разница? Мой отец все равно вам платит, и вы можете потратить эти деньги на чтение газеты». Антисоциальный перенос пациента предполагал, что терапевт сам по себе ни на что не годен. Терапевт ответил: «Значит, есть лишь два варианта. Первый [описывая антисоциальный перенос] состоит в том, что я лжив по отношению к вам и что мне нет до вас никакого дела и меня интересует лишь мой заработок, при том что я пытаюсь это скрыть. Второй вариант состоит в том, что я продолжаю возвращаться к теме

ваших пропущенных сеансов, поскольку меня заботит ваше состояние. Похоже, этот вариант не приходит вам в голову». Эта беседа вывела пациента из его обычного спокойного и беспечного состояния, и он ощутил некоторое беспокойство. Мир, каким он его себе представлял, состоял лишь из двух групп людей: те, которые «разводят» окружающих, и их наивные жертвы. Искренней заботе о другом нет места в этой системе — она была ему чужда и незнакома и, таким образом, несла угрозу. Пациент начал испытывать параноидный перенос, по мере того как ему становилось все более дискомфортно из-за попыток понять, какими могут быть мотивы терапевта, если они отличаются от его собственных.

Параноидный перенос может проявляться либо напрямую, в виде параноидных черт, включая страх причинения вреда со стороны терапевта, либо как хронический мазохистический или садомазохистический перенос. Большинство пациентов с ПОЛ начинают лечение с преимущественно параноидного переноса, при котором они ожидают, что терапевт их отвергнет или причинит им боль. Параноидный перенос защищает как от идеализированного либидинального переноса, который представляет собой другую сторону расщепленного внутреннего мира, так и от депрессивного переноса, который, как надеется терапевт, начнет проявляться по мере того, как процесс интеграции расщепленной внутренней структуры будет помогать пациенту двигаться из параноидно-шизоидной позиции (проецирование агрессии) к депрессивной позиции, где пациент будет способен признать внутренние источники агрессивных импульсов, ранее проецировавшихся вовне, выдерживать амбивалентные реакции по отношению к объектам и испытывать чувство вины, обеспокоенность и импульсы к восстановлению отношений, которым ранее был причинен ущерб. В большинстве случаев траектория работы в ТФП включает в себя помощь пациенту в переходе от параноидного переноса к депрессивному, с последующим его разрешением.

Депрессивные реакции переноса характеризуются интенсивным чувством вины из-за агрессивных импульсов, которые более не проецируются вовне, а также подразумевают возможность возникновения негативной терапевтической реакции, основанной на вине и ощущении, что человек слишком требователен и не достоин помощи.

Эволюция от параноидного к депрессивному переносу является главным изменением, происходящим в ТФП. Ей сопутствует разрешение структурных характеристик ПОЛ — диффузии идентичности и преимущественного использования примитивных защит. Эта эволюция включает два основных этапа. Первый этап этой трансформации, который проис-

ходит в процессе наблюдения реверсии диад и их обсуждения, состоит в постепенном принятии пациентом своей идентификации как с персекуторным, так и с преследуемым объектом, вместе с сопутствующими импульсами ненависти и тоски. Второй этап состоит в постепенной проработке чередований противоположных диад и в движении от расщепленных внутренних персекуторных и идеализированных переживаний к интеграции в более сложное целое.

ЭТАПЫ ИНТЕГРАЦИИ НЕГАТИВНОГО АФФЕКТА

Терапия негативного аффекта, включая гнев, отвращение, ярость и ненависть, прежде всего, включает постепенный рост, благодаря работе в переносе, осознанности пациента и толерантности по отношению к переживанию аффекта. Толерантность к негативным аффектам как к части собственного внутреннего мира включает принятие пациентом факта, что эти аффекты являются частью спектра человеческих эмоций, а также что эти аффекты не только переживаются как реакция на плохое отношение, но существуют изначально и могут становиться источником удовлетворения сами по себе (особенно при низкоуровневой ПОЛ). Толерантность пациента к собственным негативным аффектам и понимание мотивации, которая побуждает их проецировать, способствует интеграции этих аффектов с набором идеализированных внутренних репрезентаций Я и объекта. Признание того, что было спроецировано, вероятно, является главным и самым трудным шагом терапевтического процесса. Для некоторых пациентов может быть практически невыносимо видеть, что эти аффекты являются частью их самих. По достижении такой интеграции пациент переходит к депрессивной позиции, которую характеризует озабоченность и вина в связи с агрессивными чувствами по отношению к объектам, которые прежде воспринимались как полностью плохие, теперь же рассматриваются как реалистичное сочетание хороших и плохих качеств.

Терапевты, не имеющие достаточного опыта в лечении тяжелых пограничных пациентов, часто испытывают трудности с принятием того, что пациенты, которые ведут себя гневно, язвительно, агрессивно и даже озлобленно, на сознательном уровне не чувствуют аффекта ненависти, а воспринимают свое поведение как естественную реакцию на настоящие или прошлые травмы, включая поведение терапевта. Например, пациентка, швырнувшая в своего мужа кофеварку, спокойным тоном сообщила, что это было нормальной реакцией на то, что тот забыл об их годовщине. Ассоциирование любых переживаний ненависти и агрессии с внешним преследующим объектом, воспринимаемым как абсолютно плохой, делает «обладание»

этими эмоциями столь непереносимым, что некоторые пациенты буквально предпочитают скорее умереть через самоповреждающее отыгрывание, чем признать ту часть себя, которая выглядит похожей на этот объект. Например, когда пациентка начала видеть проявление ненависти в собственных самодеструктивных действиях, она сказала: «Лучше я умру, чем буду думать, что у меня есть хоть что-то общее с отцом, который меня избивал». Ее терапевт ответил: «Вы очень хорошо сформулировали проблему. Но, вероятно, некоторая степень агрессии в вас не делает вас такой же экстремально агрессивной и жестокой, каким был он». Работа с такими пациентами требует со стороны терапевта отношения принятия гнева и ненависти, по мере того как пациент начинает все лучше осознавать эти эмоции.

Поскольку осознавание ненависти часто оказывается отщепленным, типичный паттерн в начальной фазе лечения выглядит так: по мере того как пациент описывает эпизоды отыгрывания ненависти или отыгрывает ее во время сеансов, терапевт, в духе разграничения Я- и объект-репрезентаций, обозначает часть пациента, несущую в себе аффект ненависти, как часть, которую необходимо признать, понять и интегрировать. Терапевт может описать тираническое или преследующее качество этой части Я. Пациенты часто демонстрируют кратковременное осознание, но затем используют комментарии терапевта в интересах этой полной ненависти части: «Видите, вы говорите, я плохая, я не достойна жить. Именно об этом я и говорила вам — мне нужно убить себя». Другими словами, пациентка использует комментарии терапевта для продолжения ненавистнической атаки на себя (и скрытой атаки на терапевта, который причиняет вред, а не помогает).

Терапевт продолжает анализ и углубляет его, указывая, что в настоящий момент активна полная ненависти часть пациента. Она искажает комментарий терапевта, превращая его в глобальный приговор и упуская факт, что пациентка одновременно является жертвой и агрессором в рамках диады отношений, которая тотально представлена в психике пациентки и определяет способ, которым она строит отношения с собой и с другими. Пациентам, как и терапевтам, трудно удерживать мысль, что пациент идентифицируется с *обоими* полюсами диады, и, говоря о пациенте как об агрессоре, мы не подразумеваем, что пациент в то же самое время не является жертвой. Анализ углубляется, когда терапевт предлагает возможные интерпретации ненависти: она может возникать в ответ на интенсивную зависть у пациентов, которые чувствуют, что им не хватает того, что имеют другие, либо она может защищать от осознания более глубоко лежащей тоски и стремления к идеальной заботе, что делает пациента уязвимым и, таким образом, должно быть скрыто под покровом гнева и ненависти, которые рождаются из фрустрации.

Обсуждение нетерпимости к агрессивному поведению является первым шагом по направлению к развитию терпимости и к тому, чтобы пациент однажды осмелился признать удовольствие от садистических аспектов преследующего внутреннего объекта. Важным этапом в развитии этой толерантности становится помощь пациенту в осознании собственного удовольствия, которое он получает от агрессивных аффектов, когда они возникают в поведении по отношению к терапевту. Подобным образом, когда травмированный пациент начинает видеть, как он приписывает терапевту характеристики агрессивного человека, это становится важным первым шагом в признании существования собственного внутреннего «агрессора», которого человек содержит внутри себя вместе с жертвой этой агрессии. Работа с такими темами, как садистические чувства, должна быть основана на предположении, что всем людям свойственны мощные бессознательные агрессивные и либидинальные аффекты. Пациенты с ПРЛ обычно чувствуют аффект более интенсивно, чем люди, не страдающие этим расстройством, и терапевтам следует фокусировать усилия на том, чтобы помочь таким пациентам развить навыки коркового управления. Обсуждение таких проблем, как садистические чувства, должно выполняться в духе того, что эти эмоции существуют в континууме, включающем терапевта, а не подразумевать, что пограничный пациент фундаментально отличается от остальных или имеет изъян.

Признание возможности садистического удовольствия во взаимодействии позволяет пациенту смириться с двойной идентификацией с жертвой и преследователем, особенно под влиянием все большего осознания пациентом атак на терапевта, который все это время пытался помочь ему. Это осознание постепенно ведет к сдвигу из преимущественно параноидного переноса к депрессивному переносу, который характеризуется чувством вины и заботы, тенденциями к репарации, толерантностью к неопределенности и укреплением способности к благодарности и сублиматорному функционированию.

ЛАТЕНТНАЯ АГРЕССИЯ, ОТЩЕПЛЕННЫЕ ИДЕАЛЬНЫЕ ОБРАЗЫ И ЦЕЛЬ ЗДОРОВОЙ ЛЮБВИ

Фокус на агрессии и ненависти в этой главе может навести читателя на мысль, что ненависть в этой фазе лечения всегда очевидна и наглядна, однако это не всегда так. В данной главе мы уделяем особое внимание превратностям агрессии, поскольку они занимают центральное положение в динамике пограничной патологии. Тем не менее необходимо помнить две вещи. Во-первых, пациенты не всегда коммуницируют во время сеанса

на наиболее примитивном уровне своего внутреннего мира. Тривиализация — повествование об относительно незначительном, аффективно плоском материале — случается весьма часто. Как только пациенты начинают работать в рамке терапии, некоторые из них на какой-то период времени отщепляют свои примитивные аффекты и взаимодействуют с терапевтом на уровне, где они рассматривают проблемы своей жизни при определенном участии наблюдающего эго. Пациенты могут делать это терапевтичным образом, который представляет собой начало функционирования на более высоком уровне, или же защитным образом, который диссоциирует эти проблемы от лежащей глубже примитивной организации психики и устанавливает относительно комфортный гомеостаз, который защищает от более примитивных проблем. Терапевт всегда должен определять, рассматривает ли пациент проблемы рефлексивным способом или тривиализирует защитным образом. (Тривиализация обсуждается более подробно в главе 7 «Тактика лечения и клинические трудности».)

Во-вторых, агрессия представляет собой одну сторону фундаментального внутрипсихического расщепления, на другой же стороне находятся либидинальные стремления, которые могут проявляться в форме интенсивного позитивного переноса, основанного на образе идеализированных объектных отношений. На ранней фазе лечения обычно имеет место защита от этих воображаемых отношений, которые, подобно агрессивно заряженным, являются примитивными и не адаптированными к внешней реальности. Параноидный перенос, который можно обнаружить у большинства пациентов в начале лечения, включает в себя недоверие и подозрительность, которые делают прямое выражение либидинальных стремлений рискованным предприятием. Даже в этом случае такие стремления, коренящиеся в идеализированных объектных отношениях, обычно отчасти проявляются косвенным образом, пусть даже лишь в том, что пациент посещает терапию. Экстремальная природа такого идеализированного позитивного переноса[1] является такой же частью патологии пациента, как и экстремальный негативный перенос, поскольку здесь присутствует «чистая» репрезентация, которая не соответствует более сложной реальности мира. Для достижения психического здоровья и развития способности к зрелой любви эти два полюса должны быть интегрированы в более

---

[1] Напоминаем читателю, что это разделение между позитивным и негативным переносом не приравнивается к разделению между «хорошим» переносом и «плохим» переносом. Позитивный перенос называется так, поскольку он представляет либидинальные, любовные стремления. Однако, будучи выраженным в крайней степени в расщепленной психике, он настолько же патологичен, как и крайний негативный перенос, поскольку представляет идеальный, полностью хороший объект, который не существует в реальном мире.

сложное целое. Как и все мы, пациенты нуждаются в том, чтобы любить и быть любимыми. Нам следует иметь в виду, что люди без личностной патологии могут временно регрессировать в состояние идеализации на этапе зарождения любви, который мы ощущаем как влюбленность. Ключом к здоровым любовным отношениям является принятие и интеграция несовершенств в объекте любви. ТФП работает в этом направлении. По мере прогресса лечения, позитивные аффекты в переносе в целом нарастают, и работа по направлению к интеграции экстремальных позитивных и негативных полюсов внутреннего мира пациента позволяет ему свободно переживать любовь зрелым образом, не искаженным внезапными переходами между идеализацией и обесцениванием.

Объектные отношения, нагруженные агрессией, которые часто представляют собой первую заметную в ходе терапии диаду, как правило защищают от лежащих глубже либидинально нагруженных диад. Также может иметь место и обратная ситуация: либидинальная «идеальная» диада может защищать от преследующей и агрессивной. Одна из сложностей в лечении пациентов с расщепленной внутренней структурой состоит в том, что каждая сторона расщепления защищается от противоположной: не существует стабильного основания, скорее, есть стабильный потенциал к быстрому переключению от одной стороны расщепления к другой. В клинической практике, как правило, на начальном этапе доминирует параноидный перенос и тревога по поводу привязанности. Несмотря на это, некоторые случаи начинаются с идеализированного переноса, который защищает от параноидных страхов и агрессии. В случае наиболее типичного параноидного переноса либидинальные желания обычно начинают выходить на поверхность, когда этот перенос в некоторой степени проработан, хотя признаки этих желаний могут проявляться в невербальной коммуникации или в контрпереносе уже на более ранних этапах терапии (пример такой ситуации можно увидеть на видео 2 «Сеанс перед отпуском»). Терапевту следует обращать внимание на любые проявления признаков позитивных элементов и помнить о том, что, несмотря на подозрительность и недоверие, пациент все еще приходит сюда («Есть сторона вас, которая хочет сохранить эти отношения живыми»). Кроме того, обсуждая агрессивные аффекты, терапевту следует не столько активно подчеркивать враждебность пациента по отношению к нему («Вы нападаете на меня»), сколько выделять диаду, которая включает в себя и преследователя, и жертву («Наши отношения, похоже, сейчас характеризуются присутствием кого-то, кто нападает, и кого-то, кто является жертвой этого нападения»). Часть пациента, которая кажется полной ненависти к окружающим, также ненавидит его самого и подрывает способность пациента к хорошему, принимающему

отношению к себе. Таким образом, и позитивный, и негативный перенос необходимо интерпретировать, с тем чтобы избежать ситуации, когда пациент дисквалифицирует себя как полностью плохого.

- **Видео 2–1**: Сеанс перед отпуском, часть 1 (9:24)
- **Видео 2–2**: Сеанс перед отпуском, часть 2 (6:12)

ДИАПАЗОН СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛ

Любовь и сексуальность не всегда полностью совпадают. Сексуальность сочетает в себе либидинальные и агрессивные элементы и, в некоторой степени, представляет собой их пересечение. Развитие зрелой и интимной сексуальной жизни является целью ТФП, особенно в случаях, когда сексуальная жизнь пациента заторможена или всецело пропитана агрессией. Мы исследуем вопросы, связанные с анамнезом сексуальных отношений и адаптированности пациента, а также аспекты сексуальности по мере их проявления в терапии.

Человеческая сексуальность включает ядерную гендерную идентичность, ролевую гендерную идентичность, объектный выбор и интенсивность сексуального желания (Kernberg, 1995). Два последних понятия — объектный выбор и интенсивность сексуального желания — являются наиболее релевантными в обсуждении пациентов с ПОЛ. Объектный выбор пациента с ПОЛ вследствие диффузии идентичности может отличаться спутанностью объектного выбора и хаотической бисексуальностью на поведенческом уровне. Интенсивность желания может варьироваться в широких пределах, и у некоторых пациентов с тяжелой ПОЛ желание едва присутствует.

Пациенты с ПОЛ в целом начинают лечение, находясь в определенном диапазоне патологии с точки зрения сексуальной адаптации, однако внутри этого диапазона существует значительная вариабельность (Таблица 9–2). Уровень сексуального функционирования и адаптации на момент начала терапии определяет зоны потенциального улучшения. Пациенты с более тяжелой ПОЛ могут вначале демонстрировать отсутствие способности к получению базового удовольствия от нормальной сексуальности. Эти пациенты могут не обнаруживать никакого удовольствия в какой-либо сексуальной активности, включая мастурбацию, и никакого сексуального желания по отношению к другому человеку. Часто в анамнезе таких

пациентов доминирует тяжелый травматический опыт и физическое или сексуальное насилие, а также отсутствие привязанности к любящему родительскому объекту. С такими пациентами цели лечения в сфере сексуальности могут быть ограниченными. Лечение может вначале помочь пациентам принять способность к идеализации другого и выражать свои стремления к идеализированным отношениям. По мере продолжения лечения и интеграции идеализированных и персекуторных образов, пациент может развить способность устанавливать стабильную привязанность, которая включает любовные чувства, но такой тип пациентов может продемонстрировать и отсутствие способности к страстной любви.

Пациенты с пограничной личностной организацией и нарциссической структурой личности обычно способны к сексуальному возбуждению, но не к глубокой вовлеченности по отношению к интимному партнеру. Многие такие люди никогда не любили. Характерный для этих людей сексуальный промискуитет часто связан с сексуальным желанием и возбуждением по отношению к человеку, который считается привлекательным или ценным для окружающих. При таком типе привязанности реализация сексуального желания может удовлетворять потребность в конкуренции, но также может служить триггером для бессознательного процесса, который заключается в необходимости чувствовать собственное превосходство и обесценивать Другого, что приводит к исчезновению как сексуального возбуждения, так и заинтересованности в другом человеке.

ТАБЛИЦА 9–2. Диапазон сексуальной адаптации у пациентов с пограничной организацией личности (ПОЛ)

Высокоуровневая ПОЛ	Способность к сексуальному возбуждению и желанию; хрупкие идеализирующие отношения с частичными объектами
ПОЛ с нарциссической личностью	Способность к сексуальному возбуждению и оргазму; широкий спектр инфантильных тенденций; отсутствие способности к глубокой привязанности к объекту любви
ПОЛ с агрессией	Рискованное сексуальное поведение; полиморфная перверсная сексуальность
Низкоуровневая ПОЛ	Отсутствие чувственного удовольствия; отсутствие удовольствия от мастурбации; отсутствие сексуального желания, связанного с каким-либо объектом; отсутствие способности к сексуальному возбуждению

Пациенты на верхнем уровне ПОЛ могут начинать лечение, обладая способностью к сексуальному возбуждению и эротическим желаниям. Эти

пациенты могут иметь полноценную способность к генитальному возбуждению и оргазму, связанному с эмоциональной привязанностью к другому человеку. Они способны интегрировать агрессию с любовью и сексуальностью, а также способны к примитивной влюбленности, которая характеризуется идеализацией объекта любви. На самом деле, интенсивные сексуальные переживания и насыщенный любовный роман с идеализированным Другим могут скрывать лежащую глубже неспособность выносить амбивалентность. Однако с учетом механизмов расщепления, свойственных ПОЛ, их межличностные и интимные отношения хрупки и всегда подвержены риску контаминации отщепленными, тотально плохими аспектами, которые могут превращать идеализированные отношения в персекуторные. На средней фазе терапии вопрос секса может переплетаться с проявлениями идеализированного и иногда персекуторного переноса.

АГРЕССИВНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Сексуальное поведение одной из подгрупп пациентов с ПОЛ может быть саморазрушительным или деструктивным для других. Эти проблемы необходимо прорабатывать в средней фазе терапии. Далее мы обсуждаем случай пациентки с диссоциированными сексуальными переживаниями, которые были захвачены агрессивной мотивацией (эротизированный перенос) (Blum, 1973). Затем мы приводим пример пациентки, чьи сексуальные чувства проявились в контексте идеализированного переноса.

Самоповреждение, диссоциация и сексуальность

Случай, приведенный далее, особенно ясно демонстрирует взаимоотношения между примитивными защитными механизмами пациента, в особенности расщеплением; поведением, а именно нанесением порезов; и сексуальной заторможенностью с ее последующим разрешением. Проявления расщепления не всегда выглядят так ярко, как в данном случае, который более характерен для пациенток с истерическими чертами.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Сьюзан, которой на момент начала ТФП было 26 лет, несколько раз проходила стационарное лечение в связи с неоднократным нанесением себе порезов. Ей был поставлен диагноз ПРЛ, хотя терапевт в больнице подозревал наличие психотического расстройства, поскольку то, как

пациентка говорила о самоповреждении, имело странное качество, которое казалось ему иррациональным. Сьюзан описывала фантазию о том, как наносит себе такое количество порезов, что полностью заливается кровью. При обсуждении этой фантазии ее аффект сочетал в себе энтузиазм и возбуждение, граничащее с экстазом. Ее фактическое самоповреждающее поведение включало нанесение не очень глубоких и не требующих наложения швов порезов в области рук и ног, а также особый интерес к нанесению порезов в области груди и вагины.

После выписки из больницы Сьюзан начала курс ТФП с доктором Уай. На момент начала лечения Сьюзан была девственницей. В старших классах она встречалась с двумя юношами, но ей было с ними некомфортно. Физические контакты ограничивались поцелуями, которые ей не нравились. После этого она ни с кем не встречалась. Сьюзан окончила колледж, но не устроилась на работу из-за повторных госпитализаций, которые мешали любым ее целенаправленным проектам.

После последней выписки из больницы Сьюзан начала работать. Ей удавалось удерживаться на этой работе, которая в целом казалась подходящей. Во время терапии пациентка выражала заметное сопротивление работе на глубоком психологическом уровне. Тяга к нанесению порезов сохранялась, и она воздерживалась от этого лишь потому, что благодаря множеству госпитализаций поняла, что это беспокоит окружающих настолько, что ее не оставят в покое, если она продолжит это делать. Сьюзан выражала мнение, что нанесение порезов доставляло ей удовольствие и не причиняло никакого дистресса. Она отвергала любые попытки найти смысл в этом поведении. Также она жаловалась на «холодность» доктора Уай и неоднократно выражала желание вернуться к своему прошлому терапевту, мужчине, которого она описывала как более «теплого и дающего». Доктор Уай указал, что представление Сьюзан о его холодности, казалось, соответствовало оговоренному условию их терапевтического контракта, что в случае нанесения прорезов он прекратит работу с ней. Доктор Уай добавил, что Сьюзан как будто не знала, как взаимодействовать с ним помимо обсуждения ее порезов.

Первый шаг к пониманию поведения пациентки был сделан, когда она говорила об одном из немногочисленных интересов в ее жизни, связанном с работой организации по защите прав человека. Когда доктор Уай указал, что символ этой организации представляет собой свечу, обвитую колючей проволокой, Сьюзан робко признала, что в своих фантазиях она представляет себя свечой. Этот символ олицетворял диаду

отношений: свеча как источник света и тепла и проволока как агрессор. Чтобы найти ключ к развитию понимания Сьюзан, необходимо было помочь ей увидеть идентификацию с обеими сторонами диады. Дальнейшее обсуждение выявило связь между болью и удовольствием, которую Сьюзан до последнего времени отрицала, даже несмотря на то, что на это указывала ее практика нанесения порезов в области груди и вагины. Однако после того как эта связь была выявлена, терапия как будто зашла в тупик. Сьюзан продолжала работать, но отстранилась от социальной жизни, проводя все выходные одна в своей комнате. Она читала, шила и периодически просто сидела в комнате безо всяких мыслей в голове.

На фоне этого общего ощущения застоя в терапии Сьюзан на одном из сеансов сообщила, что боится погибнуть в ДТП по дороге домой. Она была обеспокоена, поскольку по дороге на сеанс ей казалось, что следы машин перед ней были покрыты каплями крови. Пациентка описывала чувство, что как будто была загипнотизирована и боялась, что, если будет отвлекаться на эти кровавые образы, то потеряет контроль над автомобилем. Доктор Уай испытал серьезный дискомфорт и понял — что бы ни представляли собой эти кровавые видения и предчувствия фатального инцидента, они были частью садомазохистической динамики, в которой пациентка теперь мучила его. Он указал на это, добавив, что садистические чувства являются более часто встречающимся видом человеческой эмоциональности, чем она могла представлять, и напомнил о более раннем наблюдении, что она будто бы не знала, как взаимодействовать с ним, если только этот контакт не был пропитан агрессией, как и в случае с ее предыдущим терапевтом, когда она наносила себе порезы. Доктор Уай поинтересовался, от каких еще чувств, которые Сьюзан, возможно, испытывала по отношению к нему, могла защищать эта агрессия, которая в настоящий момент была единственной альтернативой застою в их отношениях. Он предположил, что ее чувства могут включать желание контакта и близости, которые олицетворял образ свечи, но она не знала, что делать с такими чувствами, поскольку они плотно переплетались с агрессией, которую она пыталась в себе отрицать.

Вскоре после этой интервенции Сьюзан, которая к тому времени была в терапии с доктором Уай в течение двух лет, пришла в один из дней на сеанс и объявила: «Сегодня сюда пришла не Сьюзан. Вместо нее пришла Рене». Доктор Уай был застигнут врасплох и вынужден был остановиться, чтобы собраться с мыслями. Он спросил Рене, могла бы она рассказать о себе. Пациентка объяснила, что она, Рене, мечтала о том, чтобы выходить из дома в сексуальных нарядах, цеплять мужчин в барах и заниматься

с ними сексом так, чтобы причинять им боль. Однако Рене заявила, что «эта другая девушка», Сьюзан, старалась ее контролировать и не давала ей делать все эти вещи. Рене негодовала из-за ханжества Сьюзан.

На следующий сеанс Сьюзан пришла в состоянии своего обычного Я. Когда терапевт спросил о Рене, пациентка пришла в некоторое замешательство и смогла лишь сказать, что она чувствовала присутствие этой другой женщины, которая в последнее время пыталась вмешаться в ее жизнь. Она регулярно испытывала беспокойство из-за нее, но могла в течение продолжительных периодов времени о ней не думать. В течение следующих недель Рене в большей или меньшей степени присутствовала на сеансах. Она вовсе не присутствовала на тех сеансах, на которых преобладал другой материал. На некоторых сеансах Сьюзан жаловалась на то, что Рене ей угрожает. Она называла ее «другая девушка», которая была плохой и из-за которой она плохо себя чувствовала. Рене ее критиковала и называла плохими словами. На нескольких сеансах пациентка говорила от лица Рене, описывая свое презрение к Сьюзан — недотроге, которая держит ее взаперти.

Доктор Уай понимал ситуацию в терминах расщепленных Я-репрезентаций, которые проявляли себя в истерическом стиле. Эта очевидная манифестация диссоциативного расстройства идентичности (в прошлом известного как расстройство множественной личности) не требовала изменения техники, поскольку диссоциативное расстройство этой пациентки можно было рассматривать как проявление экстремального внутреннего расщепления Я-репрезентаций в переносе, где каждый фрагмент Я-репрезентации переживается как отдельный индивид с собственным именем. Терапевтическая задача состояла в том, чтобы понять, почему эти репрезентации было необходимо держать разделенными, и помочь пациентке преодолеть это и достичь интеграции идентичности. У доктора Уай возникла гипотеза, что его интервенция по поводу других чувств, переплетенных с агрессией пациентки, облегчила появление Рене, которая, похоже, представляла собой проявление отщепленного материала.

Доктор Уай вместе со Сьюзан стал думать о роли Рене в ее жизни. Он с намеренной неопределенностью рассуждал о том, была ли Рене «другой девушкой» или частью самой Сьюзан. Сьюзан сказала, что не имела представления о том, откуда взялась Рене, но хотела, чтобы та исчезла. Доктор Уай заметил, что появление на сцене Рене, кажется, приблизительно совпало со снижением стремления Сьюзан наносить себе порезы и с его упоминанием о том, что у Сьюзан могли быть желания близости и контакта. Она не видела в этом никакой связи. Он заметил, что Рене, похоже, очень интересует

секс. Сьюзан сказала, что это ее беспокоит, поскольку ее саму секс не интересует. Доктор Уай усомнился в отсутствии интереса, указав, что, нанося себе порезы, Сьюзан прицельно фокусировалась на области груди и вагине. Это наблюдение вызвало у Сьюзан чувство дискомфорта. Она ответила, что они «просто попались под руку», но, похоже, отчасти понимала, что это объяснение звучит не очень убедительно. Она пожаловалась, что «просто не любит говорить о сексе и думать о нем». Доктор Уай заметил, что это было очевидно, но что ее усилия избегать разговоров и мыслей об этом, похоже, не увенчались успехом, поскольку эта тема продолжала всплывать — ранее в скрытой форме в ее поведении, а теперь в форме Рене, ее незваной попутчицы. Он предложил интерпретацию о том, что нанесение себе порезов было для Сьюзан компромиссом между сексуальными стремлениями, сцепленными с агрессией, и запретами против них. Это поведение одновременно удовлетворяло сексуальные и агрессивные стремления, а также потребность в наказании. Это предполагало слияние секса и агрессии, при котором Сьюзан играла и роль жертвы, и, на менее сознательном уровне, роль агрессора.

Эта интерпретация не пришлась по духу Сьюзан, поскольку ее либидинальные влечения были полностью изолированы от ее сознательного образа себя. Однако после этой интерпретации Рене сошла со сцены. Сьюзан не говорила, что она исчезла полностью, и, после того как в течение нескольких недель доктор Уай ничего не слышал о Рене, он поинтересовался, что с ней. Пациентка ответила: «Это странно. Я не думаю о ней. В последнее время ее не было». В то же время, Сьюзан сообщила, что она начала встречаться с мужчиной, который, как выяснилось, был того же возраста и имел то же имя, что и доктор Уай. Впервые после прояснения того, как ее агрессивные фантазии защищали ее от либидинального материала, Сьюзан начала вести себя таким образом, который намекал на возможность доминирования либидо над агрессией.

Далее следует краткое обобщение процессов переноса в этом случае:

1. Изначальное представление о Сьюзан как безжалостной наносительнице порезов в переносе выполняло различные функции. Это был призыв терапевту позаботиться о ней, поскольку она казалась безнадежно больной. Это был способ утонченно мучить терапевта (и, таким образом, поддерживать с ним садомазохистическую связь), поскольку ее порезы заставляли окружающих чувствовать сильное беспокойство. Также это было формой отыгрывания, которое привлекало внимание к ее груди и вагине.

2. Ее кровавые видения и страх, что она может попасть в аварию по дороге с сеанса домой, представляли собой другой способ взаимодействовать с терапевтом через агрессию. После интерпретации о том, что это могло быть отыгрыванием садистических желаний и защитой от либидинальных чувств к терапевту, Сьюзан начала заметно лучше осознавать смесь эротических и агрессивных чувств в себе.
3. Отношения Сьюзан с мужчиной, обладающим очевидными сходствами с доктором Уай, требовали дальнейшего исследования и понимания, прежде всего, потому что, хотя он и был в целом достаточно стабильным человеком, все же имел некоторые проблемы с зависимостью от психоактивных веществ, что напоминало об алкоголизме ее отца.

Подводя итог, этот случай представляет собой ситуацию сексуальной заторможенности, когда отщепленные, агрессивно контаминированные либидинальные импульсы поначалу выражались в форме саморазрушительного провокативного поведения, а затем, когда эта значительная отщепленная часть проникла в сознание пациентки, в форме диссоциативной идентичности. На каждом этапе, интерпретации терапевта помогали продвигать процесс осознания и постепенной интеграции.

Понимание эротизированного переноса и работа с ним: сексуальность и агрессия в переносе

Ключом к разрешению возможной инфильтрации агрессии в сексуальность и защиты от либидо при помощи агрессии у пограничного пациента является фокус на переплетении агрессии и либидо в переносе. Термин «*эротизированный перенос*» имеет более специфический смысл, чем широкий термин «эротический перенос». Последний термин включает любовные чувства, в то время как первый подразумевает *демонстрацию* любовных чувств, которые скрывают другие аффекты. Обсуждая эротический перенос в своей работе «Заметки о любви в переносе», Фрейд (1915/1958) говорил о неизбежности того, что пациент будет испытывать любовь к терапевту, а также о необходимости принять ее и работать с этим. Попытки избежать работы с трансферентной любовью, по словам Фрейда, подобны тому, «как если бы специальными заклинаниями старались вызвать из преисподней духа, а затем, ни о чем его не спросив, отправили бы обратно»[1]. Однако Фрейд, обсудив неизбежность

---

[1] Эротический и эротизированный перенос / Под общей редакцией М.В. Ромашкевича.— М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 320 с.

трансферентной любви и необходимость работы с ней, выделяет одно исключение:

> У одного типа женщин, однако, эта попытка сохранить любовный перенос для аналитической работы, не удовлетворив его, потерпит неудачу. Это — женщины с элементарной страстностью, не допускающей никаких суррогатов, дети природы, не желающие брать психическое вместо материального.. Имея дело с такими людьми, стоишь перед выбором: или проявить ответную любовь, или навлечь на себя всю ненависть отвергнутой женщины. Но ни в одном из этих случаев невозможно соблюсти интересы лечения. Приходится, не добившись успеха, отказаться от лечения...

Можно было бы предположить, что Фрейд говорил о конкретных пациентках с тяжелыми личностными расстройствами. Поскольку мы лучше понимаем природу их пограничной организации и способы работы с ней, мы не так пессимистично смотрим на перспективы работы с такого рода эротизированным переносом. Блум (Blum, 1973) определил эротизированный перенос как крайнюю форму эротического переноса и характеризовал его как «интенсивное, живое, иррациональное, эротическое влечение к психоаналитику, характеризующееся нескрываемым, кажущимся эго-синтонным требованием взаимности и сексуального удовлетворения с его стороны»[1]. В отличие от эротического переноса, который выражает, в первую очередь, либидинальные аффекты, в эротизированном переносе видимость либидинального аффекта стоит на службе у агрессивного аффекта.

Не пытаясь всесторонне обсуждать разнообразные формы эротического и эротизированного переноса, здесь мы фокусируемся на тех вариантах, которые представляют наибольшие сложности для работы. Кернберг (1995) описал, как интенсивные процессы эротического переноса могут быть частью *«бессознательных стремлений пациента предотвратить или разрушить возможность устойчивых позитивных отношений с аналитиком»*. Что интересно, возникает впечатление, будто в эротизированном переносе противоположности — любовь и ненависть, либидо и агрессия — могут слиться воедино, но это не истинная интеграция. Скорее, это ситуация, в которой одна часть расщепленного внутреннего материала поставлена на службу другой части. В более развитой и интегрированной психике существует способность к амбивалентности и интеграции либидо и агрессии. Однако

---

[1] Цит. по: «Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса». Джозеф Сандлер, Кристофер Дэр, Алекс Холдер. Когито-центр, 2007.

пограничные индивиды иногда проявляют регрессивные формы псевдоинтеграции, в которой агрессивный сегмент психики хватается за некоторые аспекты либидинального сегмента и использует их с деструктивными целями. Любовь и сексуальное возбуждение могут быть поставлены на службу агрессии в рамках синдрома перверсии.
Теперь вернемся к случаю Гэбби, который был представлен в главе 3.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

К концу первого года ТФП, после множества циклов видимой увлеченности терапией и последующего отстранения, Гэбби начала принимать интерпретации доктора Тэма о том, что она защищалась от стремления к любовным отношениям. Она признала: «Думаю, вы правы. Похоже, каждый раз, когда мне становится с вами комфортно, я отступаю».
Подумав, что это осознание поможет пациентке начать интегрировать идеальные и последующие репрезентации терапевта и начать выходить из параноидной позиции, доктор Тэм на некоторое время расслабился. Однако на втором году терапии, в середине одного из сеансов, Гэбби поднялась со своего стула, энергично подошла к доктору Тэму и уселась ему на колени. Ему приходилось удерживать ее вытянутыми руками, чтобы она не могла обнять его. Тем не менее она начала расстегивать свою блузку. Доктор Тэм в эмпатичной манере сказал, что она должна вернуться на свой стул, поскольку такое поведение несовместимо с терапией. Гэбби перестала расстегивать пуговицы на блузке, но осталась у него на коленях, горячо рассуждая о том, что он наконец помог ей увидеть, что она могла доверять другому человеку. Она драматично заявила, что это появление доверия было важнейшим достижением, а его отказ от ее любви будет доказательством правильности ее предыдущего убеждения, о невозможности доверять кому-либо. На самом деле, если он отвергнет ее, это подтвердит, что он лгал, говоря о возможности позитивного чувства между людьми. Это докажет то, что она уже знала, — что она отвратительна, что он презирает и отвергает ее. Если он отвергнет ее, это разрушит всю ее надежду, что мир может быть другим, и подтвердит ее убеждение, что самоубийство является единственным рациональным выбором.

Эта зарисовка иллюстрирует, как либидинальные чувства могут оказаться перехваченными агрессивными чувствами. Однако пациентка не осознавала агрессию как часть своей реакции. Она проецировала ее на терапевта. С ее точки зрения, именно он отвергал ее, именно он обманывал ее лживой добротой, именно он хитростью заставил ее полюбить его. Он ее подставил; он сделал это,

чтобы причинить ей боль; она должна была заранее понять, что ему нельзя доверять; все это время она была права,— права в своей паранойе. Этот пример представляет классический, хотя и экстремальный вариант отыгрывания и проекции: хотя любовные признания пациентки представляли собой нападение на терапевта и на терапию — отыгрывание неосознанной агрессивной идентификации, сама пациентка была убеждена, что это терапевт нападает на нее, не отвечая ей взаимностью. Хотя эта виньетка на поверхностном уровне может выглядеть как пример позитивного переноса, возведенного в крайнюю степень, на более глубоком уровне речь идет о деструктивности и атаке на границы и на терапию. Благодаря этому инциденту доктор Тэм осознал, что Гэбби находилась на более низком уровне ПОЛ, чем он прежде полагал. Поначалу он понимал ее негативные проявления как защиту от либидинальных стремлений. Хотя он не отказался полностью от этой формулировки, поведение пациентки на этом сеансе заставило его более полно осознать силу ее агрессивной стороны.

Чтобы помочь упорядочить размышления о сложном взаимодействии с пограничными пациентами, полезно схематизировать их в виде отношений между Я и Объектом. Схема, представленная на рис. 9–1, изображает наиболее типичную ситуацию раннего этапа лечения пограничного пациента с преимущественно параноидным переносом: они убеждены, что им причинят боль. Если терапевт не отыгрывает ожидаемую роль эксплуататора/агрессора, пациенту трудно понять заинтересованность терапевта в нем. Пример с Гэбби представляет собой осложненный случай, при котором защита пациентки против опасности сближения, включая неосознаваемую идентификацию с агрессором, скрывается под маской любви. Явные попытки соблазнения со стороны Гэбби возвращают ситуацию в знакомое русло взаимодействия эксплуататора и жертвы и помещают пациентку в роль эксплуататора, хотя и без ее сознательного понимания. Речь идет о повторении травмы с реверсией ролей. Такая ситуация является интенсивной и угрожающей хаосом, поскольку когда терапевт устанавливает границы и пытается интерпретировать действия пациентки, пациентка вновь чувствует себя в роли жертвы и протестует, так как для нее отказ терапевта от ее предложения является отвержением и доказательством ее никчемности. Для терапевта эта ситуация выглядит как цугцванг. Если он отвечает на соблазнение, он пренебрегает всеми этическими стандартами и становится агрессором. Если он отказывается, пациентка воспринимает это как жестокое отвержение с его стороны.

Первое правило в такой ситуации — обратиться к рамке лечения, как описано далее:

Доктор Тэм (буквально удерживая Гэбби при помощи вытянутых рук): Мы не можем работать в таких условиях. Вы должны прекратить расстегивать блузку и вернуться на свой стул, или сеанс будет завершен.

Гэбби: Вы не понимаете. Это поможет мне. Вы хотели, чтобы я начала доверять. Теперь я доверяю, и все это рухнет, если вы меня отвергнете.

Доктор Тэм: Я согласен, что отвержение является проблемой, но нам нужно разобраться, кто кого отвергает и почему. И мы можем это сделать, только если вы сядете обратно. [Гэбби садится обратно.] Только что кое-что произошло, и нам нужно попробовать понять это, пока это не разрушило все, чего мы здесь пытаемся достичь. Мы с вами работаем полтора года. Мы только начали понимать какие-то вещи. Теперь вы действуете таким образом. Вы говорите, это вам поможет. Но вы знаете, что это разрушит все, что мы с вами делали, и нам нужно понять, почему вы сейчас это делаете. У меня есть предположение. Я считаю, что вы действительно испытываете ко мне нежные чувства. Однако я думаю, они же вас больше всего и пугают. Это заставляет вас чувствовать себя уязвимой. Поэтому единственный способ для вас — почувствовать себя в безопасности, как вам кажется, взять ситуацию в свои руки. Единственное, что для вас имело бы смысл, — это если мой интерес к вам связан с эксплуатацией. Поэтому, чтобы вернуться на знакомую почву, вы, похоже, берете контроль над деструктивной, эксплуататорской ролью, побуждая меня отыграть ее.



Терапевт/Другой как преследователь — Пациентка испытывает стремление к близости, но ожидает отвержения, унижения, дразнения [в переносе]



Терапевт/Другой как покорная жертва — Пациентка начинает атаковать терапевта Я как агрессор: в поведении, вне сознания



Терапевт/преследователь — снова — Пациентка воспринимает отказ терапевта как враждебную атаку. Пациентка испытывает облегчение от тревоги и тоски, но терапия оказывается под угрозой.

Восстановление Я в позиции жертвы.

РИСУНОК 9-1. Сдвиги внутри персекуторной диады в средней фазе лечения пограничного пациента с преимущественно параноидным переносом, как описано в случае Гэбби

Возвращаясь к общей картине по мере продвижения терапии, работа с этой ситуацией, которая в таком явном виде больше не возникала, заключалась в повторении циклов установления границ и интерпретации. Например, однажды Гэбби сказала, что поняла, что доктор Тэм не может заняться с ней сексом, поскольку она его пациентка. Поэтому она предлагает закончить терапию, чтобы у них появилась возможность уйти от своих супругов и начать идеальную жизнь вместе. В этой версии динамика была более сдержанной и включала элемент идеализированной стороны расщепленного внутреннего мира. Это служит напоминанием, что идеализированный сегмент расщепленной психики является таким же патологическим, как и персекуторный, пока он не приспособлен к сложности реальности. Базовая интерпретация попыток соблазнения со стороны Гэбби по отношению к доктору Тэму заключалась в том, что страх ошибочного доверия и предательства вел к инверсии ролей, где она пыталась занять лидирующую позицию и контролировать ситуацию, разрушая, таким образом, любую возможность безопасных и взаимных любящих отношений. В ее мире, на этом этапе, надежду на безопасность в отношениях давал только контроль. Однако этот способ усиления контроля предполагает бессознательную идентификацию с фигурой, которой пациентка больше всего боится. В таких случаях средняя фаза терапии в целом представляет конфликт между либидинальными и агрессивными стремлениями. Пациенты с низкоуровневым ПРЛ могут испытывать удовлетворение от власти и контроля и потому неохотно отказываться от них. В случае Гэбби, на более поздних этапах терапии она была способна признать агрессивный элемент, который привносила в отношения, и стала более открытой к позитивному взаимодействию с людьми. Тогда она смогла начать процесс интеграции этой агрессии, связывая ее с либидинальными стремлениями, которые более полно были исследованы после явного проявления идеализированного переноса. Результатом этого, помимо других форм сублимации, стало очень остроумное и ироничное чувство юмора, одновременно соблазняющее и «сногсшибательное».

Также в поздней фазе возникло более развитое проявление эротического переноса. Пациентка начала выражать более подлинное либидинальное стремление к близости с терапевтом, сочетающее сексуальное желание с любящими чувствами и сожалением из-за невозможности удовлетворения этого стремления. Это распространенная и непростая ситуация для терапевтов. Цитируя Дэниела Хилла (Daniel Hill, 1994), «в то время как для непрофессионала выбор стоит между отвержением и принятием, аналитик полагается на анализ переноса и принятие парадокса; в этом случае любовь является одновременно подлинной и лицемерной».

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ НАЧАЛА ИНТЕГРАЦИИ И СТАБИЛИЗАЦИИ ЛЮБОВНЫХ И СЕКСУАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ

Как обсуждалось ранее в этом разделе, интенсивный эротический перенос может включать как категорические требования пациента удовлетворить его эротические желания, так и повторяющееся отыгрывание самодеструктивного сексуального поведения, такого как незащищенные неразборчивые связи, с обвинениями терапевта в том, что причина такого поведения — в отсутствии сексуальной реакции с его стороны. В этих условиях важно, чтобы терапевт в достаточной мере проработал свой контрперенос, чтобы быть способным детально обсуждать сексуальные чувства, желания и страхи пациента без неуместного торможения или какого-либо отыгрывания эротических контрпереносных чувств. На этом этапе необходима полная толерантность к контрпереносным эмоциям и фантазиям о пациенте, без сообщения о них пациенту, но с целью использования их для глубокого анализа доминирующих объектных отношений в переносе, точно так же как толерантность к интенсивной ненависти в контрпереносе на других этапах лечения. На самом деле, агрессивные и садистические компоненты открытых сексуальных требований помогают прояснять в контрпереносе сложную природу эротических чувств пациента.

Важно, чтобы пациент мог выражать собственные эротические чувства в переносе во всей полноте, не переживая их как сексуальное соблазнение или унижение, а также чтобы терапевт, в свою очередь, был готов анализировать различные аспекты фантазий пациента об отвержении, вызванных поддержанием со стороны терапевта стабильных границ в отношениях. Полное исследование сексуальных требований и фантазий в переносе является важным предварительным условием освобождения сексуальной жизни пациента от контаминации агрессивными импульсами и облегчения интеграции сексуальной жизни пациента в зрелые любовные отношения во внешней реальности.

Что касается контрпереноса в случае с Гэбби, терапевт воспринимал соблазнения пациентки без какого-либо внутреннего сексуального отклика. Это служит показателем ведущей роли агрессии. По мере продолжения работы и интеграции агрессии Гэбби, что позволило ей испытывать эротические чувства, которые не контролировались агрессией, терапевту стало сложно ощущать себя комфортно из-за возникшего в контрпереносе влечения к пациентке и тревоги о том, что такие чувства сами по себе являются нарушением границ. Такие моменты в терапии бывают одними из наиболее сложных. Выражение

заинтересованности пациентки в терапевте может быть прямым («Не знаю, как сказать вам, но я в вас влюбилась»), шутливыми и ироничными («Я бы хотела пойти с вами куда-нибудь, но я знаю, что вы никогда не покажетесь в публичном месте с такой, как я») либо косвенными и невербальными. Важнейший аспект техники — не избегать этого материала. Терапевтам бывает сложно обсуждать тему влечения, когда их чувства по интенсивности не соответствуют чувствам пациентов. Однако наиболее отвергающим является послание, что эти чувства находятся под табу. Терапевту следует перейти к прояснению: может ли пациент рассказать подробнее о своем влечении? Какие у него фантазии? Если пациент говорит, что не может продолжать терапию, что это слишком унизительно, терапевту следует поинтересоваться предположениями пациента. Что такого унизительного в продолжении терапии? Почему пациент убежден, что не нравится терапевту? Что удерживает пациента от того, чтобы представить, что если бы пациент и терапевт встретились в иных обстоятельствах, они могли бы наслаждаться компанией друг друга или даже завязать отношения? Исследование этих вопросов проливает свет как на поиск пациентом идеального другого, так и на его обесценивание себя, и оба эти процесса фрустрируют способность пациента найти подходящего партнера в жизни. Подводя итог, эротический перенос можно рассматривать и как угрозу лечению, и как важную часть лечения и материал для проработки.

УГЛУБЛЕНИЕ ПОНИМАНИЯ РАСЩЕПЛЕНИЯ И СТРЕМЛЕНИЕ К ИНТЕГРАЦИИ

Признаки расщепления во внутреннем мире пациента могут быть заметны сразу, а могут проявиться со временем. Движение в сторону интеграции также начинает развиваться в разные сроки, но обычно не ранее чем через несколько месяцев после начала терапии. Когда это происходит, терапевту следует быть готовым к фрустрации из-за чередований между частичной интеграцией и временными регрессиями к более раннему расщепленному состоянию. Однако начало процесса интеграции сигнализирует о способности пациента рефлексировать над своим внутренним миром и менять его. Адекватные циклы проработки — отражения тревоги, возникающей из-за сдвигов в защитной психической организации, — могут постепенно привести к более полной и стабильной интеграции.

ПРИЗНАКИ РАСЩЕПЛЕНИЯ

Как обсуждалось в главе 7, терапевту следует противодействовать тенденции застревать в текущем позитивном или негативном переносе, которая встре-

чается у некоторых пациентов. Эта проблема не касается пациентов, которые демонстрируют свой расщепленный внутренний мир уже в своих ранних реакциях на терапевта. Например, первоначальная реакция пациента на кабинет его терапевта была такой: «Ух ты! Какой большой и роскошный кабинет! Вы наверняка хороший терапевт. Все так говорят, и я уверен, вы на самом деле умны и знаете, как обходиться с пациентами». По прошествии двух сеансов пациент сказал: «Этот кабинет такой холодный и безличный. Как будто вы строите стену, прячетесь за своими регалиями и репутацией. Если вам не нравится общаться с людьми, не стоило становиться терапевтом». Реакции этого пациента демонстрируют противоположные объектные репрезентации, соответствующие разным внутренним диадам. В этом случае терапевту следует конфронтировать с пациентом по поводу этих противоречивых ответов и предложить ему поразмыслить о том, что может мотивировать чередование таких разных состояний. (В данном случае чередование может происходить из нарциссической динамики, в которой пациенту необходим «самый лучший» терапевт, но при этом он не может выносить такой образ терапевта, поскольку это пробуждает нарциссическую зависть, которая заставляет пациента испытывать потребность обесценить терапевта).

Некоторые пациенты, однако, начинают терапию в негативном или позитивном переносе, который сохраняется более стабильным. Это соответствует психической структуре, в которой одна диада более устойчиво защищается от другой. Ритм изменений в переносе варьируется от случая к случаю. Пациенты с пограничной структурой в сочетании с инфантильно-истерическими и шизоидными характеристиками склонны к более быстрым циклам изменений характера переноса, в то время как у пациентов с параноидными, нарциссическими и депрессивными чертами эти циклы более медленные.

В обсуждении первого года терапии Гэбби приведен пример работы с расщеплением. У Гэбби в течение нескольких месяцев на поверхностном уровне сохранялся стабильно негативный перенос в течение нескольких месяцев, пока не случился прорыв более глубокого стремления к близости, когда доктор Тэм второй раз сообщил, что собирается отлучиться.

ЧЕРЕДОВАНИЕ ИНТЕГРАЦИИИ И РЕГРЕССИИ

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ОТЩЕПЛЕННЫХ ПОЗИТИВНЫХ АФФЕКТОВ

На сеансах, предшествовавших отъезду доктора Тэма, в материале Гэбби регрессия к параноидной подозрительности и отвержению

(например: «Было глупо с моей стороны расстраиваться из-за того, что вы уезжаете... Не понимаю, о чем я думала. Вас и так никогда не было рядом») сменялась болезненными переживаниями, связанными с ее лежащей глубже привязанностью к нему (например: «Если вы уедете, я убью себя, и вы будете в этом виноваты!»). В ответ на эту угрозу суицида доктор Тэм прежде всего обратился к рамке лечения. Он напомнил Гэбби, что терапия не может дать гарантии, что она не покончит с собой, и именно она несет ответственность за то, чтобы обратиться за экстренной помощью, если это потребуется. Он также оспорил и исследовал ее попытку поместить в него собственную агрессивную часть («и вы будете в этом виноваты»). Наконец, он попытался помочь Гэбби понять ее собственное болезненное переживание: он уделил больше внимания диаде с нуждающимся детским Я, которое стремилось найти хорошего покровителя, но испытывало лишь разочарование. Он также попытался помочь пациентке увидеть свою идентификацию с покидающим объектом в том, как она пыталась избавиться от его внутреннего образа и связи с ним («убивая его в своей психике), за чем следовало ощущение пустоты и одиночества.

После возвращения из поездки доктор Тэм обнаружил, что Гэбби вновь регрессировала в параноидную позицию. Когда он указал на контраст между тем, как она с вызовом отвергала всякую заинтересованность в нем после его возвращения, с периодом до отъезда, когда она чувствовала связь с ним, Гэбби гневно ответила: «О чем вы вообще говорите?». Он напомнил о ее эмоциональной реакции на сообщение о том, что он собирается отлучиться на некоторое время. Она в ответ выпалила: «Я никогда такого не говорила!». Это был яркий пример регрессии от движения к интеграции к возвращению в расщепленное, диссоциированное состояние. Доктор Тэм понял, что потребуется еще какое-то время, прежде чем пациентка достигнет интеграции. Пять месяцев спустя, после многих повторяющихся циклов описанной выше динамики, Гэбби начала сеанс такими словами: «Я думала о том, что вы говорили... что я борюсь с чувством близости к вам, поскольку я боюсь, что вы можете причинить мне боль. Думаю, наверное, это так». Прогресс в сторону интеграции стал очевиден. Несмотря на это, регрессии Гэбби в параноидную позицию, хотя и более редкие, продолжались еще в течение долгого времени как реакция на воспринимаемые угрозы или стрессы. На пятом году, к концу терапии Гэбби, размышляя над некоторыми изменениями, которые она ощутила, сказала: «Вы многое мне дали, но вы также кое-что забрали у меня... Я верила в идеальную любовь, и я держалась за эту веру независимо от того, насколько

тяжелой была моя жизнь. Теперь я намного ближе со своим мужем, но это не так страстно, и я знаю, что не существует идеальной любви... и я действительно скучаю по этой идее». Доктор Тэм отдал должное этому незамысловатому описанию движения к депрессивной позиции. В качестве дополнительного подтверждения перемен, которые привели ее в эту позицию, Гэбби добавила: «Не могу поверить, какие ужасные вещи я делала со своим мужем и иногда с вами, считая их полностью оправданными. Теперь мне очень жаль из-за этого».

СЛЕДОВАНИЕ ЗА ЧЕРЕДУЮЩИМИСЯ ПРОЕКЦИЯМИ: ИНТЕГРАЦИЯ И УЛУЧШЕНИЕ В ТЕСТИРОВАНИИ РЕАЛЬНОСТИ

По мере того как внутренний мир пациента становится более интегрированным, уменьшаются искажения восприятия, основанные на переживании мира сквозь призму ригидных внутренних диад. Люди и ситуации, которые прежде выглядели угрожающими, становятся более безопасными. В этом сложном процессе агрессивные и либидинальные чувства становятся более интегрированными и более различимыми, в то время как пациент обретает способность лучше выражать их на символическом, вербальном уровне и отличать внутреннюю фантазию от реальности. С практической точки зрения, пациент обретает возможность выдерживать негативные чувства в контексте любящих отношений, что позволяет, таким образом, углублять отношения, которые в противном случае оказались бы разрушены из-за ощущения, что любая негативная эмоция отравляет целое. Помимо этого, бессознательные агрессивные чувства, которые прежде пропитывали идеализированные «любовные» отношения и, находясь вне осознания, вели к садомазохистическим перипетиям, оказываются принятыми как часть внутреннего мира пациента и могут быть сублимированы или сознательно сдержаны, с тем чтобы найти выражение в более подходящих условиях.

По мере того как происходит интеграция, пациенты часто демонстрируют развитие способности более тонко воспринимать взаимодействие с окружающими. Однако в стрессовых или неоднозначных ситуациях пациенты могут переживать временный возврат к защитам расщепления. Уровни организации личности определяются в том числе *преобладающим* использованием примитивных защитных механизмов. У каждого человека использование защитных механизмов в той или иной степени варьируется в зависимости от обстоятельств. Так, даже если пограничный пациент

переходит на более высокий уровень организации личности, где, как правило, используются зрелые защиты, в стрессовых ситуациях он может возвращаться к более примитивным защитам. Однако у пациентов, чья новообретенная интеграция остается хрупкой, регрессия может наступать просто вследствие неопределенности или нехватки ясности. В следующем примере мы возвращаемся к случаю Эми, с которой познакомились в главе 8 «Ранняя фаза лечения».

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

Когда Эми осознала свою прежде отщепленную агрессивную и садистическую часть, таким образом вернув себе свою проекцию, в области ее самодеструктивного поведения произошли значительные улучшения. До осознания эта часть ее внутреннего мира выражалась либо через самодеструктивное отыгрывание, либо путем проекции через восприятие окружающих как угрожающих и опасных. По мере роста осознания собственных агрессивных чувств, Эми стала позволять себе испытывать адекватный гнев, перестала вредить себе и начала лучше функционировать в мире. До терапии она существовала в ограниченном пространстве, определенном ее болезнью: ее мир был миром пациентки, жившей со своим мужем и мало контактировавшей с окружающим миром, за исключением людей, занятых ее лечением.

С началом ТФП жизненная ситуация Эми изменилась. Во-первых, терапевтический контракт требовал от нее более высокого уровня активности в жизни. Во-вторых, по мере интеграции ее внутреннего мира, ей стало комфортнее общаться с другими людьми. Улучшение, которое началось с понимания параноидного переноса — проекции агрессии на терапевта и агрессивных действий по отношению к нему, — постепенно стало распространяться на ситуации вне терапии (стратегия 4, как описано в главе 3). Это изменение вначале затронуло занятия в колледже, которые стали частью обязательств пациентки по развитию активности. Первоначально Эми полагала, что однокурсники ее недолюбливают. Со временем она поняла, что эта уверенность отчасти возникла из *ее собственных* жестких оценок как окружающих людей («Вы не поверите, что этот парень сказал на занятии!»), так и себя самой. До того как пришло это осознание, Эми всецело отрицала какую-либо грубость по отношению к другим, хотя она время от времени проявлялась в саркастических замечаниях, и ощущала грубость по отношению к себе со стороны окружающих, при этом совершая самоповреждающие действия, которым не придавала

никакого значения. Этому пониманию сопутствовали изменения в том, как Эми воспринимала своего терапевта, доктора Джонса.

Одним из результатов улучшения состояния Эми, уже через год терапии, стало ее решение завести ребенка. В течение беременности она оставалась эмоционально стабильной и стала любящей и заботливой матерью. В целом, она стала функционировать на более высоком уровне. Эми не избавилась полностью от тревог, но они походили на тревоги многих других молодых мам. Однако ее психическая интеграция все еще отличалась хрупкостью и могла бы окрепнуть благодаря дальнейшей терапии и консолидации.

ЦИКЛЫ РОСТА ИНТЕГРАЦИИ С БОЛЕЕ КОНТЕЙНИРОВАННЫМИ И ОГРАНИЧЕННЫМИ ПРОЕКЦИЯМИ

По мере продвижения пациента для терапевта важно ориентироваться на чувство стабильности или хрупкости интеграции психического состояния пациента. Эти выводы влияют на решение о том, когда планировать завершение терапии. По причинам, которые еще до конца не понятны, у одних пациентов интеграция более хрупка и подвержена регрессиям к проекции, чем у других пациентов. Это происходило и в случае с Эми.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

Хотя Эми в целом функционировала хорошо, хрупкость ее внутренней интеграции отчетливо проявлялась в следующих областях: 1) ее реакции на собственную работу и 2) обеспокоенность безопасностью ребенка в некоторых обстоятельствах. Важно, что эта обеспокоенность стала больше соответствовать реалистичной заботе, тем не менее, еще содержала элемент преувеличения и искажения, основанный на внутренних репрезентациях, которые не были полностью интегрированы.

Одним из ранних проявлений улучшения Эми стало ее возвращение к давнему увлечению — написанию музыки. Как описано в главе 8, первоначально ее лечение было сфокусировано на отщепленной агрессивной части внутреннего мира, которая лежала в основе ее самодеструктивного отыгрывания. Проявлением этой агрессивной части был строгий, критикующий голос, который распекал ее при любых попытках что-либо делать (и также мог нападать на других

людей). Эта неинтегрированная часть внутреннего мира парализовала Эми каждый раз, когда она пыталась написать песню. Такая динамика, вызывающая паралич при любых попытках что-то сделать в жизни, была одним из факторов в основе депрессивных состояний пациентки. Ее лечение вначале включало признание этой агрессивной внутренней части («критикующий судья»), и затем — возможность влиять на нее, когда Эми стала получать больше контроля, благодаря развитию осознания. Принятие этой части и движение к ее интеграции помогло Эми продвинуться от диффузии идентичности к некоторой консолидации. Модуляция ее внутреннего «критикующего судьи» позволила ей начать следовать интересам, которые ранее она бросила из-за отвержения и обесценивания, или из-за того, что рассматривала свои успехи в них как ничтожные. Эми обрела способность увлекаться творческим процессом даже больше, чем прежде. Однако она делала это в тайне, ничего не сообщая доктору Джонсу. Далее возник паттерн, в котором Эми нарушила молчание о своем увлечении и рассказала о песне, которую написала. Неизбежно, на следующем сеансе, она сообщила, что этот разговор заставил ее убедиться, что она пишет никуда не годные песни и должна отказаться от своих попыток.

Исследование этого паттерна обнаружило, что Эми удавалось сдерживать строгую и критикующую часть себя до того момента, когда она рассказывала о своем творчестве другому человеку. На этом этапе она не была уверена, насколько строгие суждения относительно собственной работы были основаны на чрезмерно критикующей внутренней части или же брали исток во внешней реальности, то есть в негативных мнениях других людей. Конечно, бывает непросто разобраться в этих различиях между внутренними и внешними источниками мыслей, ведь человек действительно может встречать жесткие оценки со стороны окружающих. Исследование этих проблем в переносе может помочь прояснить вопрос. В случае с Эми, доктор Джонс сфокусировал внимание на паттерне, в котором Эми отвергала свою работу после обсуждения с ним. Она заявила, что это обсуждение избавляло ее от иллюзии, что она может сочинять хорошо, и возвращало в «реальность», в которой у нее нет никакого таланта. В ходе дальнейшего исследования Эми признала, что доктор Джонс не говорил и не делал ничего, что выдавало бы негативное мнение о ее работе, но она просто «знала», что ему она не нравилась. Постепенно пациентка пришла к пониманию, что предположение о том, что доктору Джонсу не нравится ее работа, казалось ей наиболее безопасной позицией. Она была на том этапе, когда могла справляться

с собственными агрессивными реакциями на себя, при том что никто другой не был вовлечен. Однако участие другого человека допускало возможность, что источник агрессии мог находиться в другом, и, путем проекции, она полагала, что именно это и происходило. Эми требовалось дальнейшее исследование возможности, что реакция другого человека на нее могла быть благоприятной и даже позитивной, и только после этого она смогла начать контролировать этот проективный процесс, продвигаться в интеграции своей агрессивной части и улучшать свое функционирование.

Этот пример иллюстрирует важность технической нейтральности. Хотя доктор Джонс выразил интерес к мнению Эми по поводу написания песен, он не давал непосредственной поддержки в ответ на ее переживания, что ее усилия ничего не стоили. Вероятно, она бы восприняла такую поддержку как покровительственный ответ из чувства жалости, либо, если бы такая поддержка помогла ей почувствовать облегчение, оно бы несомненно вскоре прошло. Лишь благодаря исследованию ее предположений об отклике терапевта, Эми смогла понять, что ее сомнения были основаны на проекции части ее собственного внутреннего мира и что доктор Джонс действительно мог иметь положительное мнение о ее работе.

Клиническая работа в этом примере основана на том, что у Эми был талант к написанию песен. Терапевт может встретить ситуацию, которая внешне выглядит похоже, однако у пациента мало шансов на успех в деятельности, которой он пытается заниматься. В таком случае подход терапевта будет состоять в том, чтобы исследовать возможности пациента точно оценивать собственные способности, и постараться выяснить, связан ли разрыв между фактическими способностями пациента и уровнем амбиций с нарциссической грандиозностью или с отыгрыванием самоповреждающей динамики. Именно из-за таких ситуаций, в которых внешне похожее поведение может определяться разной глубинной динамикой, сложно написать руководство, которое точно подсказывало бы терапевту, как действовать в том или ином случае.

РАСШИРЕНИЕ ФОКУСА ТЕРАПИИ В СРЕДНЕЙ ФАЗЕ

В средней фазе лечения терапевту может потребоваться расширить фокус на переносе, с тем чтобы включить в обсуждение 1) текущую реальность пациента, 2) паттерн межличностных взаимодействий во времени,

3) прошлую историю и развитие нарратива по мере продвижения терапии, а также 4) фантазии, которые все больше отличаются от восприятия реальности пациентом. В начальной фазе терапии упор делается на выявление основных диад во внутреннем мире пациента. Это происходит прежде всего с помощью наблюдения за переносом, хотя терапевт может также исследовать и другие сферы, если пациент упоминает их на сеансе с интенсивным аффектом. Когда терапия переходит в среднюю фазу, терапевт помогает пациенту исследовать, что во внутренней динамике пациента объясняет активность этих диад и что не позволяет им интегрироваться в более сложный внутренний мир. По мере прояснения этих вопросов терапевтическая работа все больше обращается к тому, чтобы расширить понимание, достигнутое на сеансах, на жизнь пациента вне терапии, движется к более тонкому пониманию пациента и помогает ему получать большее удовлетворение от работы, любви, социальной жизни и творчества. Неравномерный прогресс пациента по направлению к интеграции можно видеть в социальных отношениях, а также в его отношении к работе. Пациенты часто начинают лечение с узким кругом социальных связей, основанных на их бурном межличностном стиле и/или параноидных предположениях касательно других людей. В ходе терапии как возросший уровень жизненной активности, так и интеграция внутреннего мира, которая позволяет лучше модулировать реакции на окружающих, ведут к развитию межличностных взаимодействий. Нестабильный характер интеграции часто хорошо виден именно в этой межличностной сфере, поскольку, покидая проверенную параноидную позицию, пациент испытывает тревогу.

Общий принцип состоит в том, что терапевт, по мере продвижения терапии, все больше углубляется в знании о работе, досуге и любовной жизни пациента. Таким образом, он может глубже исследовать нюансы этих сфер жизни пациента, в то же время продолжая исследовать перенос. У пациента развивается более полное чувство Я и других, а у терапевта развивается более полное представление о пациенте. В процессе этого терапевт понимает, как неуловимые проекции внутренних репрезентаций, которые не были полностью интегрированы, могут сохраняться после того, как явное отыгрывание со стороны пациента прекратилось. Для терапевта крайне важно обращать внимание на эти проекции, чтобы помочь пациенту двигаться от жизни без пограничных симптомов, но со значительной заторможенностью, к жизни с по-настоящему удовлетворительными отношениями. В этом смысле ТФП идет дальше других методов лечения, которые направлены исключительно на разрешение симптомов ПРЛ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

Когда сына Эми отдали в детский сад, она стала крайне тревожной. Этот опыт погрузил ее в новую ситуацию, где она встретилась с другими молодыми матерями. Немедленной реакцией Эми было чувство, будто другие матери считают ее невежественной и недоразвитой. Исследование этого переживания вывело на след ее критикующего персекуторного Я и обнаружило отсутствие каких-либо подтверждений, что другие мамы воспринимали ее таким образом, а также показало, что Эми сама их втайне обесценивала и считала менее заботливыми и преданными, чем она. Это походило на переживания Эми на более раннем этапе в терапии, когда она вернулась в колледж. На динамическом уровне, обсуждение реакции на других матерей способствовало усилиям Эми по интеграции жестких внутренних репрезентаций, которые служили поддержанию ее внутренней грандиозности. На более практическом уровне это обсуждение позволило Эми освободиться от негативных аффектов, которые мешали устанавливать удовлетворительные отношения с другими матерями. Когда терапия продвигается таким образом — явные симптомы проходят, а внимание направляется на процессы в жизни пациента вне терапии, — потребность в тщательном соблюдении терапевтической рамки снижается.

БАЛАНС МЕЖДУ ВНИМАНИЕМ К ПЕРЕНОСУ И К ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА ВНЕ ТЕРАПИИ

Зачастую для развития центральных тем переноса необходимо время. Пока это происходит, терапевт выслушивает материал, который пациент приносит на сеансы. Некоторые пациенты с самого начала терапии спонтанно и прямо начинают обсуждать свои реакции и чувства по отношению к терапевту. Другие мало говорят о терапевте, а практически исключительно о других людях. В такой ситуации терапевту может потребоваться поинтересоваться переживаниями пациента в отношениях с ним или высказать комментарий по поводу чувства, которое выражается в невербальном поведении пациента.

Параллельно с этим фокусом на переносе одна из ролей терапевта, тем не менее, состоит в том, чтобы регулярно узнавать о состоянии жизни пациента вне сеансов. Такая активная заинтересованность внешней жизнью является одним из аспектов ТФП (Kernberg, в прессе), который отличает ее от более традиционной психоаналитической психотерапии, а в особенности

от кляйнианского психоанализа (Joseph, 1985). Расспрашивание может раскрыть важную информацию относительно того, как пациент отыгрывает важную динамику в собственной жизни и в то же время на сеансах выглядит как полностью сотрудничающий. Например, пациент может свободно ассоциировать во время сеансов, но при этом не выполнить какое-то из обязательств, перечисленных в контракте, например, устроиться на работу волонтером или посещать встречи двенадцатишаговой программы. Работа с таким вариантом развития переноса обсуждалась в главе 7, где речь шла о работе с трудностями в лечении. Терапевт, который не интересуется жизнью пациента вне сеансов, не будет знать об отыгрывании. Пациенты, которые выполняют обязательства, связанные с активностью вне терапии, могут сообщать важную информацию о повторных патологических взаимодействиях в новых ситуациях. В целом, наиболее эффективный способ достичь понимания таких взаимодействий состоит в том, чтобы связать конфликт с переносом, где вся информация непосредственно доступна для исследования. В следующем примере мы возвращаемся к случаю Бетти, пациентки с высокоуровневой ПОЛ, с которой мы познакомились в главе 4 «Фаза оценки состояния».

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

Бетти устроилась на волонтерскую работу и, в соответствии со своим паттерном, начала убеждаться в том, что на работе все вокруг реагируют на нее с презрением, ненавистью и отвержением. Как и в прошлом, она реагировала на это, обращаясь со своими сотрудниками с враждебностью, которую приписывала им самим. Крайне важно было исследовать это, поскольку продолжающаяся враждебность с ее стороны (которую она воспринимала как защиту от враждебности окружающих) скорее всего повлечет трудности в работе, за которыми последует новый цикл сомнений, ненависти к себе, депрессии и суицидальности. Как обычно бывает, оспаривание ее восприятия сотрудниками вряд ли привело бы к значительному инсайту или изменению («Вас там не было! Откуда вам знать, что я неправильно интерпретирую вещи? Я *знаю*, что если секретарша не поздоровалась со мной, значит она меня ненавидит!»). Хотя терапевту может быть полезно указать пациенту на повторяющийся паттерн подобных перцепций («Кажется, вы описывали точно такие же переживания на своей прошлой работе»), наиболее продуктивной областью исследования является перенос. Терапевт, который выслушивает этот материал, должен проанализировать свое впечатление о пациенте в контексте примеров той же диады («преследуемая жертва», которая негодует и боится «садистичных

мучителей»). Обычно вслед за этим терапевт может направить беседу на обсуждение взаимодействия между пациентом и терапевтом:

Доктор Эм: Интересно, есть ли связь между тем, как вы чувствуете себя на работе, и тем, как вы чувствовали себя на том сеансе, когда мы обсуждали контракт. Вы сказали, что контракт нужен для того, чтобы защитить меня от вас. Вы считали, что я испытываю к вам неприязнь и создаю барьеры для любых контактов между нами. Вы думали, что я вас выделяю и с другими пациентами не устанавливаю таких строгих границ. И все это было связано с идеей о том, будто я считаю вас недоразвитой и недостойной моего внимания.

Бетти: Ну, сегодня я так не думаю. Я ведь нашла книгу про терапию с пограничными пациентами, и там написано, что установка границ является частью лечения.

Доктор Эм: То есть, если бы этого внешнего подтверждения не было, вы бы все еще могли считать, что не нравитесь мне?

Бетти: Я не говорю, что я вам нравлюсь. Вы общаетесь со мной лишь потому, что я вам плачу.

Доктор Эм: То есть мой интерес к вам ограничен лишь этим?

Бетти: Вы общаетесь с любым, кто приходит к вам и платит деньги. Вы что-то вроде проститутки, только без секса. Ха! Забавно. с проституткой, по крайней мере, можно получить секс.

Доктор Эм: Иначе говоря, звучит так, будто я эксплуатирую вас, беру ваши деньги и притворяюсь, что вы мне интересны.

Бетти: Мне не нравится так говорить. Я просто привыкла приходить сюда, и теперь вы снова заставляете меня сомневаться в этом.

Помимо переноса фокуса с внешней жизни пациентки на перенос, этот пример иллюстрирует тактику работы не только с позитивным, но и с негативным переносом. Терапия соскользнула в поверхностный позитивный перенос, который не затрагивал негативную часть, пока терапевт не поставил под сомнение более глубокие убеждения пациентки о нем.

Доктор Эм: Вот почему я думаю, что нам необходимо обсудить это. Ваше чувство комфорта в общении со мной, похоже, не очень глубокое. Мы оказались в ситуации, когда ваши сомнения ушли в подполье, но остаются вполне реальными. Вы думаете, что я, как проститутка. Это предполагает, что вы думаете, будто я с вами неискренен и весь мой видимый интерес к вам не настоящий. Разве это лучше ситуации на работе, которую вы описали?

Бетти: Вероятно, если бы я им платила, они бы тоже были со мной милыми. Это одно и то же. Может быть, вы будете смеяться надо мной, как только я выйду из кабинета... Может быть, уже сейчас вы потешаетесь надо мной в мыслях, скрытых за этим искренним взглядом. Возможно, именно этому вас обучают — выглядеть искренними, даже когда вы думаете, что человек идиот.

Доктор Эм: *(как пример сохранения нейтральности и сохранения конфликта внутри пациента)*: Вряд ли сейчас я могу как-либо убедить вас в том, что я не думаю, что вы идиотка. Думаю, это чувство уходит корнями слишком глубоко. Но что мы можем сделать сейчас — посмотреть на эту ужасную дилемму, в которой вы оказались, и, думаю, обнаруживаете себя снова и снова, включая нынешнюю ситуацию на работе. Вы не знаете, считаю я вас идиоткой или нет, равно как не знаете, считают ли вас идиоткой окружающие. И самый безопасный для вас способ — исходить из того, что они так думают. Таким образом вам не будет больно из-за того, что вы пытаетесь быть милой с людьми, а они в ответ высмеивают или отвергают вас. Поэтому вы отвечаете так же. Проблема в том, что вы не уверены, действительно ли это «так же», и, если вы ошибаетесь, ваш атакующий стиль может причинить много вреда отношениям, которые потенциально могли бы быть хорошими. Например, вы сказали, что я подобен проститутке. В терапии мы можем исследовать чувства и фантазии, которые это сопровождают. Но если бы подобного рода агрессия возникла в беседе с сотрудником, вы могли бы обнаружить, что провоцируете точно такую реакцию, которую и ожидаете изначально.

Дальнейший анализ в случае Бетти должен рассмотреть, как пациентка становится источником негативных и отвергающих мыслей о себе и других. Во-первых, страдая из-за собственной самооценки, она проецирует это суждение о себе на других и воспринимает его как исходящее от них. Это ведет к резким суждениям о других, хотя ее сознательное восприятие ситуации заключается в том, что она лишь реагирует на них негативным образом из-за атаки, которую воспринимает с их стороны. Другими словами, и на работе, и в переносе она отыгрывает диаду насмешливого критика и осмеянного Другого, которая полностью находится внутри нее самой. Хотя пациентка и идентифицирована с обеими частями диады, сознательно она рассматривает себя лишь как осмеянного Другого.

УСТАНОВЛЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ВНУТРЕННИМИ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯМИ, ИДЕНТИФИКАЦИЯМИ ПЕРИОДА РАЗВИТИЯ И ПРОЕКЦИЯМИ

Как обсуждалось в главе 3, третья стратегия ТФП состоит в наблюдении и интерпретации связей между противодействующими друг другу диадами объектных отношений. В связи с этим часть работы в средней фазе заключается в отслеживании проявлений неинтегрированных или частично интегрированных репрезентаций по их проекциям в разных ситуациях. Это подразумевает обсуждение того, как перцепции, основанные на этих проекциях, присутствуют в отношениях с терапевтом и как их отыгрывание может приводить к тому, что ситуация, которой пациент опасается, становится реальной. На поздних этапах средней фазы анализ репрезентаций связан с рассмотрением *идентификаций* с внешними объектами в ходе раннего развития пациента, которые внесли вклад в формирование внутренней объектной репрезентации. Переходя к рассмотрению этого материала, терапевту следует помнить, что каждая частичная идентификация связана с *аспектом* человека в жизни пациента и обычно включает некоторое искажение по сравнению с реальным человеком. Терапевт устанавливает взаимосвязи между когнициями и аффектами, связанными с этой идентификацией, которые могут проявляться и в Я-репрезентациях, и в объектных репрезентациях пациента, с проецируемыми репрезентациями в переносе, внешней жизнью пациента, его прошлым и фантазийным материалом. Дальнейшая интерпретативная работа может включать генетический материал, например вероятность того, что пациент, который проецирует агрессивные аффекты, испытывает трудности с толерантностью к любой идентификации с настоящими или прошлыми агрессорами. В таких интервенциях усилия направлены на то, чтобы помочь пациенту осознать, в какой степени эта реакция на нового человека может быть основана на активации внутреннего объекта. Эти регрессии можно рассматривать как уход в безопасное психологическое пространство, определяемое проекцией. В неопределенности и непредсказуемости новой ситуации защитная установка становится более комфортной, нежели открытость новому опыту.

Как и любая психоаналитически ориентированная терапия, ТФП ставит своей целью повышение уровня осознанности пациента и принятие запретных мыслей и чувств. Как показано в наших примерах, они часто раскрываются в процессе следования механизму проекции во всех его разнообразных проявлениях. В средней фазе, по мере продвижения пациента к интеграции отщепленных внутренних частей, работа по распознаванию проекций может становиться более деликатной. Когда внутренний мир

пациента становится более тонко и сложно сбалансированным и всецело хороших или плохих аспектов становится меньше, описания ситуаций, которые могут включать проекцию, становятся утонченнее и содержат меньше признаков искажений. Внутренние репрезентации и внешняя реальность в большей степени совпадают, но все еще может существовать разрыв, который особенно заметен в периоды стресса. Таким образом, на более продвинутом этапе средней фазы исследование в терапии может требовать больше времени, когда неясно, искажает/проецирует ли пациент или описывает действительно болезненную ситуацию. Другими словами, хотя тестирование реальности пациента улучшилось, все еще могут присутствовать признаки более трудноразличимых проблем в этой сфере. Именно в работе с этими трудноуловимыми сложностями ТФП помогает пациентам разрешать зоны их внутренних конфликтов, которые вначале могли быть скрыты за внешним отыгрыванием, но которые необходимо разрешить, чтобы развить более полное понимание и принятие себя и других и достичь оптимального функционирования в любовных отношениях, в досуге и в работе.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

Когда сыну Эми было три с половиной года, она начала высказывать озабоченность в связи с няней, которую наняла для сына. Ей было неприятно, как няня иногда смотрела на ее сына. Она чувствовала, что няня привносит элемент чувственности, когда дает мальчику облизывать ложку, когда готовит вместе с ним выпечку. Также Эми чувствовала, что няня сидит слишком близко к нему, когда читает ему книжки. Эми стала беспокоиться о том, что у няни были сексуальные намерения по отношению к ее сыну, и думала о том, что ее стоит уволить. Эта ситуация была более неоднозначной, чем переживания, о которых Эми сообщала на более ранних этапах терапии. Доктору Джонсу было сложно определить, точно ли Эми оценивала ситуацию или находилась под влиянием проекции.

В попытке понять, относится ли беспокойство Эми к внутренней проблеме, доктор Джонс вслух задал вопрос, который задавал предполагаемую область исследования: «Весьма неприятно и болезненно бывает думать о вещах, которые сейчас вас беспокоят. Определенно, в мире бывают люди с извращенными наклонностями, которые могут выражаться в виде насилия по отношению к детям. Однако сейчас я думаю о том, что, по мере того как вас все более беспокоят чувства Дженнифер по отношению к Билли, мы все меньше слышим о ваших

чувствах. Конечно, я знаю, что с самого момента рождения он стал радостью в вашей жизни, но он быстро растет, как и все мальчики. У него развивается собственный разум, собственный характер, собственные интересы. Несомненно, по мере его развития как отдельного человека, ваши чувства к нему также развиваются и также становятся сложнее. Это нормально. Возможно, у вас есть свои сожаления, даже гнев в связи с его растущей независимостью от вас. Возможно, вы восхищаетесь тем, как развивается его тело. О таких вещах бывает непросто думать, они могут казаться чем-то неправильным. Но часть нашей работы здесь состоит в том, чтобы раскрыть ваши чувства, если они в данном случае относятся к делу, чтобы вы могли узнать их и лучше с ними справляться».

После этого Эми смогла более полно рефлексировать о собственных эмоциональных реакциях на своего ребенка. Предыдущая работа по интеграции ее либидинальных и агрессивных аффектов позволила ей испытывать определенный гнев из-за его растущей независимости и некоторое сексуальное восхищение, которое смешивалось с преобладающей любовью и преданностью по отношению к нему, не угрожая связи с ним, которую она чувствовала. Размышления над этими темами отчасти включали в себя поддержку по отношению к себе самой и принятие всего этого диапазона чувств к своему сыну без перехода в гневные вспышки и неуместные прикосновения, которые составляли часть отношений Эми с ее собственной матерью.

Итак, принцип терапевтической работы в средней фазе заключается в следовании проекциям отщепленных репрезентаций пациента по мере их возникновения в переносе, в отношениях и в ситуациях вне терапии, а также в фантазиях, а также в допущении, что пациент может демонстрировать циклы, которые повторяют его динамику в более тонкой и трудноразличимой форме.

УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА И ЕГО РЕАКЦИЯ

Благодаря структуре лечения у многих пограничных пациентов улучшаются рабочие и/или личные отношения. Прогресс в этих сферах может вызывать у пациентов удивление и даже встречать сопротивление в виде попыток свести прогресс на нет. Сам по себе прогресс и реакция пациента на него может стать темой терапии. Терапевт наблюдает прогресс

и отслеживает импульсы пациента к тому, чтобы его нивелировать. В качестве иллюстрации приведем пример из дальнейшей терапии с Бетти.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

На втором году терапии Бетти перешла с волонтерской работы на оплачиваемую, где обучала неграмотных взрослых чтению. Через шесть месяцев она решила, что сможет достичь больших успехов, если окончит колледж, который бросила много лет назад. Она поступила на учебу по неполному учебному графику. Первый курс Бетти окончила на отлично. Однако на втором курсе выполнение письменной работы застопорилось, ставя под угрозу весь достигнутый прогресс. Исследование проблемы выявило три основные темы, которые пациентка не осознавала. Во-первых, она боялась, что ее успех вызовет зависть у одноклассников и они ополчатся против нее. Это вело к дальнейшему усилению значения зависти в ее внутреннем мире. Типичным для себя образом она интенсивно переживала эту эмоцию и, путем проекции, ощущала себя ее объектом.

Во-вторых, Бетти стала лучше осознавать, что она связывала успех с проигрышем своему терапевту. Она считала, что его интерес к ней ограничивался ролью помогающего специалиста по отношению к «больной» и ограниченной пациентке. В ее внутреннем мире отсутствовала парадигма для авторитетной фигуры, заинтересованной в том, чтобы она развилась в равного здорового человека.

Третья тема, раскрытая в исследовании, касалась того, что первый успех Бетти всколыхнул соревновательные чувства как по отношению к одноклассникам, так и к терапевту. Бетти, чьи внутренние диады в своей сути включали неполноценное существо и другое превосходящее его существо, представляла, что конкуренция неминуемо влечет садистическое порабощение одной стороны другой. Чтобы выработать способность сублимировать агрессивные аффекты в рамках более модулированных отношений с другими в академической среде и в других ситуациях, ей вначале необходимо было исследовать эти экстремальные фантазии.

Хотя любой прогресс неминуемо затрагивает беспокойство по поводу завершения отношений с терапевтом, для пациента проще справиться с этими переживаниями, когда наиболее патологический уровень тревоги исследован, и пациент видит, что в его интересе продолжать расти и двигаться дальше, а не оставаться ограниченным и зависимым. Это, безуслов-

но, включает работу с темой горевания, которая связана с депрессивной позицией. Ее мы обсудим в главе 10 «Продвинутая фаза и завершение лечения».

Ключевые клинические положения

- Средняя фаза лечения характеризуется снижением интенсивности отыгрывания и более пристальным вниманием к отношениям пациент — терапевт.
- Существует общая тенденция к эволюции преобладающих тем переноса с антисоциальных, нарциссических или параноидных к депрессивным.
- Пациенты достигают более полного принятия и толерантности к собственным негативным аффектам, но обычно имеют периоды регрессии в сторону проекции.
- Либидинальные стремления вместе с искажениями обычно проявляются в переживании и выражении сексуальности и романтической любви, что необходимо исследовать.
- По мере продвижения терапии фокус внимания на сеансах расширяется и постепенно начинает включать интерес к 1) внутренним репрезентациям пациента, 2) текущей внешней реальности, 3) прошлой истории и развитию жизненного нарратива, и в особенности его связи с идентичностью, а также 4) фантазийный материал.
- Терапевтическая работа способствует более детальному пониманию и анализу проблемных областей в любовных отношениях, работе и досуге пациента.

ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ЧТЕНИЯ

Kernberg O.F. The psychodynamics and psychotherapeutic management of psychopathic, narcissistic, and paranoid transferences, in Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship / Ed. by Kernberg O.F. New Haven, CT: Yale University Press, 2004. Pp. 130–153.

Ogden T.H. Between the paranoid-schizoid and the depressive positions, in Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue Northvale, NJ: Jason Aronson, 1993. Pp. 101–129.

ГЛАВА 10

ПРОДВИНУТАЯ ФАЗА И ЗАВЕРШЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

ПРОДВИНУТОЙ ФАЗЕ ТЕРАПИИ, фокусированной на переносе (ТФП), соответствует достаточная проработка ранее отщепленных составляющих переноса. На этом этапе терапии пациент обладает достаточной толерантностью к полному спектру аффектов и может лучше справляться с аффектами по мере их возникновения. Осознавание взаимообмена ролями внутри диады с терапевтом помогло пациенту вернуть те части себя, которые он долгое время проецировал. В продвинутой фазе интерпретативная интеграция взаимно отщепленных идеализированных и персекуторных сегментов внутреннего опыта пациента остается в центре внимания в цикле, где снижение выраженности внутреннего расщепления способствует росту когнитивной осознанности и лучшей аффективной модуляции, что, в свою очередь, развивает способность пациента к рефлексии и помогает более эффективно использовать интерпретативный процесс (как описано в случае Эми в главе 9 «Средняя фаза лечения»). Не существует четкой границы, после которой начинается продвинутая фаза. Она наступает, когда пациент начинает принимать осознание того, что его идентичность включает части которые он ранее бессознательно пытался отвергать. Как описано в главе 9, даже после того как терапия входит в продвинутую фазу, могут случаться прогрессы и регрессы, когда защитные механизмы пациента ослабевают или восстанавливают утраченные позиции, в соответствии с приливами и отливами сложных и стрессовых переживаний в жизни пациента.

Каждому пациенту требуется свое время для перехода к продвинутой фазе терапии. Некоторые пациенты переходят в эту фазу уже через год терапии, в то время как другим бывают нужны годы, чтобы дойти до этого этапа (Таблица 10–1). Пациенты, у которых меньше выражены антисоциальные, параноидные или нарциссические характеристики, обычно достигают продвинутой фазы быстрее.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Грег, которого мы описывали в главе 8 («Начальная фаза лечения»), пришел к пониманию, что его самокритика и параноидный страх, что терапевт и другие люди не любят его и пытаются от него избавиться, были лишь одной стороной монеты. В ходе терапии его растущая критика в адрес терапевта, мисс От, и других людей соответствовала идентификации со строгим критиком, которого он обычно переживал как приходящего извне. В такие моменты он ощущал свое интеллектуальное превосходство, чувствовал скуку из-за «одних и тех же» фраз доктора От и в пренебрежительном тоне рассуждал о смене терапевта. По мере того как они с доктором От исследовали эти две его стороны, Грег начал понимать, что он мог судить, критиковать и «гнобить» себя с помощью столь же жестких формулировок, как те, что он воспринимал со стороны других людей. Таким образом, он начал осознавать колебания этой диады и признал, что диада присутствовала внутри него целиком. Кроме того, он начал понимать, что заряженные агрессией отношения между отвергающим, высокомерным объектом и обесцененным Я, которые он ощущал на поверхностном уровне, были полностью отщеплены от желания установить зависимые отношения с терапевтом, а также с другими людьми, как с поддерживающим и доброжелательным родителем. Этот либидинальный аспект его внутреннего мира проявлял себя в фантазиях о том, что доктор От была подобна ангелу хранителю, который присматривал за ним во время напряженных рабочих встреч, оберегая его от совершения ошибки. Однако моменты резкой критики в ее адрес возникали вновь, если он чувствовал, что она не слушала или неправильно понимала его. Выпады в ее адрес в такие моменты были примером того вреда, который может причинить идеализированная внутренняя репрезентация, когда кто-то не соответствует ее стандартам. Эти реакции подрывали возможность развития зависимых отношений с мисс От, поскольку реальная зависимость может переживаться лишь в том случае, если пациент

перешел от параноидно-шизоидной организации к депрессивной (интегрированной). Так или иначе, во время сеансов необходимо было наблюдать, с тем чтобы в конце концов интегрировать, весь спектр возникающего материала.

В продвинутой фазе терапии Грег сохранял контакт как с идеализированным (зависимым), так и с персекуторным (высокомерным и обесценивающим) сегментом внутреннего опыта, без того чтобы вновь и вновь их расщеплять и разыгрывать. Теперь мисс От имела возможность интерпретировать страх пациента относительно того, что более интегрированное восприятие ее как одновременно доброжелательной и потенциально фрустрирующей, а также представление о собственных серьезных конфликтах вокруг агрессии и лежащей в основании любви, могут либо 1) быть невыносимыми из-за желания пациента быть идеальным родителем, либо 2) заставить его чувствовать себя не заслуживающим удовлетворительных или зависимых отношений из-за его гнева и агрессивных реакций. Проще говоря, Грег начинал развивать толерантность к амбивалентным отношениям с терапевтом как, одновременно, с доброжелательным, но ограниченным в своих возможностях заботливым родителем, и как с фигурой власти, способной к суждению и критике, а также к образу себя как обладателю и любящих чувств, и чувства фрустрации и агрессии по отношению к мисс От. Ранее эти элементы было трудно объединить из-за его изначального убеждения, что строгий, критикующий элемент существовал исключительно в ней, а не в нем. Это приводило к возмущению высокомерным превосходством мисс От и к неоднократному отыгрыванию отвержения по отношению к ней как к помогающей, хотя и ограниченной в возможностях фигуре, в угоду его идеальной фантазийной версии, к которой он отчаянно тянулся. Интеграция любви с агрессией и ненавистью, при преобладании любви, отражала, поначалу лишь временами, а затем более стабильно, начало продвинутой фазы лечения в работе с Грегом.

ТАБЛИЦА 10–1. Изменения в продвинутой фазе лечения

Способность переживать аффекты, которые прежде затапливали пациента и вели к отыгрыванию и/или проекции, а также рефлексировать о них
Способность проводить различие между неоформленными внутренними реакциями на события-триггеры и сложностью реального человека или внешней ситуации
Способность работать с внутренними фантазиями как с чем-то отличным от реальности
Способность отказаться от самоповреждающих паттернов вне лечения и более стабильно и продуктивно вкладываться в личные отношения и работу

ТАБЛИЦА 10–1. Изменения в продвинутой фазе лечения *(продолжение)*

Способность более открыто и свободно говорить с терапевтом о терапевтических отношениях
Признаки изменений в представлении о терапевте и о Я (пациента) в отношениях
Способность принимать интерпретации терапевта и углублять их в отношении себя и других
Признаки того, что аффекты тревоги и депрессии часто могут достичь разрешения в ходе сеанса с помощью интерпретативных интервенций терапевта
Признаки развития поначалу хрупкого, но все более стойкого зависимого переноса, вместо параноидного переноса, по мере роста осознания проекций агрессивных аспектов Я
Развитие более ясной Я-концепции и способности к рефлексии в отношениях с терапевтом и другими
У пациентов с ПОЛ и нарциссическим расстройством личности — признаки деконструкции патологической грандиозной структуры Я, что позволяет получить доступ к лежащей более глубоко фрагментированной идентичности для более полного исследования

Процесс интеграции никогда не движется линейным образом. По-прежнему могут возникать регрессии к тому, что может казаться повторением ранних сеансов терапии — с участием расщепления, проективных механизмов, всемогущего контроля и отрицания всех переживаний, кроме тех, что непосредственно доминируют в переносе. Однако эти регрессивные эпизоды более не длятся в течение многих дней или недель, прежде чем их снова удается проработать или пациент вступит в контакт с отщепленным противоположным сегментом. Теперь их можно проработать в течение нескольких сеансов и, со временем, даже в течение одного сеанса, во время которого пациент переходит от состояний активации примитивных отщепленных частичных объектных отношений в переносе или по отношению к внешней ситуации к более сложному интегрированному отношению к объекту, с более модулированным аффектом. Постепенно терапевт может вместить в один или несколько сеансов движение от 1) идентификации доминирующих объектных отношений к 2) осознанию взаимных переключений объектной и Я-репрезентации и далее к 3) интеграции взаимно отщепленных аффективно противоположных диад с формированием Я-репрезентаций и объектных репрезентаций со сложными качествами. Этот процесс повторяется в ходе продвинутого этапа лечения, с постепенным снижением тенденций к регрессии. Если терапия продвигается успешно, происходят сдвиги от доминирования примитивных параноидных форм переноса к развитым, или депрессивным, формам переноса, которые начинают быть похожи на процессы переноса у пациентов с невротической организацией личности и сигнализируют о разрешении диффузии идентичности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОДВИНУТОЙ ФАЗЫ

РАЗРЕШЕНИЕ АНТИСОЦИАЛЬНОГО/ ПСИХОПАТИЧЕСКОГО И ПАРАНОИДНОГО ПЕРЕНОСА

В ходе успешного лечения происходит сдвиг от преимущественно параноидного и менее часто встречающегося, но более тяжелого психопатического переноса к депрессивным трансферентным паттернам (см. главу 9). Психопатический перенос, включая сознательно лживое поведение пациента по отношению к терапевту и соответствующее ожидание, что единственная цель терапевта — эксплуатация пациента, должен достичь достаточной степени разрешения, чтобы стала возможна честная коммуникация с терапевтом.

Честная коммуникация не означает, что пациент не должен испытывать тревоги в связи со свободным выражением своих мыслей, или не хранить иногда секретов о том, что, как ему кажется, он должен скрыть от терапевта, или не подавлять на какое-то время важного материала из-за чувства стыда или вины. Это означает, тем не менее, что в целом терапевт может полагаться на честную коммуникацию пациента, чтобы разрешать подобные временные пробелы в коммуникации в ходе психотерапевтической работы. Нельзя говорить о продвинутом этапе лечения, пока не наступит полного разрешения психопатического переноса. Мы напоминаем читателю, что эти формы переноса являются сложнейшим вызовом для лечения и часто резистентны к терапии, в особенности потому что антисоциальные пациенты редко бывают мотивированы к лечению и обычно обращаются в связи с внешним давлением. Такой перенос разрешается, когда пациент способен поставить под сомнение собственное изначальное предположение, что терапевт преследует лишь цель эксплуатировать его и не способен к эмпатии, а все отношения основаны лишь на том, кто кого эксплуатирует.

На продвинутом этапе лечения все еще может присутствовать параноидный перенос, но теперь эти реакции можно разрешить в течение сеанса или за несколько дней, а не недель психотерапевтической работы, и в работе с этим переносом полезен достаточно крепкий терапевтический альянс (т. е. достаточно надежные отношения между терапевтом и наблюдающей частью Эго пациента), который помогает выдерживать параноидные регрессии без угрозы для продолжения лечения. Именно в контексте этих все

еще присутствующих в переносе параноидных элементов, которые больше не затапливают пациента, терапевт может видеть признаки толерантности пациента к чувству вины из-за собственной агрессии и признание амбивалентности и репаративных стремлений в переносе, что сигнализирует о движении к интеграции.

УЛУЧШЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ОТЫГРЫВАНИЙ ВНЕ СЕАНСОВ

Когда лечение проходит эффективно, тяжелое отыгрывание вне терапевтических сеансов должно лучше поддаваться контролю даже на ранних этапах лечения (3–6 месяцев с начала лечения), и к началу продвинутой фазы лечения жизнь пациента вне сеансов, вероятно, уже в значительной степени нормализуется. Во время сеансов, напротив, все более интенсивные реакции переноса отражаются в возрастающей эмоциональной интенсивности и вероятных аффективных бурях. На продвинутых этапах лечения пациент начинает осознавать различия между толерантностью терапевта в отношении его регрессивного поведения на сеансах, в основе которой лежит стремление к пониманию этого поведения, и необходимостью контролировать свое поведение вне сеансов, принося сильные реакции на внешние события в терапию для исследования, а не отыгрывая их вне лечебных сеансов. Таким образом, угрозы, которые имели максимальный приоритет при интервенциях на ранних этапах, такие как 1) угроза благополучию пациента или другого человека, 2) угроза продолжению лечения и 3) угроза тяжелого деструктивного или самодеструктивного отыгрывания вне сеансов, — должны снизиться в достаточной степени, чтобы позволить терапевту все больше фокусироваться на самом переносе. Многие пациенты в начальной фазе лечения имеют склонность отщеплять свою внешнюю реальность от сеансов, но в продвинутой фазе терапевт должен иметь возможность полагаться на коммуникацию пациента о его опыте вне сеансов и не быть вынужденным активно интересоваться внешней жизнью пациента. В следующем примере мы возвращаемся к Бетти, пациентке с высокоуровневым пограничным расстройством личности.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

Бетти, которая начала терапию с рассказа о женщине, смотревшей на нее в автобусе, на втором году терапии установила приятельские отношения с несколькими людьми. Она рассказывала, как пошла в парк вместе с двумя новыми подругами. Во второй половине дня

она стала злиться, что подруги «уделяли ей недостаточно внимания». В какой-то момент, когда они на что-то отвлеклись, она ушла из парка не попрощавшись. Хотя это было не такое интенсивное отыгрывание, как раньше, когда она кричала на людей, которые, как ей казалось, относились к ней пренебрежительно, доктор Эм обсудил с ней этот эпизод как выражение отыгрывания ее агрессии, которую она пока не осознавала (она бросала подруг, заставляя их волноваться о том, что с ней могло случиться).

Через год Бетти была способна распознавать, контейнировать и оспаривать такого рода внутренние реакции: «Я пригласила друзей отметить мой день рождения в местном ресторанчике. Я пришла вовремя, но там никого не было. Раньше я бы сразу же ушла, пошла домой и, вероятно, порезала себя. Но я начала думать: "Сейчас ведь идет дождь... Наверное, им непросто сюда добраться. А если я уйду, а они придут, наверное, я таким образом подведу их". Часть меня хотела сделать это и наказать их за опоздание. Но тогда я начала думать, что переживала не из-за их опоздания, а из-за того, что это, как я полагала, означало, что им на меня наплевать. Было непросто. Я все сомневалась, что, может быть, именно это *на самом деле* и происходит. Но в итоге они пришли, и мы хорошо провели время. Хорошо, что я не ушла, потому что это запустило бы очередной из тех циклов плохих переживаний».

Иногда хаос во время сеансов затрудняет для терапевта оценку улучшения состояния пациента вне сеансов. В ходе успешной терапии пациент обычно развивает достаточный уровень доверия к терапевту, чтобы открыто рассказывать о негативных реакциях, которые, как он думает, остаются хорошо спрятанными от людей вне сеансов. Это особенно важно, когда параноидный перенос еще не полностью разрешился, и пациент чувствует неуверенность по поводу того, придерживаться ли своего прежнего инстинкта недоверия, или с тревогой открыться возможности, что его желание установить отношения может найти взаимность.

Хотя Бетти и смогла дождаться своих друзей в ресторане, на слова доктора Эм о том, что он собирается отлучиться на две недели, она вновь ответила: «Вот только я начала доверять вам, и вы снова делаете то же самое! Вы знаете, что у меня скоро экзамены, и если я не сдам их, мне придется повторно проходить семестр, чего я делать не стану! Я просто вернусь на мою дрянную подработку, пока не решу, что больше нет смысла жить дальше». И хотя в других отношениях Бетти была в состоянии удерживать такие реакции при себе, в терапии она

могла продолжать их исследование. Ей необходимо было дальше исследовать свое стремление найти идеального Другого, который мог бы быть рядом всегда, когда она этого хотела — с тем чтобы полностью преодолеть собственную реакцию, в рамках которой разочарование приравнивалось к тотальному отвержению со стороны Другого.

В некоторых случаях, когда перенос носит негативный характер, улучшение состояния вне сеансов бывает настолько диссоциировано от материала сеансов, что терапевт может не осознавать этого и, таким образом, не может принять во внимание изменения пациента в значимых сферах его отношений. В качестве примера приведем ситуацию, которая случилась на четвертом году терапии Бетти. Несмотря на успехи, у нее еще бывали краткие регрессии к негативному переносу. Этот пример показывает прогресс в работе и в отношениях этой женщины, которая начала лечение после того, как долгое время не могла работать из-за конфликтных отношений с окружающими.

Бетти начала сеанс с того, что убитым голосом сообщила: «У меня была очередная ссора с бойфрендом. Теперь я вполне могла бы покончить с собой». Доктор Эм встревожился, поскольку это было первым упоминанием о суициде за многие месяцы, и, вероятно, его лицо выдало беспокойство. Бетти, наверняка заметив тревогу и беспокойство доктора Эм, продолжила: «Но опять же, впервые у меня действительно хорошо идут дела с моими коллегами, поэтому, наверное, стоит повременить с самоубийством». Доктор Эм не знал об этом позитивном развитии, которое, очевидно, длилось уже в течение какого-то времени. Это пример сложного характера тех перемен, которые могут происходить в продвинутой фазе. Бетти начала сеанс с чувством разочарования в себе («очередная ссора с моим бойфрендом»), но попыталась освободиться от гнева, направленного против себя, атаковав терапевта («Теперь я вполне могла бы покончить с собой» = «Вы не выполнили свою работу и не помогли мне»). Однако, когда она заметила тревогу доктора Эм, уровень интеграции позволил ей ощутить озабоченность по поводу отношений, которые теперь стали для нее ценны, и почувствовать беспокойство из-за этой атаки на терапевта, а не оттолкнуть его еще дальше из чувства разочарования, гнева или зависти. Замечание Бетти о хороших отношениях с коллегами впервые показало, что она могла ограничивать агрессию, угрожающую отношениям, которые теперь оставались ценными для нее, несмотря на моменты разочарования. Это было попыткой компенсировать ущерб, причиненный ее атакой, и это позволило доктору Эм обнаружить

зарождающуюся позитивную область жизни, которую пациентка до этого момента скрывала от него. Теперь доктор Эм и Бетти могли двигаться дальше и исследовать как само позитивное изменение в ее жизни, так и значение того, что прежде оно скрывалось.

УГЛУБЛЕНИЕ ОТНОШЕНИЙ С ТЕРАПЕВТОМ ПО МЕРЕ СНИЖЕНИЯ ПРОЕКЦИИ

Способность пациента интернализовать терапевта проявляется в форме углубления рефлексии над собственными аффектами, перцепциями, мотивацией и действиями. Помимо этого, другие отношения в жизни пациента, в описаниях во время сеансов, обретают более реалистичное, выпуклое, живое качество. Могут проявиться более тонкие противоречия в поведении пациента, которые раньше игнорировались и пациентом, и терапевтом. Может всплыть новая информация, например, секреты, которые ранее были скрыты от терапевта. Отношения с терапевтом углубляются. Пациент начинает лучше осознавать вклад терапевта в терапию и развивает более эмпатичное, реалистичное восприятие терапевта как человека со своими ограничениями, но с добрыми намерениями. Растет способность пациента вспомнить общую историю отношений с терапевтом. Противоречивые аспекты переноса начинают смешиваться и достигать разрешения в ходе одного сеанса, принося большую эмоциональную глубину и сложность. Пациенты способны более автономно функционировать между сеансами. Роль терапевта эволюционирует — от первоначального прояснения, конфронтации и интерпретации к тому, чтобы быть свидетелем возрастающей способности пациента рефлексировать над собственными проблемами, лишь временами, в моменты регрессий в ситуации стресса, напоминая о патологических паттернах.

Постепенно Бетти стала больше вовлечена в работу и в начале одного из сеансов сказала: «Я действительно занята, возможно, даже слишком себя загрузила. Иногда мне не хватает времени кому-нибудь позвонить, но я все еще беспокоюсь, если другие не перезванивают мне вовремя». Доктор Эм ответил: «Это знакомая тема, но теперь, похоже, она стала менее интенсивной». Бетти ответила: «Да, все еще трудно доверять людям, но теперь, если кто-то не отвечает сразу, я стараюсь набраться терпения и обдумать это».

Что касается изменений в интерпретативном подходе и других техниках на продвинутых этапах лечения, терапевт может усилить связывание

текущих процессов переноса с бессознательными патогенными объектными отношениями в прошлом. Другими словами, терапевт может активнее применять генетические интерпретации, обращающиеся к истории пациента, наряду с интерпретациями «здесь и сейчас», которые преобладают в начальной и средней фазе терапии. Наиболее полезно, если пациент самостоятельно обнаруживает эти связи. Способность пациента использовать свободные ассоциации и интерпретацию снов, вероятно, возросла, и теперь терапевт в своих формулировках, касающихся переноса, и в других интерпретациях может больше полагаться на наблюдающую часть Эго пациента. Взаимосвязи между сеансами и внешней жизнью пациента могут становиться более гибкими и естественными, в сравнении с наблюдавшейся ранее диссоциацией между этими двумя сферами опыта пациента.

Например, Гэбби сказала доктору Тэму: «Мне с трудом верится, какие жестокие вещи я делала по отношению к мужу и иногда к вам [например, однажды она швырнула чемодан доктора Тэма через весь кабинет], думая, что они были полностью оправданными. Теперь я понимаю, какую боль я могу причинять людям. Я думала, что только мне бывает больно». Установление такой связи между реакциями Гэбби на своего мужа и доктора Тэма показывает, как ее движение от параноидно-шизоидной организации к депрессивной организации, которая характеризуется сожалением, сопутствующим признанию агрессии, повлияло на ее восприятие отношений. На этом этапе доктор Тэм мог лучше помогать Гэбби интегрировать ее агрессивные аффекты и развивать умение выражать и направлять их.

В большинстве случаев, когда пациент переходит к депрессивной организации, сожалению по поводу собственной агрессии предшествует горевание об идеальном объекте. Что касается анализа содержания конфликтов пациента, по мере приближения завершения терапии фокус может перемещаться на более развитые реакции горевания, характерные для депрессивной позиции, включая темы осознания потребностей пациента, его желаний и агрессивных аффектов. В контексте психической реорганизации прошлого пациента могут происходить изменения в отношениях пациента с родителями, братьями и сестрами и другими членами семьи, и пациенты наконец могут достичь примирения с травматическими обстоятельствами прошлого.

Когда пациент переходит в продвинутую фазу лечения, атмосфера отдельных сеансов постепенно сдвигается в сторону снижения активности доминирующих примитивных защитных механизмов, ответственных за более ранние искажения в переносе. Отношения с терапевтом становятся ближе к тем, что наблюдаются в психодинамических сеансах с более интегрированными пациентами, имеющими дело с невротическими

конфликтами. Пациенту легче свободно говорить в начале сеансов, он не испытывает сложностей с соблюдением границ психоаналитических отношений или параноидного страха унижения, отвержения или брошенности. Больший доступ к фантазии и обострившееся осознание собственной психической реальности облегчают более продолжительные размышления, в которых значимые субъективные переживания выражаются вербально, в сравнении с прежним преобладанием невербальной коммуникации и интенсивных реакций контрпереноса, спровоцированных диссоциированными элементами пациента. Наблюдения пациента за собственным поведением и поведением значимых людей вокруг носят более сбалансированный, менее хаотичный, искаженный и ограниченный характер.

В отношениях с терапевтом пациент может предвосхищать комментарии терапевта, что сигнализирует об интернализации пациентом некоторых аспектов отношения терапевта к нему и о росте его собственных наблюдающих (рефлексивных) способностей. Это укрепление наблюдающего Эго пациента проявляется в его реакциях на моменты регрессии в переносе или по отношению к внешнему событию, которое провоцирует возврат к нереалистично идеализированному или персекуторному видению реальности. Например, Бетти могла сказать: «То, что вы говорите, расстраивает меня. Это снова наводит меня на мысль, что я вам отвратительна и что вы хотите от меня избавиться, хотя я знаю, что это не так». Эти комментарии показывают возврат к инстинктивной реакции, в которую теперь вмешивается рефлексивная работа и интерпретация Бетти. Бетти продемонстрировала признаки подобной модуляции аффекта с участием когнитивного усилия, когда сказала: «Мой начальник высказал мне несколько пожеланий. Раньше я бы подумала, что все это является критикой. Теперь я понимаю, что там были интересные идеи. У меня все еще сохраняется негативная реакция, но теперь я думаю о ней. Раньше я воспринимала как справедливые все атаки, которые замечала в свой адрес. Я хотела уйти из терапии, поскольку думала, что вы уводите меня прочь от правды, пытаясь оспаривать их. Теперь правда выглядит иначе, и лучше бы это [позитивное видение] было правдой! Думаю, невозможно знать абсолютную правду». Заключительный комментарий является признаком глубоких психических изменений и показывает, что Бетти развила свое наблюдающее Эго до той степени, когда она осознает, что для достижения точной сознательной оценки любого субъективного опыта необходима рефлексия.

Такие изменения позволяют модифицировать технику. Терапевт может чувствовать большую легкость в том, чтобы быть с пациентом более непосредственным, например прямо сообщать ему свои новые соображения о его трудностях, возможно болезненные для пациента, при этом не

вызывая у него ощущения нападения или обесценивания в связи с интерпретацией или простой констатацией непростой реальности. Большая непосредственность и открытость терапевта также могут выражаться в том, что формулировки интерпретаций перестают быть столь осторожными или предварительными, в силу уверенности, что пациент теперь способен более независимо рефлексировать об интерпретациях, помещая их в контекст всей истории исследования его проблем. Наконец, терапевту просто приходится меньше работать, поскольку возросшая способность пациента к рефлексии позволяет ему самому корректировать свои искажения. В такие моменты терапевт может выполнять функцию валидации или подтверждения наблюдений пациента.

Бетти: Это было очень важно — разговаривать с моим молодым человеком — теперь мы живем как все пары, без *постоянного* стресса. Раньше я думала, что мое будущее зависит от него. Теперь я не чувствую себя настолько обремененной.

Доктор Эм: в прошлом ваш способ справляться с этим бременем, похоже, выражался в суицидальных идеях и действиях. Полагаю, теперь вы видите, что есть и другие пути. Кроме того, похоже, теперь этот груз присутствует, главным образом, в вашей голове, не так ли?

Бетти: Это точно. Когда я на работе, сама работа не вызывает у меня стресса, его вызывают требования в моей голове. И теперь у меня все хорошо с друзьями, я просто говорю себе: «Да ладно, подожди, они к тебе вернутся».

Доктор Эм: Раньше вы думали, что вы как будто из касты неприкасаемых.

Бетти: Да *(смеется)*, теперь я понимаю, что люди иногда бывают заняты. Я сама могу быть занята! Единственное изменение — теперь я даю людям поблажку… да и *себе* даю поблажки!

Если в ходе курса терапии терапевт систематически отражает пациенту проявления его конфликтов (техника конфронтации), не поддаваясь бессознательным усилиям пациента контролировать терапевта, поддерживая таким образом свои примитивные защиты, и если пациент усваивает, что когда ему предлагают рефлексировать о прежде неприемлемых или невыносимых аспектах собственной личности, это не означает, что его атакуют или обесценивают, пациент становится более расположен слушать, меньше опасается собственного негативного переноса и больше склонен наблюдать и регулировать то, что прежде было отщеплено от сознания и, таким образом, неподвластно корковому контролю. В целом, снижение активности примитивных

механизмов подразумевает большее осознание и большую толерантность к внутренним противоречиям и конфликтам со стороны пациента и укрепление Эго пациента с точки зрения контроля над импульсами, толерантности к тревоге и способности к рефлексии над внутренними противоречиями. По мере того как начинают преобладать более высокоуровневые защитные механизмы, неспецифические проявления слабости Эго сокращаются. Начинает проявляться самостоятельная работа пациента в конфликтных для него областях, и терапевт может занимать, скорее, позицию внимательного слушателя по отношению к автономной работе пациента на сеансах, способного помочь пациенту укрепить ее.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

Бетти ждала вестей по поводу работы, на которую она очень хотела устроиться, но в течение нескольких недель не получала ответа и впала в подавленное и циничное настроение.

Бетти: Я получила ответ из школы — меня берут на работу. Теперь я решила принимать все таким же образом, как с друзьями — предоставить им презумпцию невиновности. Я понимаю, что мне нужно быть активной, а не только сидеть и ждать, что ко мне подойдут сами. Но я все равно чувствую себя немного потерянной...

Доктор Эм: Неудивительно, ведь вы в процессе формирования взрослой идентичности.

Бетти: И пытаюсь изменить образ мысли. Я осознаю, что люди могут реагировать на меня тем или иным образом из-за того, что происходит в их жизни.

Доктор Эм *(с улыбкой)*: То есть, не вы в центре всего?

Бетти: Действительно, это парадоксально: как будто у меня был нарциссизм наоборот — я в центре всего, только в негативном смысле.

Доктор Эм: Я мог бы представить более гневную реакцию, когда вы не могли дождаться ответа из школы.

Бетти: Я тоже.

Доктор Эм: Это могло бы разрушить возможность, которая у вас теперь появилась, и вы бы остались с чувством безнадежности.

Бетти: Я вспоминаю о той прогулке в парке с друзьями. Я не знала, что сказать в тот момент, и просто разозлилась и ушла. Я не

могла сказать, чего я хотела или что мне было нужно. Я боялась, что не нравлюсь людям. Я не осознавала, что я делала нечто, что могло заставить их испытывать ко мне антипатию.

Доктор Эм: Этот страх, что вы не нравитесь людям, похоже, больше соответствует образу вас, который существует у вас внутри, а не у них.

ИНДИКАТОРЫ СТРУКТУРНЫХ ИНТРАПСИХИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

Существуют определенные признаки структурных изменений в психике пациента, которые можно использовать как маркеры продвинутой стадии ТФП.

ПРИЗНАКИ ПРОДВИЖЕНИЯ ПАЦИЕНТА К САМОНАБЛЮДЕНИЮ

Высказывания пациента демонстрируют способность к наблюдению и рефлексии над инстинктивными реакциями, которые ранее преобладали в психике пациента настолько, что исключали альтернативные, более реалистичные и взвешенные точки зрения, как это показано выше, в примерах из случая Бетти.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОММЕНТАРИЕВ ТЕРАПЕВТА

Реплики пациента теперь либо развивают, либо продолжают исследование комментариев терапевта. Вопрос здесь не в том, согласен ли пациент с интерпретацией и следует ли он предложенной теме исследования, а в том, насколько пациент даст себе возможность рефлексировать над тем, что терапевт сказал, вместо того чтобы немедленно и автоматически отвергать, отрицать, избегать или спорить с комментариями терапевта. Мы также подчеркиваем, что дело не в позитивном или негативном переносе, а в наличии определенной степени сотрудничества в процессе прояснения того, что происходит, в противовес категорическому отвержению исследования или бездумному принятию, подчинению или пустому повторению соображений терапевта. Эта способность двигаться от поверхностной рефлексии к исследованию комментариев терапевта особенно важна в лечении пациентов с выраженными нарциссическими чертами.

КОНТЕЙНИРОВАНИЕ И ТОЛЕРАНТНОСТЬ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОСОЗНАНИЮ АГРЕССИИ И ЛЮБВИ

Поскольку пограничная организация личности связана с трудностями в области примитивной агрессии и ее влияния на интеграцию позитивных и негативных аффектов (независимо от того, ведут ли интенсивные агрессивные аффекты свое происхождение из генетических, конституциональных факторов и темперамента, либо являются результатом пренебрежения, травмы или насилия), доминирующий бессознательный аффект, связанный с такой выраженной агрессией, — ненависть. Психика пациента определяется характерологически структурированными отношениями ненависти между травмированным Я и садистически воспринимаемым объектом, где основополагающая мотивация требует разрушить, контролировать или заставить страдать объект, который воспринимается как причиняющий боль. Кроме того, проекция вызывает сопутствующие страхи ненависти объекта по отношению к Я. Очевидно вмешательство этих процессов в либидинальные, дружеские и любовные аффекты. Процесс преодоления внутреннего расщепления и объединения аффектов агрессии и ненависти в интегрированное Я включает осознание пациентом, что эти аффекты являются частью человеческого опыта и, будучи интегрированными и управляемыми, они не разрушают возможности чувствовать себя достойным человеком и иметь опыт удовлетворительных отношений. Контейнирование и толерантность в отношении осознания агрессивных и негативных аффектов, в сравнении с их выражением путем отыгрывания, соматизации или разрушения коммуникации с терапевтом, является признаком продвинутой стадии лечения.

Уменьшение проявлений агрессии бывает заметно в изменениях ее непосредственного выражения во время сеансов, в сокращении агрессивных отповедей на любые слова терапевта и садомазохистических аспектов переноса. Помимо этого, разрешаются негативные терапевтические реакции как проявление бессознательной зависти к терапевту (т. е. потребности свести на нет усилия терапевта), равно как и характерологические проявления ненависти, направленные на себя, такие как суицидальное, парасуицидальное и самоповреждающее поведение; злоупотребление психоактивными веществами; расстройства пищевого поведения; самодеструктивное сексуальное поведение и/или неумолимая ненависть к себе.

На этом этапе лечения наиболее деструктивные аспекты сексуального поведения уже должны быть взяты под контроль или же, в случае торможения сексуальности, пациент уже может испытывать сексуальные

переживания. На ранних стадиях лечения преобладание выраженных агрессивных и аутоагрессивных тенденций в сексуальном поведении некоторых пациентов мешает любым близким любовным отношениям. Это может проявляться в неразборчивых или небезопасных сексуальных связях, садомазохистическом сексе или более тонко — в череде любовных романов, основанных на поиске идеального объекта и разрушающих возможность глубоких отношений. В ряде случаев, напротив, пациенты демонстрируют полное отсутствие сексуальной активности. В целом, повышение внимания к любовным переживаниям и сексуальным отношениям, демонстрируемое во время сеансов, является признаком улучшения в функционировании пациента, поскольку агрессия больше не преобладает над сексуальностью, и либидинальные желания больше не затемняются параноидными страхами.

Тем не менее потенциальная проблема, характерная для продвинутых этапов лечения, состоит в том, что в ряде случаев серьезное первичное торможение сексуального отклика может усугубляться по мере улучшения общего функционирования пациента, в то время как механизмы вытеснения заменяют собой более примитивные механизмы диссоциации или расщепления. Это осложнение может требовать модификации психотерапевтического подхода, например его сочетания с сексуальной терапией, до тех пор пока торможение сексуальных желаний пациента не будет достаточно ослаблено, а бессознательная динамика этого первичного сексуального торможения в достаточной мере прояснена, для интеграции психодинамической терапии и сексуальной терапии.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФАНТАЗИИ

Толерантность к фантазии, а также развитие символического осознавания и контейнирование прежде диссоциированных или отыгрываемых аффективных состояний позволяет пациенту переживать и играть с эмоциями, которые он прежде воспринимал как слишком угрожающие, чтобы позволить им войти в сознание, и/или которые, как он считал ранее, необходимо скрывать от терапевта. Это особенно относится к лечению пограничного пациента с нарциссическим типом личности, для которого основная проблема касается того, насколько он готов раскрыть свои свободные ассоциации, ослабив таким образом контроль над ними, имея в виду имплицитную опасность того, что терапевт может понять, что происходит в психике пациента до того, как сам пациент сможет полностью это осознать. Потребность во всемогущем контроле приводит к тенденции затормаживать свободные ассоциации и снижать доступность фантазийного материала.

СПОСОБНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИНТЕРПРЕТАЦИЮ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ

Во время начальных этапов терапии интерпретации зачастую эффективно запускают процесс пересмотра укоренившихся позиций, несмотря на их видимое отвержение или, напротив, преждевременное принятие со стороны пациента. В продвинутой фазе лечения действие интерпретации включает в себя развитие способности пациента к самосознанию и самоисследованию. В продвинутой фазе ТФП мы ожидаем именно более развитой способности принимать обратно то, что было спроецировано.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

На одном из сеансов с пациенткой, которая иногда воспринимала своего терапевта как дружелюбного человека, а иногда смотрела на него сквозь проекцию внутреннего образа садистичной мачехи, терапевт заметил: «Это поднимает вопрос о том, действительно ли я бываю двумя разными людьми, или вы видите во мне то, с чем боретесь внутри себя. Одна часть этого человека — дружелюбная и приятная, ей можно доверять. Другая часть — враждебный, садистичный человек, которому нравится провоцировать с невинным видом и который при этом полностью слеп к этому аспекту своей личности». Пациентка иронично ответила: «И это, наверное, кто-то, кого мы знаем?» Когда ее спросили, кого она имела в виду, пациентка поинтересовалась, была ли это она сама или ее мачеха, и терапевт ответил, что пациентка, похоже, осознавала, что обладала некоторыми аспектами, которые представляла ее мачеха и которых она ранее не осознавала, и что теперь ее способность к осознанию может помочь ей справляться с этими аспектами, которые имели склонность проявлять себя неуправляемыми и вредными способами. Пациентка позже вернулась к этой интерпретации, используя ее для овладения агрессивными и контролирующими тенденциями, которые она теперь стала лучше осознавать.

Далее следует пример из случая Эми:

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

После того как Эми перестала открыто отыгрывать агрессивные аффекты (как было описано в главе 8), обычной характеристикой ее взаимодействия с доктором Джонсом стало пренебрежительное

и обесценивающее отношение, которому часто сопутствовал пристальный взгляд и наморщивание носа, как бывает из-за очень неприятного запаха. Какое-то время понаблюдав за таким поведением, доктор Джонс прокомментировал его.

Доктор Джонс: Это не относится к теме нашего разговора, но, возможно, имеет смысл обратить внимание на те чувства, которые вы сейчас выражаете через ваше невербальное поведение. В вашем взгляде, в том, как вы морщите нос, в тоне вашего голоса присутствует нечто, что, возможно, выражает некоторое отвергающее и снисходительное отношение ко мне.

Эми: Да вы шутите! Это у вас всегда высокомерный и снисходительный взгляд по отношению ко мне. Это настолько очевидно, что я даже и не пытаюсь упоминать об этом. Наверное, это просто часть вас.

Доктор Джонс *(который решил в своих интерпретациях следовать терапевт-центрированному подходу)*: Я даже не замечал этого. Не могли бы вы рассказать об этом подробнее?

В течение следующих сеансов они периодически возвращались к обсуждению темы «снисходительности» доктора Джонса. Однажды Эми заметила: «Возможно, у нас с вами есть что-то общее. Думаю, мы оба настроены очень критически». Доктор Джонс понял, что Эми нужно было время, чтобы привыкнуть к рефлексии о крайне критикующей части личности. Способность доктора Джонса думать об этом, не принимая и не отрицая это в себе, возможно, дала Эми понять, что человек может размышлять о собственных характеристиках, не будучи полностью ими затоплен. Постепенно она обрела способность думать об этой части себя.

СДВИГ В ДОМИНИРУЮЩИХ ПАРАДИГМАХ ПЕРЕНОСА

Движение от одного доминирующего паттерна переноса к другому происходит не линейно и характеризуется чередованием продвижения вперед и временного регресса к более ранней позиции, поскольку каждый новый, более позитивный взгляд относительно незнаком для пациента и провоцирует определенные сомнения и тревогу. Этот показатель структурных изменений можно рассматривать как наиболее фундаментальный маркер эволюции пациента по мере лечения. Как мы подчеркнули в главе 9, антисоциальный и нарциссический перенос, если они присутствуют, в случае

успешной терапии развиваются в параноидный перенос. Параноидный перенос, хоть и признает наличие у терапевта иных мотиваций помимо эксплуатации, которую предполагает антисоциальный перенос, все еще является фундаментально негативным, поскольку он основан на проекции негативных аффектов и мотиваций. В успешных случаях исследование параноидного переноса, помимо признания внутрипсихических истоков агрессивных импульсов, которые ранее были спроецированы вовне, позволяет получить более полный доступ к идеализированному сегменту расщепленного внутреннего мира. По мере проявления этого материала, появляется возможность более плодотворно рассматривать вопросы радикальной сепарации этих аспектов психики пациента.

Депрессивный перенос, который характеризуется гореванием об утрате идеального объекта и переживанием сожаления, по мере роста осознания агрессивных аффектов, проявляется в связи с преодолением процессов расщепления и развитием более интегрированной и нормальной эго-идентичности. На практике этот сдвиг выражается в появлении новых, более сложных и дифференцированных аспектов Я и объектов, а также в появлении новых отношений, которые трансцендируют ригидные паттерны более ранних повторяющихся отношений. Хотя развитие депрессивного переноса является серьезным шагом вперед, оно включает конфликты вокруг агрессии, вины и утраты, решить которые помогает дальнейшая работа в терапии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

Эми, которая изначально воспринимала доктора Джонса как бездушного робота, перешла в фазу, в которой она колебалась между восприятием его как властной садистической фигуры и великодушной отцовской фигуры, дающей надежду на мир и гармонию. Со временем она начала воспринимать его как дружелюбную, но сильную и сексуально соблазняющую отцовскую фигуру. Эта новая данность возникла по мере того, как расщепленные примитивные процессы переноса начали интегрироваться в более сложное целое. В этом контексте возникли новые аспекты ее развивающихся интернализованных отношений с отцовскими фигурами, которые обладали выраженными эдипальными характеристиками, в сравнении с доэдипальным отрицанием всякой сексуальности в образе идеализированного, эмоционально теплого, дающего и, в то же время, «стерильного» отца.

Следующий случай также иллюстрирует отчетливый сдвиг пациента в сторону депрессивного типа переноса:

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка с выраженными антисоциальными чертами, которая в течение долгого периода времени воспринимала своего терапевта как персекуторного, садистичного морализатора, против которого ей было необходимо защищаться посредством комбинации секретов и манипуляций, постепенно начала признавать и чувствовать вину по поводу собственной нечестности, а также плохого обращения со своим терапевтом, которого теперь воспринимала как человека, который упорно поддерживал отношения с ней, несмотря на ее косвенные атаки на него. Она начала воспринимать его как строгую, но заботливую отцовскую фигуру, что очень отличалось о того, кого она теперь, вероятно, вполне реалистично, стала осознавать как манипулятивного и нечестного отца из ее прошлого. Пациентка погрузилась в депрессию, с глубоким убеждением, что она не заслуживала любви и заботы со стороны терапевта, и с тихим отчаянием, что совпало с ее попытками исправить отношения со старыми друзьями, с которыми она плохо обошлась и дружбу с которыми теперь пыталась восстановить. В случае этой пациентки, развитию интегрированного, но жесткого Суперэго и связанного с ним чувства вины по отношению к терапевту сопутствовало ощущение неспособности исправить эту вину, что сформировало совершенно новую картину переноса, которая требовала исследования и прослеживания ее вплоть до самого источника чувства, что прощение невозможно.

Вероятно, наиболее ярким изменением в процессах переноса в продвинутой фазе терапии является деконструкция и проработка патологического грандиозного Я в переносе с пациентами с нарциссическим расстройством личности и, в особенности, с пациентами с синдромом злокачественного нарциссизма (Diamond et al., 2011; Stern et al., 2013). В этих случаях защита от сплава агрессии и пустоты, который обеспечивает грандиозное Я, уступает место способности испытывать и исследовать внутреннюю фрагментацию, против которой действовали эти защиты. Такой шаг в развитии может вести к тому, что пациент начинает проявлять более классические пограничные черты, двигаясь от отчужденного и отвергающего переноса к более вовлеченному, тревожному и поглощающему. Нарциссический пациент, изначальная позиция которого в терапии состояла в том, чтобы рассматривать терапевта как наемного помощника («Это не отношения, я просто вас нанял»),

переходит к фрагментированным переживаниям интенсивного аффекта по отношению к терапевту. Эти состояния варьируются от нужды и отвержения («Не могу поверить, что вы не можете организовать для меня сегодня дополнительный сеанс») до комфорта и благодарности («Все-таки в наших отношениях есть что-то вроде странной любви»), делая возможной работу с фрагментацией внутреннего мира пациента, которая была скрыта отвергающим грандиозным Я.

Однако такой яркий позитивный переход к деконструкции патологического грандиозного Я возможен не со всеми нарциссическими пациентами. У некоторых, в особенности, у пациентов с синдромом злокачественного нарциссизма, состояние улучшается до того этапа, когда сила Эго возрастает в контексте всех упомянутых разнообразных показателей, но с одновременной консолидацией патологического грандиозного Я на более высоком адаптивном уровне и использованием этого более высокофункционального грандиозного Я для защиты от дальнейших изменений в лечении. В таких случаях значимые симптоматические изменения происходят вне сеансов, однако снижение тяжести расстройства становится заметным и во время сеансов. Тем не менее имеет место также неуловимое, но упорное сопротивление будущим изменениям, которое, совпадая с порой впечатляющим улучшением общего функционирования пациента, может привести терапевта к выводу, что пациент достиг наилучшего возможного для себя результата в терапии. На данном этапе терапевт может перейти к завершению, возможно, порекомендовав пациенту продолжить лечение и даже, вероятно, психоанализ, позже, если нарциссическая структура личности предрасполагает пациента к выраженным трудностям в поддержании близких отношений.

ПРЕПЯТСТВИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЕРЕХОДЕ К ПРОДВИНУТЫМ СТАДИЯМ ЛЕЧЕНИЯ

Осложнения на продвинутых этапах лечения могут быть связаны с самим улучшением как таковым, с движением от параноидного к депрессивному переносу, с развитием бессознательной вины из-за самого факта получения помощи, особенно когда возникает чувство сожаления по поводу агрессии («Я слишком плохой, чтобы быть достойным этого»), и бессознательная тенденция избегать дальнейших улучшений, в качестве платы за улучшение, которого удалось достичь на данный момент.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка, после многих лет лечения, в ходе которого она была хронически привязана к дому или к психиатрической больнице, с выраженной склонностью к самоповреждению, полной неспособностью к учебе или работе и выраженной сексуальной заторможенностью, смогла продолжить свою учебу, начала успешно строить карьеру, вышла замуж и завела детей. Тем не менее у нее сохранялась выраженная сексуальная заторможенность, которую она не хотела более исследовать, что отражало бессознательный, основанный на чувстве вины способ наказать себя за триумф над своими братьями и сестрами, поскольку дела у нее шли намного лучше, чем у них.

Этот тип негативной терапевтической реакции, основанный на бессознательной вине, необходимо дифференцировать с негативной терапевтической реакцией на основе зависти к терапевту, которая типична для пациентов с нарциссической патологией. Последняя обычно возникает на ранних этапах психотерапевтического лечения и может быть разрешена посредством интерпретации восприятия пациентом способности терапевта помогать ему как демонстрации превосходства терапевта. В таких случаях ухудшение состояния пациента может быть реакцией, направленной на избегание унижения, которое последовало бы после признания или подчинения предполагаемому превосходству терапевта.

Еще одним осложнением является интенсивный эротический перенос, что обсуждалось в главе 9.

ТЕХНИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПРОДВИНУТОЙ ФАЗЫ ЛЕЧЕНИЯ

Необходимость в систематическом анализе доминирующих процессов переноса, что подразумевает постепенные шаги по направлению к интерпретативной интеграции отщепленных процессов переноса в их интегрированные эквиваленты, во время продвинутой фазы остается основной технической стратегией. На этом этапе лечения важнейшей задачей является внимание к любой возможности интеграции взаимно отщепленных идеализированных и параноидных процессов переноса. Эффективность этого подхода подтверждает себя через укрепление депрессивных процессов переноса, с соответствующим углублением аффективных отношений пациента и терапевта, в интеграции аффективных реакций, которые

становятся более зрелыми, и в развитии континуальности в отношениях. На этом этапе можно всесторонне исследовать углубление новых зон интересов и деятельности, которое ранее было невозможным из-за синдрома диффузии идентичности. Теперь во время сеансов внимание начинают привлекать другие вещи: отношения пациента с его более широким социальным и культурным бэкграундом; связи пациента с профессиональными, культурными, религиозными, художественными и интеллектуальными интересами и увлечениями; и в особенности, более сложные отношения с близкими партнерами пациента. Эти процессы, однако, могут испытывать влияние все еще продолжающейся интеграции проецируемых негативных элементов внутреннего мира пациента.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

В ходе лечения у Бетти возник интерес к тому, чтобы стать арт-терапевтом, она прошла соответствующее обучение и начала работать в центре психиатрического лечения. Но этот интерес, основанный отчасти на идентификации с позитивными качествами, которые она воспринимала в докторе Эм, возник раньше, чем пациентка полностью интегрировала идеализированные и персекуторные внутренние репрезентации. Бессознательно этот интерес также обрел негативный смысл имитации — того, что она считала «липовым» интересом, который специалисты по психическому здоровью, как ей казалось, питают к своим пациентам. Этот смысл основывался на остаточном параноидном переносе и элементе более глубоко лежащего идеализированного переноса, в рамках которого единственным вариантом искренней заинтересованности была «праведная» самоотверженность. Нехватка искренней приверженности своей работе привела к тому, что она потеряла должность по причине небрежности во взаимодействии с пациентами. В терапии имелась возможность исследовать как остаточный параноидный, так и идеализированный перенос. Обсуждая случаи небрежности по отношению к пациентам, Бетти сказала: «У меня было чувство, что я не могу дать им достаточно. Некоторые из них хотели, чтобы я брала их проекты на дом и давала им критическую оценку. Я задаюсь вопросом, как вы выдерживаете эту работу, и прихожу к выводу, что вы просто изображаете интерес — иначе как в этом выжить?»

Начав отказываться от своих попыток функционировать как идеальный родитель, Бетти отступила в позицию пересмотра подлинности как своей нравственности, так и нравственности терапевта. Доктор Эм помог ей увидеть, что нереалистичным в этой

картине было не ее искреннее желание помогать другим, а, скорее, ожидания пациентов относительно ее неистощимости. С долей юмора Бетти заметила: «Значит я не единственная, кто живет в этом нереалистичном месте?» Она осознала, что, вместо того чтобы поднимать «белый флаг» в ответ на требования пациентов, она могла теперь полагаться на собственное возрастающее ощущение реалистичных ожиданий в отношениях, поскольку Бетти пришла к пониманию, что доктор Эм был искренне заинтересован в ней, в то же время имея другие обязательства в своей жизни. Интерес Бетти к арт-терапии перерос в серьезную и искреннюю поглощенность этой сферой. Движение от реагирования в русле идеализированных ожиданий и параноидных проекций к развитию новой сферы интереса и компетенции стало проявлением расширения ее идентичности, а ее адаптация к этому новому полю деятельности стала занимать важную часть сеансов в период продвинутой фазы лечения.

РИСК ХРОНИЧЕСКОГО КОНТРТРАНСФЕРЕНТНОГО ПРИНЯТИЯ ОГРАНИЧЕННОГО ВЗГЛЯДА НА ПАЦИЕНТА

Для терапевта важно на регулярной основе спрашивать себя, не привел ли длительный контакт с данным пациентом к сужению восприятия всей совокупности конфликтов этого пациента, его жизненной ситуации и потенциала. Другими словами, для терапевта важно не давать заманить себя в принятие пациента таким, какой он есть, с последующим незаметным сужением терапевтических целей и потенциала к полноценной жизни. Вместо этого терапевту следует продолжать исследовать текущее и потенциальное будущее функционирование. В этой связи крайне важной становится связь между научением во время сеансов и использованием этого научения пациентом вне сеансов. Также важным становится общий настрой, сочетающий в себе нетерпеливость (а не пассивную удовлетворенность) в течение каждого отдельного сеанса и колоссальное терпение в отношении долгосрочной проработки доминирующих проблем. Нетерпеливость на каждом сеансе ведет к поддержанию рабочей динамики, которая уравновешивает постепенное научение пациента удерживать равновесие во время сеансов и служит защитой от естественной тенденции терапевта расслабиться, когда дела идут более-менее хорошо.

ЭВОЛЮЦИЯ ТЕХНИКИ

По мере продвижения терапии появляется возможность более прямых и менее осторожных интерпретативных формулировок. На определенном этапе может возникнуть более сложный, продвинутый невротический перенос, например типичные эдипальные страхи и фантазии, включая соперничество по отношению к другим пациентам, коллегам или людям, которых пациент представляет в жизни терапевта, что отражает более организованную психическую структуру. Терапевту необходимо помнить о том, что внимание к таким продвинутым видам переноса иногда бывает нужно временно отставить в сторону, с тем чтобы уделить внимание регрессиям к примитивным формам переноса, которые начинают преобладать над возникающими теперь более проработанными формами переноса. На этом продвинутом этапе лечения как никогда актуален общий принцип, который гласит, что параноидные формы переноса должны быть рассмотрены прежде депрессивных.

Кроме того, новые аспекты материала пациента могут обретать относительно большее значение. Генетические интерпретации могут связывать бессознательное настоящее с бессознательным прошлым и вносить свой вклад в интеграцию жизненной истории пациента в контексте возросшей способности к саморефлексии по поводу настоящего и прошлого опыта. Справедливым остается представление о том, что в целом терапия помогает пациенту создать связный жизненный нарратив. Способ пациента говорить о прошлом теряет защитное качество, уступая место более искреннему любопытству и открывая доступ к аутентичным болезненным аффектам, против которых ранее были направлены защиты. Растущая способность пациента к рефлексии находит проявление в развитии более глубокой оценки других, в особенности, в контексте отношений с сексуальными партнерами, близкими друзьями и членами семьи.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

В начальной фазе терапии Бетти, при описании своего требовательного отца, который часто критиковал ее, неоднократно повторяла, что он был «хуже чем Сталин». В завершающей фазе она смогла выработать более сбалансированное видение: «Думаю, он делал для нас все, что мог, но его возможности были ограничены. Он не мог справиться с собственными эмоциями, поэтому сконцентрировался на своей работе — и на нашей [имея в виду себя и своих братьев]». Интересно, что в завершающей фазе Бетти также с некоторым смущением сообщила, что она читала о Сталине

и что «наверное, у меня есть кое-что общее со Сталиным — в том, как я "устраняла" людей, если они не так смотрели на меня». Несмотря на драматизированный характер этого сообщения, оно передает способность Бетти признавать и интегрировать агрессию, которую она прежде отщепляла и, одновременно, проецировала и отыгрывала.

В завершающей фазе анализ сновидений также может приобретать более классическую форму, когда пациента приглашают свободно ассоциировать на тему компонентов содержания сновидения и связывают эти ассоциации с тем, как пациент описывает этот сон, а также с доминирующим переносом. Этот полноценный анализ сновидений отличается от более раннего варианта, в котором частичные аспекты манифестного содержания сна должны быть интегрированы в интерпретации переноса (т. е. фокус делается на том, «почему пациент сообщает мне этот материал в данный момент») (Koenigsberg et al., 2000c).

Реакции пациента на сепарацию с терапевтом (во время выходных, отпусков, в случае болезни или других неожиданных пауз в лечении) должны быть исследованы очень внимательно, поскольку они также иллюстрируют прогресс в сторону преобладания депрессивных реакций переноса. Реакции на сепарацию на ранних стадиях лечения могут принимать форму тяжелой сепарационной тревоги, паники, гнева и регрессивного поведения с параноидной окраской либо, в случае нарциссической патологии, полного отрицания зависимости от терапевта со склонностью к выражению безразличия. У пациентов, которые демонстрируют движение к внутренней интеграции, существует тенденция к более депрессивно окрашенным сепарационным реакциям, включающим процесс горевания и чувство стыда и утраты, а не панику из-за брошенности и плохого обращения. Систематический анализ этих сепарационных реакций с точки зрения присутствующего в них образа Я и Другого в свою очередь помогает исследовать развивающиеся внутренние репрезентации и продвигаться от более примитивных и негативно окрашенных к более сложным и интегрированным.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

Ранее в терапии Эми сообщила: «Я каждый раз в ужасе, когда вы уезжаете. Я представляю, что ваш самолет взрывается сразу после взлета». Доктор Джонс помог Эми понять, что в ее восприятии утраты присутствовала агрессия, которая была связана с ее неспособностью поддерживать чувство внутренней связи. Он высказал предположение,

что уровень гнева Эми на него за то, что он не был постоянно доступен для нее, атаковал и разрушал его образ в ее психике. В фазе завершения реакция пациентки на сепарации стала более мягкой, но смешанной с депрессивными тревогами, которые были исследованы: «Я знаю, вам нужен отдых — всем иногда нужен отдых. Но, вероятно, вам особенно нужно отдохнуть от меня».

ЗАВЕРШЕНИЕ

Вопрос завершения ТФП связан со всей психотерапией пациента, поскольку то, как пациент может принять завершение, является фундаментальным показателем общего уровня психической структуры, которой достиг пациент. Поскольку завершение связано с динамикой сепарации, мы работаем над психологией завершения с самого начала лечения, обсуждая реакции пациента на все разрывы. Характер реакций пациента всегда указывает, на каком уровне тяжести своего расстройства он находится. Можно выделить нормальные и патологические уровни реакции на сепарации в целом, которые отражают, в какой степени внутренний мир пациента расщеплен или интегрирован.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ: НОРМАЛЬНАЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЕПАРАЦИЯ

Если человек переживает сепарацию от значимых отношений, нормальной реакцией является чувство утраты, и чем окончательнее сепарация, тем серьезнее переживание утраты. Нормальной реакцией является реакция горевания; прототипом ее является горевание о любимом человеке. В психоаналитической литературе исследуется сознательное и бессознательное наполнение процесса горевания. Фрейд (1917/1958) в работе «Печаль и меланхолия» описал различия между нормальным и патологическом горем и заключил, что нормальное горевание включает период печали и нормальной депрессии, без чувства вины по отношению к утрате объекта. Если кто-то умирает, мы печалимся, и тогда переживаем процесс интроецирования утраченного объекта, реконструкции человека внутри нашей собственной психики — всех тех вещей, которые мы любили и которых нам не хватает, — и неуловимым образом мы сами становимся тем человеком, которого потеряли, или принимаем в себя его характеристики. Этот процесс протекает одновременно со здоровым нарциссическим удовлетворением в связи с тем, что мы живы, что мы «здесь», в отличие от человека, которого потеряли. Комбинация интро-

екции утраченного объекта и нарциссического удовлетворения в связи с фактом, что мы остались живы, постепенно позволяет произойти работе горевания и обычно заканчивается через 6 – 12 месяцев.

В случае патологического горя, напротив, депрессия носит крайне выраженный характер, длится дольше и сопровождается чувством вины. Эта вина, предположительно, связана с бессознательной враждебностью и амбивалентностью по отношению к утраченному человеку. Она связана с агрессией по отношению к объекту, которая уже ощущалась (возможно, бессознательно) до его потери. Теперь, в рамках процесса, в котором человек пытается идентифицироваться с утраченным объектом и интернализовать его, агрессия, которая ранее была направлена на объект, направляется внутрь Я. Это тормозит нормальное горевание и здоровую идентификацию с утраченным человеком. Атаки на интернализованный объект, который теперь является частью Я, не дают возможности получать нарциссическое удовлетворение от пребывания живым, и приносят непрекращающееся страдание — затяжную депрессию.

Кляйн (1948) модифицировала теорию Фрейда, сделав ее релевантной для лечения пограничных пациентов, для понимания сепарационной тревоги и нормальных и патологических реакций горя на этапе окончания лечения. Кляйн высказала предположение, что при нормальном горевании происходит повтор очень раннего этапа развития, на котором изначальное расщепление между идеализированным и персекуторным отношением к объекту может быть преодолено, вслед за чем следует интеграция полностью хороших и полностью плохих репрезентаций объекта и полностью хороших и полностью плохих репрезентаций Я. Конечно же, мы надеемся, что терапия будет следовать этой траектории. Примитивные защитные процессы расщепления и связанные с ними механизмы разрешаются в интеграции, которая приносит осознание, что человек не является полностью хорошим или полностью плохим, а представляет собой сочетание хороших и плохих переживаний и характеристик. Вместе с признанием сложной природы Я приходит понимание, что значимые объекты (например, родители) также сложны. С этим осознанием человек понимает, что агрессия, которую он иногда выражал из-за того, что воспринимал Другого как атакующего, была направлена на объект, который не является полностью хорошим или плохим, а представляет собой смесь хорошего и плохого. Теперь, когда агрессия, которая поначалу выглядела полностью оправданной, оказывается поставленной под сомнение, возникает чувство вины. На этом этапе проективные механизмы становятся менее активными: человек не проецирует всю агрессию вовне и признает, что она исходит из него. На

этом этапе способность испытывать вину развивается как нормальный аффект, как следствие этой интеграции хорошего и плохого, что включает утрату идеализированного и «чистого» Я и идеализированного объекта. Когда отношение человека к собственной агрессии меняется — от проекции к принятию и признанию, происходит сдвиг в собственном отношении к требованиям и запретам. То, что ранее воспринималось исключительно как принадлежащее к объекту, как нападения извне, теперь воспринимается как интернализованные требования внутри самого Я, которые должны быть выполнены. Таким образом, возникает первый примитивный уровень Суперэго — интернализованные требования и запреты, и в частности интернализация *требовательных* аспектов объектов в форме примитивного Суперэго является источником этих переживаний вины (Jacobson, 1964). Согласно Кляйн, чувство вины направлено не на интернализованный объект, как полагал Фрейд, а на Я, поскольку Я теперь воспринимается как в прошлом агрессивное к объекту, который в то время воспринимался полностью плохим, тогда как на самом деле он представлял собой сочетание этих качеств и, возможно, был скорее доброжелательным, чем преследующим.

Одновременно с этим происходит консолидация внутреннего объекта, который не является ни полностью хорошим, ни полностью плохим, — он становится интегрированным, и к нему возникает амбивалентное, но реалистичное чувство любви. Это соответствует стабильной интернализации достаточно хорошего, более реалистичного Другого с амбивалентными чувствами, в которых любовь в целом преобладает над гневом или агрессией. Таким образом, этот объект можно внутренне принять и инкорпорировать без страха, отвержения или нападения. Это принятие внешнего объекта в качестве стабильного внутреннего объекта устанавливает внутренний мир объектных репрезентаций, которые обеспечивают уверенность и внутреннее чувство безопасности и стабильности Я. В то же самое время в этой депрессивной позиции, где происходит отказ от воображаемого идеального объекта и принятие амбивалентных и агрессивных аффектов, Другой по-прежнему присутствует вовне как живой человек: он не утрачен, но его можно воспринимать по-разному.

Чувство вины, которое сопровождает амбивалентность, ведет к возникновению стремлений восстановить отношения с Другим и желания совершать хорошие поступки — то, что Кляйн (1948) назвала *репарацией*, которую она считала источником сублиматорных тенденций в целом. На этом этапе начинает преобладать чувство благодарности. Пациент стремится к созданию хороших отношений с внешним объектом.

Патологическое горе, согласно Кляйн (1948), не только характерно для патологической реакции на реальную утрату, но также представляет собой динамику одной из форм депрессивного расстройства. Агрессия по отношению к утраченному объекту настолько интенсивна, что интернализация утраченного объекта как репрезентации в Суперэго может обладать садистическими качествами, что ведет к садистической атаке на Я. Другими словами, патологическое чувство вины приобретает фантастические, экстраординарные характеристики. Страдающий от патологического процесса горевания человек чувствует, что он самый худший в мире грешник, порой достигая в этом бредовых масштабов. В этом случае имеет место жесткость Суперэго, требования совершенства и ненависть к собственным естественным импульсам. Атака сопровождается чувством, что хороший, питающий объект разрушен, поэтому разрушается не только хорошее чувство Я, но также и чувство хорошего внутреннего объекта. Это как если бы человек разом потерял все. Хороший объект утрачивается внешне и внутренне, становясь жертвой агрессивной реакции Я. Когда Эми говорила своему терапевту: «Я каждый раз в ужасе, когда вы уезжаете. Я представляю, что ваш самолет взрывается сразу после взлета», — она чувствовала пустоту — фантазийное разрушение внутреннего объекта одновременно с внешним. Это включает интенсивную сепарационную тревогу, в которой сепарация связана, скорее, с пустотой, а не с интернализацией.

При патологическом горе ощущения внутренней пустоты и утраты усиливают чувство вины, а из-за разрушения внутреннего объекта, которое присоединяется к утрате внешнего объекта, возникает порочный круг вины, за чем следуют еще более яростные атаки на Я. В качестве вторичной защиты от чувства отчаяния, вины, пустоты и невосполнимой утраты может развиваться регрессия к параноидно-шизоидной позиции, в которой начинают преобладать примитивные защиты — расщепление, проективная идентификация, всемогущий контроль и общая дезорганизация Я. В таких условиях могут развиваться гипоманиакальные защиты от вины, обладающие преувеличенными чертами триумфа, презрения, защитной идентификации с утраченным объектом, чувством всемогущества и отрицанием какого-либо горя или нужды. Развивается нечто вроде компульсивной вовлеченности в множественные отношения — гипоманиакальные отношения с реальностью, без истинной связи с другими. Таким образом, для Кляйн (1948) депрессия и гипомания были крайними проявлениями патологического горя.

ЗАВЕРШЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ: НОРМАЛЬНАЯ, НЕВРОТИЧЕСКАЯ И ПОГРАНИЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Когда долгосрочное лечение успешно завершается, человек с нормальной организацией личности испытывает чувство грусти, утраты и горя, но в то же время и ощущение свободы и благополучия. Это поведение очень похоже на то, что описывал Фрейд (1917/1958), говоря о нормальном горевании. Человек чувствует грусть, которая не переполняет его и обладает качеством благодарности за то, что он получил от терапевта, а также чувство, что теперь он может жить дальше без терапевта.

В случае пациента с невротической организацией личности, с избыточным давлением со стороны Суперэго и избыточным чувством вины, горевание более интенсивно. Такой человек ощущает выраженную грусть и идеализацию терапевта, чувство, что он недостоин всей той любви и всего, что получил от него, и склонность цепляться за отношения и неспособность отпустить их. Такой человек демонстрирует легкую форму патологической реакции горя, которая была описана Кляйн (1948).

Для пациентов с пограничной организацией личности даже незначительные расставания — включая отсутствие терапевта из-за болезни, отпуска или праздников, — обычно провоцируют серьезную сепарационную тревогу. Вместо грусти пациент испытывает выраженную тревогу и страх брошенности. Эти пациенты регрессируют в параноидно-шизоидную позицию. Из-за низкой толерантности к нормальной амбивалентности они испытывают проблемы с поддержанием благоприятного внутреннего образа. У таких пациентов грусть не выражена, поскольку они не достигли интеграции депрессивной позиции, которая делает возможным удержание позитивного образа разочаровывающего объекта. Сепарационная тревога сразу интерпретируется пациентом как следствие фрустрации со стороны терапевта, которая представляет собой атаку со стороны объекта, который уходит и тем самым превращается в персекуторный объект. Диада атакующий — жертва может переключаться, вследствие чего пациент безжалостно атакует терапевта за то, что тот покидает его, что сознательно или бессознательно переживается как атака со стороны терапевта, — атака, которая вызывает ответную ярость по отношению к плохому объекту. Эта ярость направлена не только на внешний объект, но также на его внутреннюю репрезентацию. Хороший образ терапевта мстительно разрушается, лишая пациента какой-либо опоры, что объясняет отчаянное чувство утраты и пустоты, которое сопровождает сепарации на ранней этапе терапии. Пациент чувствует нападение, ярость и внутреннюю опустошенность,

будто он потерял терапевта окончательно. Чувство пустоты сопровождается страхом мести со стороны терапевта из-за ярости пациента по отношению к нему. Этот страх также усиливает чувство утраты. У пациента возникают фантазии о том, что с ним обращаются жестоко, и страх из-за гнева в ответ на такое обращение. В более серьезных ситуациях может развиваться фрагментация эмоциональных переживаний, что ведет к некоему подобию шизоидной пустоты и безразличия.

У пациентов с нарциссической личностью реакция на отсутствие терапевта еще более выражена. У таких пациентов патологическое грандиозное Я и защиты от зависимости проявляются в немедленном защитном обесценивании терапевта. Это похоже на характерологическое производное упомянутой выше гипоманиакальной реакции на утрату. Немедленное обесценивание терапевта может отражаться в том, что пациент чувствует себя в полном порядке, не ощущает вообще ничего, либо чувствует, что он никогда и не нуждался в терапевте. В подобных случаях пациент как будто запирает терапевта в чулане на период его отсутствия. Когда лечение возобновляется, пациент открывает чулан и выпускает терапевта. Один пациент, у которого не было никакой реакции на месячное отсутствие терапевта, в первый день возобновления терапии сказал: «В продолжение темы, на которой мы закончили в прошлый раз...» Другой нарциссический пациент сказал: «Мои друзья говорили, что они скучают по терапевту. Я о вас совершенно не скучаю. Вы мне нравитесь. Вы хороший человек, но если вы завтра умрете, я буду зол, что потерял столько времени и что мне придется искать нового терапевта, но я ничего особенного не почувствую».

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Анализ сепараций в ходе лечения

Когда пациент демонстрируют патологические реакции на сепарацию, терапевту необходимо их исследовать и анализировать. Анализ и исследование в процессе лечения помогает пациенту подготовиться к завершению лечения. В первую очередь терапевту необходимо анализировать любые реакции пациента на сепарацию в рамках объектных отношений, которые лежат в основе депрессивных, тревожных, гневных переживаний пациента или полного его безразличия. В случае пограничных пациентов анализ сепарационной тревоги часто позволяет выяснить, что в фантазиях пациента сепарация на самом деле является атакой со стороны терапевта и признаком безразличия и безответственности с его стороны.

Проекция ярости на терапевта поддерживает чувства пациента, что его бросают и что терапевт заинтересован лишь в собственном благополучии, оставляя пациента в беспомощности, в то время как терапевт продолжает удовлетворять собственные желания. Пациент может ощущать скрытую ненависть к терапевту и бессознательное желание уничтожить время терапевта, он может даже пожелать заставить терапевта чувствовать постоянную вину за то, что он оставил пациента одного. Любая сепарация, которая развивается вместе с бессознательной яростью из-за этой сепарации, воспринимается как атака и должна быть исследована и проработана в ходе лечебного курса вместе с бессознательным разрушением образа хорошего терапевта — а это ведет к глубокому ощущению внутренней опустошенности. Эта работа подразумевает исследование подозрений пациента относительно дурных намерений терапевта, возмущение и зависть по отношению к хорошей жизни терапевта и желания разрушить ее, а также чувство, что хороший внутренний образ терапевта разрушен собственной реакцией ненависти пациента.

В случае невротической депрессивной реакции на сепарацию (к моменту завершения ТФП пациент в идеале должен находиться на этом уровне или выше) грусть из-за ухода терапевта должна быть исследована в контексте бессознательного чувства вины пациента за то, что он отчасти ответственен за утрату, вызванную сепарацией. Терапевт больше не выглядит как безразличный и отвергающий, а рассматривается как заботливый и стремящийся помочь. Чувство вины пациента может расти из убеждения, что интенсивность его потребностей и требований переполнила способность терапевта помогать ему и истощила его. Пациент может чувствовать, что из-за своих потребностей он недостаточно хорош, чтобы получить помощь терапевта. В контексте любой сепарации терапевту нужно анализировать депрессивные тревоги, которые могут быть очень похожи на тревоги, присутствующие обычно на этапе завершения лечения. Фантазия, лежащая в основе депрессии, говорит о том, что пациент слишком требователен и не заслуживает хорошего терапевта. Временами могут иметь место переходы между проявлениями депрессивной позиции и частичной регрессией к параноидно-шизоидной позиции идеализации и обесценивания — в форме идеализации терапевта и обесценивания Я. К концу лечения, вследствие чувства вины, пациент может ощутить, что он не заслуживает автономии и здоровья. Это связано с фантазией, что терапевту пришлось прекратить лечение из-за требовательности пациента, которая истощила терапевта. В сознании пациента терапевт заслуживает передышки от такого пациента, который столько у него забрал. В крайнем случае пациент может почувствовать, что для него вырасти к концу ле-

чения — стать независимым — означает смерть терапевта, поскольку пациент полностью его обескровливает. Эти депрессивные фантазии могут быть фокусом интерпретативной работы в фазе завершения.

Анализ сепарации в конце лечения

У многих пациентов имеют место смешанные, параноидные и депрессивные, тревожные переживания, и к ним применимо общее правило о том, что терапевту следует интерпретировать параноидные реакции прежде депрессивных. Если депрессивные тревоги интерпретировать первыми, то параноидные реакции склонны уходить в подполье. Напротив, если терапевт вначале систематически анализирует параноидные реакции, депрессивные укрепляются — поскольку утрачиваемый объект начинает восприниматься более реалистично и, таким образом, оказывается более ценным — и становятся более заметными, после чего их можно исследовать. Таким образом, при любых сепарациях для терапевта очень важно анализировать фантазии пациента о том, что терапевт уходит из-за безразличия, жадности, бесчувственности или скрытого обесценивания пациента, а потом, если это актуально, обращаться к фантазиям о том, что сепарация происходит из-за истощения терапевта, из-за ущерба, который он понес в связи с неспособностью выдержать нужды пациента, его неполноценность или агрессию.

РЕАЛЬНОСТЬ ЗАВЕРШЕНИЯ

Во всех случаях для терапевта важно помогать пациенту выдерживать собственную амбивалентность по отношению к терапевту и связывать такую толерантность к амбивалентности с анализом взаимно отщепленных объектных отношений, которые типичны для пограничных пациентов. Важно выдерживать процессы горевания и позволять им развиваться, не пытаясь их пресекать или игнорировать. Важно осознавать, что они неизбежны и необходимы. Постепенное снижение частоты терапевтических сеансов для того, чтобы пациент привык к сепарации, является нежелательной техникой. Напротив, технически правильным является поддержание одинаковой интенсивности лечения вплоть до самого его завершения и проработки сепарационной тревоги и горевания, насколько возможно, с пониманием, что после завершения лечения пациенту придется пройти период горевания. Чем активнее терапевт анализирует сепарационную тревогу и реакции горя до завершения лечения, тем легче пациенту будет проработать эти реакции самостоятельно после

завершения лечения. Важно помнить, что реакции горя представляют собой этапы процесса роста. Они повторяют опыт взросления, покидания дома и начала учебы, и у каждого человека есть потенциал к такому опыту. Несмотря на важность признания реальности завершения, пациенты часто спрашивают о возможности вернуться в лечение при необходимости. Когда нам задают такой вопрос, мы отвечаем, что мы доступны для консультации в будущем и что, если ситуация того потребует, будет возможно возобновить процесс терапии.

КОНТРПЕРЕНОС ТЕРАПЕВТА

Контрперенос терапевта часто является хорошим индикатором преобладающих характеристик переноса пациента на этапе завершения. Когда доминируют параноидные реакции на сепарацию или завершение, контрперенос может представлять параноидную реакцию на пациента. Терапевт может чувствовать, что завершение лечения означает, что пациент сбегает от терапии, обесценивает ее или отрицает, насколько он болен, так что, завершая лечение, пациент тем самым атакует терапевта. Когда перенос преимущественно депрессивный, контрперенос может также быть преимущественно депрессивным, и терапевт может чувствовать, что он подвел пациента, что пациент заслуживает лучшего, чем то, что он получил от терапевта, и что терапевт в самом деле бросает пациента, которого ему следовало больше любить или раньше и лучше понять, либо же что пациент прав в своем разочаровании. В случае нарциссического обесценивания лечения со стороны пациента терапевт в своем контрпереносе может испытывать нарциссические защиты, считая пациента безнадежным или невозможным — вкратце, развивая внутреннее обесценивание пациента, что должно быть встроено в понимание терапевтом внутреннего мира пациента.

ВЫБОР ВРЕМЕНИ ДЛЯ ЗАВЕРШЕНИЯ

Важным фактором является выбор времени завершения лечения. В идеале завершение происходит после того, как достигнуто удовлетворительное разрешение симптомов и структурное психическое изменение в виде интеграции ранее проецируемых частей Я, что отражается в значительном изменении личности, сопровождается реализацией целей лечения и жизненных целей в работе, любви, досуге и творчестве. На практике, терапевту нужно постоянно оценивать, достигнуты ли оптимальные терапевтические цели.

В случае потенциально тупиковых ситуаций, когда терапевт не может решить, получает ли пациент максимальную пользу, или необходимо сдвинуться с мертвой точки, ответ может дать внимательная оценка переноса и контрпереноса. Серьезные тупиковые ситуации представляют собой повод для консультации, а не для немедленного решения завершить лечение. В целом, в случаях, когда вторичная выгода недостаточно проанализирована или когда лечение имеет тенденцию заменять реальную жизнь, у пациентов может возникать сильное сопротивление против завершения лечения. В таких случаях анализ вторичной выгоды или замены лечением реальной жизни является центральной задачей терапии и частью подготовки к адекватному завершению лечения.

Из практических соображений всегда важно подготовиться к завершению лечения заблаговременно, с тем чтобы быть предсказуемым, и информировать пациента о том, на каком этапе своего лечения он находится. В случае длительной психотерапии решение о завершении должно быть принято, по крайней мере, за три месяца до завершения, и, в идеале, решение принимается совместно пациентом и терапевтом. Тот же объем времени зачастую требуется перед передачей пациента, с которым терапевт взаимодействовал в течение года или более в рамках психотерапевтических отношений (например, в сеттинге учебной программы). Для лечебных курсов, которые длятся несколько лет, на период завершения желательно отводить шесть месяцев. В процессе принятия решения о сроках завершения терапевту важно наблюдать за реакциями пациента.

Ключевые клинические положения

- Интеграция — это не линейный процесс, а, скорее, ступенчатый процесс движения к интеграции, который прерывается периодическими регрессиями, представляющими собой временное отступление к более знакомой позиции расщепления и проекции. Если терапия успешно прогрессирует, с регрессиями со временем можно справляться быстро и эффективно.
- Проблемы завершения предвосхищаются любыми переживаниями сепарации в ходе терапевтического курса.
- Фаза завершения может характеризоваться сочетанием параноидных и депрессивных тем; важно сначала обращаться к первым, затем ко вторым.

- Психическая интеграция, достигнутая к моменту завершения, позволяет пациенту оценить внутренние реакции и поместить их в более широкий контекст.

ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ЧТЕНИЯ

Freud S. Mourning and melancholia (1915/1917)/ in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 14. Translated and edited by Strachey J. London: Hogarth Press, 1957. Pp 237–258.

Klein M. Mourning and its relation to manic-depressive states, in Contributions to Psychoanalysis. London: Hogarth Press, 1948. Pp 311–338

ГЛАВА

11

ТРАЕКТОРИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ТЕРАПИИ, ФОКУСИРОВАННОЙ НА ПЕРЕНОСЕ

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ в положительную сторону — это процесс, требующий времени. Индивидам с тяжелыми личностными расстройствами, с учетом их значительных трудностей в отношениях, нужно время для постепенного развития доверия терапевту и для начала процесса исследования собственных паттернов взаимодействия, использования регуляции аффекта и контекстуализации в повседневной жизни. Краткосрочная терапия для этих задач не подходит. Благодаря Линехан (Linehan, 1993) и ее революционным исследованиям в области лечения пограничного расстройства личности (ПРЛ), на сегодняшний день общепризнано, что пациентам с ПРЛ необходимо долгосрочное лечение.

Мы выявили как клинические, так и эмпирические паттерны в развитии этих изменений с течением времени и относительно различных сфер дисфункции. Для терапевта, использующего терапию, фокусированную на переносе (ТФП), эти паттерны изменений важны, поскольку могут предоставить информацию о продвижении или отсутствии продвижения в работе с конкретным пациентом. В целом, чтобы создать контекст, в котором пациент может рефлексировать о своих доминирующих Я- и объект-репрезентациях, направляющих эмоциональные

реакции и межличностное поведение, должен развиться контроль над аутодеструктивным поведением. Взаимодействие между ТФП-терапевтом и пациентом дает возможность исследовать эти мощные аффективно-заряженные интернализованные репрезентации, и этот целительный процесс требует времени для своего развития. В основе этого развивающегося процесса и его терапевтической эффективности лежит постепенная интеграция позитивных и негативных аффективных состояний в контексте соответствующих диад объектных отношений.

В главах 8–10 мы описали типичные проблемы, которые возникают на ранней, средней и продвинутой фазе ТФП. Если связать цель постепенного личностного изменения с тем фактом, что пограничные пациенты начинают лечение на разных стадиях своего развития, становится ясно, что области и темп изменений во время лечения у каждого пациента весьма индивидуальны.

В исследованиях и клинической работе, которую мы проводим с нашими коллегами, важной темой является разнообразие пограничных пациентов (Lenzenweger, 2010) и разнообразие психологических и нейробиологических процессов, задействованных в процессе адаптации конкретного пациента. В данной книге мы использовали понятие о пограничной организации личности (ПОЛ), основанное на теории объектных отношений, а также определение ПРЛ, которое было впервые представлено в DSM-III (Американская психиатрическая ассоциация, 1987) и далее уточнено в последующих изданиях DSM. Пациенты с диагнозом ПОЛ и пациенты с диагнозом ПРЛ в некоторых аспектах схожи между собой, однако, в других могут значительно отличаться друг от друга. Это разнообразие пациентов делает несомненным тот факт, что траектория изменений у каждого пациента будет уникальной.

За разнообразие изменений пациентов в ТФП отвечают несколько факторов: 1) идентифицированные эмпирически подгруппы пограничных пациентов; 2) пациенты начинают лечение на разных уровнях развития и адаптации, что отчасти отражено в наших понятиях высоко- и низкофункциональной пограничной организации; 3) развитие паттернов переноса в ходе курса ТФП; 4) стили привязанности пациента и их развитие относительно Я и терапевта; и 5) паттерны изменения, которые включают особенности взаимодействия терапевта с данным пациентом с течением времени. Каждый из этих пяти факторов заслуживает рассмотрения, но они не являются полностью независимыми друг от друга. На самом деле, зоны пересечения могут быть особенно важными. Как будет описано далее в разделе «Эмпирически разрабо-

танные траектории изменений», один из эмпирически разработанных предикторов изменений в лечении — уровень диффузии идентичности, понятие, которое является ключевым для идентификации высоко- и низкоуровневой ПОЛ.

ЭМПИРИЧЕСКИ УСТАНОВЛЕННЫЕ ПОДТИПЫ ПОГРАНИЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Хотя факторный анализ диагностических критериев ПРЛ может выявить основные характерные особенности среди индивидов, это не самый эффективный статистический подход для установления клинически релевантных подгрупп этих пациентов. Мы с коллегами (Lenzenweger et al., 2008) исследовали многообразие пациентов с ПРЛ с использованием модельной таксономии (описание приведено в главе 2 «Эмпирическое развитие психотерапии, фокусированной на переносе») в сочетании с продвинутым статистическим методом под названием *моделирование конечной смеси*. Для определения высоко- и низкофункциональной ПОЛ и статистического разделения подгрупп пациентов мы использовали оси агрессии, паранойи и антисоциальных черт, описанные в теории объектных отношений применительно к личностной патологии. В категории ПРЛ были выявлены три фенотипически различные группы пограничных пациентов. Группа 1 состояла из индивидов, которые демонстрировали сравнительно низкие уровни параноидных, антисоциальных и агрессивных черт. Группа 2 состояла из индивидов с более высоким уровнем параноидных черт и сравнительно низким уровнем антисоциальных и агрессивных черт. Эти индивиды, скорее, проецируют агрессию, чем выражают ее напрямую, как это происходит у индивидов в группе 3. Наконец, представители группы 3 обладали высоким уровнем антисоциальных и агрессивных черт и относительно низкой паранойей. Важно отметить, что эти три группы отличаются не только относительно тяжести состояния, но также относительно проявлений параноидных, антисоциальных и агрессивных черт. Этот вывод вполне согласуется с моделью объектных отношений и может быть интерпретирован как отражение способа проявления агрессии и защиты от нее (а именно, переживается агрессия внутри либо снаружи).

Мы также исследовали гипотетически связанные черты представителей трех групп и обнаружили признаки, которые поддерживают эти гипотезы. Представители группы 1 (сравнительно низкая агрессия, маловыраженные антисоциальные аспекты и паранойя) характеризовались

меньшей интенсивностью негативных эмоций, в их детстве было меньше физического насилия, они лучше функционировали в обществе и на работе. Представители группы 2 (с высоким уровнем паранойи) в меньшей степени были способны к социальной близости и чаще сообщали о сексуальном насилии в детстве. Пациенты из группы 3 (с относительно высокими показателями агрессии и антисоциальных черт) демонстрировали срыв в регуляции поведении, выраженный в открытой агрессии, высокой импульсивности и высокой диффузии идентичности. Эти результаты нашли широкое применение (Hallquist & Pilkonis, 2012; Yun et al., 2013), подтверждая значимость выделения этих подгрупп с точки зрения дальнейшего направления усилий к пониманию лежащих в основе эндофенотипов и генотипов.

ВЫВОДЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Непосредственные следствия этих выводов о существенных различиях среди пограничных пациентов заключаются в необходимости более точной и подробной предварительной оценки состояния пациентов с учетом возможных различий в процессе изменений и прогнозе лечения. Группа 1 вначале может выглядеть как более депрессивная. Группа 2 может демонстрировать больше тревоги к состоянию привязанности, которая развивается в терапевтических отношениях, и может быть склонна к агрессивным реакциям в терапии или к выпадению из терапии в связи с этой тревогой. Терапевтам следует быть внимательными к потенциально возможному развитию такого типа тревоги и к необходимости тактично обратиться к ней и интерпретировать ее. Группа 3 — наиболее нарушенная, что выражается во множественных вариантах дезорганизованного поведения, агрессии и недоверия к окружающим. Эти пациенты соответствуют критериям низкоуровневой ПОЛ. Им может требоваться больше внимания на этапе заключения контракта.

АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТА НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Разнообразие пациентов пограничного уровня организации было описано в нозологии объектных отношений и в главе 4 «Фаза оценки состояния». Первоначальная клиническая оценка предоставляет терапевту информацию о том, в какой именно зоне адаптации пребывает пациент на момент начала лечения.

ВЫСОКО- И НИЗКОУРОВНЕВАЯ ПОГРАНИЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

Мы используем понятия высоко- и низкоуровневой пограничной организации, с тем чтобы прояснить некоторые моменты в том, что касается разнообразия пациентов. Пациенты на верхнем уровне ПОЛ начинают лечение, в определенной степени обладая внутренней системой морального ориентирования — с конфликтами в отношениях, но без переполняющей агрессии и проекции агрессии. Эти пациенты, скорее всего, участвуют в отношениях с другими людьми, хотя и конфликтными, и в профессиональной деятельности. В главах 8–10 мы представили случай Бетти как типичной высокоуровневой пограничной пациентки и показали траекторию ее изменений в ТФП. На момент начала терапии Бетти была глубоко вовлечена в наполненные гневом и конфликтами отношения с членами ее обширной семьи. Несмотря на то что пациентка не работала и бездействовала в течение многих месяцев, уже через неделю после того, как в обсуждении терапевтического контракта была затронута тема работы, она устроилась на полставки на значимую волонтерскую работу. Довольно быстро в ходе лечения под поверхностными гневными и параноидными проявлениями стали заметны либидинальные стремления. Хотя сеансы зачастую бывали наполнены интенсивным аффектом, угрозы обрыва терапии никогда не было. За годы терапии Бетти получила высшее образование, завела стабильные отношения и расширила свой круг друзей и культурных интересов.

В сравнении с этим пациенты с низкоуровневой пограничной организацией испытывают дефицит в области морального функционирования и демонстрируют высокий уровень агрессии в отношениях с окружающими, а также воспринимают агрессию как исходящую от других. В главах 8–10 мы представили случай Эми как типичной низкоуровневой пограничной пациентки. Изначальный уровень агрессии Эми, который проявлялся в ее серьезных самодеструктивных действиях, стал фокусом ранних интервенций (Глава 8 «Начальная фаза лечения»). Когда пациентка стала признавать, присваивать и более адекватно выдерживать свою агрессию, она перешла к адаптации более высокого уровня (т. е. покинула пограничный уровень организации) и стала активно участвовать в разных сферах жизни, завела ребенка и продолжила свое обучение (Глава 9 «Средняя фаза лечения»).

СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ ДО ЛЕЧЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ДЕФИЦИТЫ

Как было описано в главе 4, до начала лечения пограничные пациенты находятся на разных уровнях адаптации и развития, которые могут

варьировать, с точки зрения природы и степени выраженности, в рамках категорий высоко- и низкоуровневой пограничной организации. Эта вариабельность оказывает серьезное влияние на последующий фокус и процесс лечения. Наиболее очевидное влияние на последующее лечение оказывает сравнительная значимость самодеструктивных видов поведения, в которые в настоящее время вовлечен пациент. Эти виды поведения, которые могут варьировать от летальных попыток суицида до относительно безопасного нанесения порезов, являются первым объектом рассмотрения. Другие виды поведения включают злоупотребление психоактивными веществами и физические нападения на других людей, зачастую на тех, кто состоит в близких отношениях с пациентом. Пациенты без актуальных суицидальных попыток и самодеструктивных тенденций чаще лучше контролируют свое поведение и легче вовлекаются в саморефлексивную терапию. Однако пациенты с нарциссическим расстройством личности, структурированным вокруг патологического грандиозного Я, начиная терапию, могут испытывать не менее серьезные трудности в развитии рефлексивных способностей, чем пациенты с активным отыгрыванием вовне.

ВЫВОДЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Таким образом, последствия для лечения, в зависимости от состояния, в котором пациент начинает ТФП, следующие. Пациенты с наиболее выраженным нарушением контроля поведения — с суицидальным поведением, злоупотреблением психоактивными веществами, импульсивностью, физической агрессией — требуют терапевтической коррекции отыгрывания с помощью активного ТФП-терапевта, который делает упор на соблюдении контракта и сеттинга, после чего приступает к интерпретации отыгрывания в поведении. Лишь после установления контроля над этим поведением, можно переходить к пониманию взаимосвязи между поведением и глубинными психическими структурами пациента и ее реализации в отношениях между пациентом и окружающими, включая терапевта.

ДОМИНИРУЮЩИЕ ТЕМЫ ПЕРЕНОСА В ТФП

В главе 9 мы указали, что в течение средней фазы ТФП паттерны переноса пограничных пациентов должны развиваться от параноидных к депрессивным. В самых тяжелых случаях параноидному переносу предшествует антисоциальный. В случаях нарциссического расстройства личности для продвижения к более дезорганизованному, но доступному параноидному переносу, более характерному для ПРЛ, необходимо проработать нарцис-

сический перенос, основанный на внутренней структуре патологического грандиозного Я. (Более подробно терапия нарциссического расстройства личности рассматривается в работе «Клиническое руководство по лечению нарциссической патологии: психотерапия, фокусированная на переносе» [Д.Даймонд, Ф.И.Йоманс, Б.Л.Штерн, готовится к публикации] [D.Diamond, F.E.Yeomans, B.L.Stern «A clinical guide for treating narcissistic pathology: a transference focused psychotherapy»]).

ВЫВОДЫ В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ

В этом лечебном руководстве мы ясно обозначили, что ТФП-терапевт постоянно отслеживает доминирующую тему переноса, которая активируется в лечении. Терапевтические техники в некоторой степени варьируются в зависимости от того, начинает ли пациент терапию с преимущественно антисоциальным, нарциссическим или параноидным переносом. В первом случае больше внимания уделяется структуре, во втором — терапевт-центрированным интервенциям, в третьем случае проводится стандартная ТФП.

ПРИВЯЗАННОСТЬ

Между теорией объектных отношений и теорией привязанности существуют заметные сходства (Calabrese et al., 2005), которые вряд ли можно считать удивительными, поскольку Боулби (Bowlby, 1988), автор первой теории привязанности, очевидно рассматривал ее как вариант теории объектных отношений. Обе эти теории фокусируются на том, как люди символизируют свои отношения с другими, а также постулируют, что перцепции Я, других и отношений являются важнейшими и наиболее влиятельными установками, которые формирует человек. Хотя между двумя этими направлениями существуют важные различия, влияющие на процесс лечения (Kernberg et al., 2008), здесь мы фокусируемся на том, как оба эти подхода повлияли на нашу терапевтическую оценку состояния и концептуализацию.

Важным вкладом теории привязанности стали надежные способы оценивать характер привязанности и демонстрация нескольких идентифицируемых паттернов небезопасной привязанности. Наш клинический опыт ТФП говорит о том, что различия в стиле и статусе привязанности имеют свои следствия для лечения. В главе 2 мы указали, что пациенты с ПРЛ переживают сочетание интенсивных негативных и позитивных аффективных состояний, несут в себе негативные перцепции

других людей, испытывают нехватку доверия окружающим и подвержены болезненному восприятию отвержения. Однако эта комбинация не ведет к какому-то одному результату, а, скорее, приобретает разные фенотипические черты в зависимости от таких факторов, как уровень волевого контроля и индивидуальный для каждого опыт воспитания родителями в ходе роста и взросления.

Пациенты с ПРЛ демонстрируют небезопасную организацию привязанности (Fonagy et al., 1996; Levy et al., 2006; Patrick et al., 1994) и дефицит рефлексивного функционирования, то есть способности размышлять о себе и других в категориях психических состояний (Levy et al., 2006). Эти особенности имеют значение для лечения таких пациентов, поскольку их внутренние действующие модели привязанности к другим людям влияют на многие важные аспекты терапевтического процесса, включая 1) адекватность описания симптомов, 2) способность вовлекаться в терапевтические отношения и извлекать из них пользу, 3) качество терапевтического альянса и 4) исходы лечения.

Говоря вкратце, пациенты с тревожным статусом сообщают о более высоком уровне симптоматологии, нежели пациенты с автономным или отвергающим статусом. Такой стиль повествования, по всей видимости, может влиять на то, как пациент описывает собственные симптомы в ходе всего курса лечения. Люди с безопасным статусом в большей степени вовлекаются в лечение, чем пациенты с неразрешенным или отвергающим статусом (Korfmacher et al., 1997). Пациенты с ПРЛ по своей природе пребывают в небезопасном статусе привязанности, что создает одну из первоначальных трудностей в лечении.

На процесс лечения может влиять не только психический статус привязанности пациента, но также статус привязанности самого терапевта по отношению к данному пациенту. Дозье с соавторами (Dozier et al., 1993) обнаружили, что клиницисты с более безопасным статусом с большей вероятностью обращают внимание и оспаривают стратегии построения отношений пациентов.

Совместно с коллегами мы исследовали разнообразие пограничных пациентов относительно их стилей привязанности как с помощью Интервью по привязанности для взрослых (Adult attachment interview, AAI; Hesse 2010; C. George, N. Kaplan, M. Main, «The Berkeley attachment interview», неопубликованная рукопись, Университет Калифорнии, Беркли), которое фокусируется на внутренних репрезентациях отношений с фигурами родителей, так и с помощью опросников для самостоятельного заполнения, которые оценивают взаимоотношения между сверстниками в близких отношениях (Levy et al., 2006). Хотя пограничные пациенты предсказуемо

демонстрируют небезопасный стиль (который противоположен безопасному) в своих привязанностях, среди индивидов с небезопасным стилем существуют важные различия. Индивиды, которые подпадают под категорию избегающего стиля, обесценивают важность и влияние отношений привязанности. Они демонстрируют низкий уровень связности мышления из-за неопределенности и непоследовательности в описаниях отношений. Индивиды, которые демонстрируют *тревожный*, или беспокойный тип привязанности, детально описывают свои отношения и связанные с ними чувства, но в описаниях их ранних отношений присутствует гиперопека или индуцирование вины. У них есть тенденция к несвязности в своих описаниях, которые части пространны и запутанны. Пациенты, которые подпадают под категорию *неразрешенных/дезорганизованных*, во время обсуждения переживаний утраты или насилия демонстрируют пробелы в логике аргументации или повествования. Наконец, некоторые пациенты могут быть охарактеризованы категорией *«невозможно классифицировать»*, если их повествование сочетает в себе противоречивые или несовместимые паттерны привязанности, либо когда нет единого доминирующего психологического статуса привязанности.

Инструменты, разработанные для оценки психологических состояний привязанности, категорий привязанности и связанного с этим понятия рефлексивного функционирования позволяют терапевтам задавать определенные вопросы относительно пограничной патологии и ТФП. Помимо этих инструментов мы с коллегами, заинтересовавшись привязанностью, которая формируется между пациентом и терапевтом, разработали Интервью по привязанности между пациентом и терапевтом для взрослых (Patient-therapist adult attachment interview, PT-AAI; Diamond, 1999) для оценки этих характеристик. В дальнейших подразделах будут обсуждаться важные вопросы для размышления, в числе которых:

- Каковы доминирующие паттерны привязанности у пограничных пациентов?
- Имеет ли значение психологическое состояние привязанности пограничного пациента для понимания процесса и исхода лечения? Например, есть ли различие между тревожным и избегающим стилем относительно процесса и исхода лечения?
- Связан ли психологический статус привязанности пациента к ранним опекунам с доминирующими темами переноса в ТФП?
- Связано ли психологическое состояние привязанности пациента к ранним опекунам со стилем привязанности пациента к терапевту?
- Отличаются ли статусы привязанности, которые демонстрируют разные ТФП-терапевты по отношению к разным пациентам с ПРЛ?

ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ ПРИВЯЗАННОСТИ И РЕФЛЕКСИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

В рандомизированном клиническом исследовании ТФП, диалектической поведенческой терапии и поддерживающей психодинамической терапии (Clarkin et al., 2007) мы с коллегами (Levy et al., 2006) использовали изменения в организации привязанности и рефлексивном функционировании как гипотетические механизмы изменения. С помощью сведений из AAI по 56 пациентам с ПРЛ, полученным до начала и через 1 год после начала терапии в одном из трех видов лечения, нам удалось исследовать статус привязанности большой группы пациентов с ПРЛ до начала лечения и изменение в статусе привязанности по прошествии 1 года лечения.

В трехосевой схеме классификации (безопасный, тревожный и избегающий стиль) мы, основываясь на данных из AAI до начала лечения, обнаружили практически равное число пациентов в тревожной (50%) и отвергающей (45%) категории. Через год после начала терапии были обнаружены существенные изменения как в паттернах привязанности, так и в рефлексивном функционировании. К концу курса ТФП число пациентов, подпадающих под категорию безопасной привязанности, значительно возросло, в то время как в двух других лечебных группах не отмечено существенных изменений. Кроме того, у пациентов, проходивших ТФП, к концу лечения значительно возросла связность повествования (контроль проводился по уровню связности в начале лечения). Этот эффект не был замечен в двух других лечебных группах.

Наконец, мы исследовали влияние трех видов лечения на рефлексивное функционирование на основе материалов AAI. Рефлексивное функционирование — это способность интерпретировать и осмыслять собственное поведение и поведение других относительно таких произвольных психических процессов, как мысли, чувства и убеждения. С учетом фокуса ТФП на внутренних репрезентациях Я и других мы высказали гипотезу, что ТФП будет приводить к значительному росту рефлексивного функционирования по сравнению с двумя другими подходами. Как и предполагалось, пациенты, проходившие ТФП, в течение 1 года терапии значительно развили рефлексивное функционирование в отличие от пациентов в двух других терапевтических группах.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРИВЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА К ТЕРАПЕВТУ И ПРИВЯЗАННОСТИ ТЕРАПЕВТА К ПАЦИЕНТУ

С учетом собранных данных по 56 пациентам с ПРЛ полезно более подробно, в клиническом отношении, исследовать два показательных случая. Для

углубления понимания статуса привязанности пациента и процесса ТФП мы с коллегами (Diamond et al., 2003) в подробностях изучили пять пограничных пациентов и их статус привязанности в начале и в конце первого года ТФП. Для оценки статуса привязанности было использовано AAI. Кроме того, мы использовали PT-AAI для оценки статуса привязанности пациента по отношению к терапевту и статуса привязанности терапевта по отношению к пациенту. Мы высказали гипотезу, что отношения, которые развиваются в данной диаде «пациент — терапевт«, должны быть в некотором смысле уникальными и важными для процесса и для исхода лечения. Такой двойной фокус на статусе привязанности пациента по отношению к ранним опекунам (AAI) и статуса привязанности, развившейся к терапевту в ТФП (PT-AAI) позволяет нам отслеживать взаимосвязь внутренних действующих моделей ранних опекунов и ТФП-терапевта, по мере их проявления в терапевтических отношениях.

Для всестороннего описания привязанности и терапевтического процесса мы сопоставим Пациентку А,— пациентку с изначально небезопасным и неразрешенным статусом привязанности (тревожного типа), чей статус привязанности за один год лечения сменился на безопасный, и Пациентку Б, которая вначале демонстрировала неразрешенный небезопасный статус привязанности (избегающего типа) и чей статус после лечения сменился на статус «невозможно классифицировать» или «смешанный статус привязанности». Обе пациентки проходили лечение у одного терапевта.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: ПАЦИЕНТКА А

Некоторые из характеристик Пациентки А были включены в обобщенный случай Эми в главах 8–10. Когда она обратилась для прохождения курса ТФП, ей было 23 года. На момент начала ТФП она была замужем, не работала, демонстрировала серьезные формы отыгрывания и испытывала значительные трудности в социальных и близких отношениях.

На четвертом месяце лечения у Пациентки А с помощью AAI был выявлен первичный неразрешенный стиль привязанности и вторичный тревожный стиль, имеющий специфические подтипы: 1) тревожно озабоченный травматическими событиями, относительно которых у нее наблюдалась амнезия, и 2) гневный/конфликтующий подтип. В AAI она демонстрировала нарушение стратегий повествования, а в содержании присутствовали воспоминания о жестоком обращении со стороны отца. В выборе прилагательных для описания

ранних фигур привязанности она демонстрировала быстрые колебания между позитивными и негативными оценками, что порождало гипотезы о том, что эти крайне позитивные и негативные оценки будут окрашивать перенос в ТФП.

Через год после начала ТФП с помощью ААІ был установлен статус привязанности, соответствующий безопасному автономному, с вторичным неразрешенным статусом. Она оставалась на тревожном полюсе безопасной категории, демонстрируя умеренно выраженный гнев и обиду по отношению к фигурам привязанности. Однако ее повествование на этом этапе стало связным, сдержанным, местами с нотой юмора.

С учетом баллов Пациентки А и результатов ААІ, которые отражали ее статус привязанности по отношению к ранним опекунам, интересно исследовать ее статус привязанности по отношению к терапевту. По окончании одного года ТФП, она демонстрировала безопасный статус привязанности по отношению к терапевту. Однако с курсом терапии были связаны также определенная обида и конфликт. Она описывала своего терапевта как надежного, достойного, важного, слегка фрустрирующего и сбивающего с толку. Она могла предоставить связные примеры по каждому из определений, описывая отношения с терапевтом. Она признала наличие связанного с терапевтом чувства отвержения и фрустрации, но присваивала эти чувства себе, не обвиняя терапевта. Она могла обсуждать, какими для нее были негативные аспекты отношений (например, она чувствовала, что терапевт был холодным и строгим), но со временем стала чувствовать доверительную связь с ним.

С точки зрения терапевта, по окончании года ТФП он воспринимал Пациентку а как целеустремленную, стабильную, креативную, интересную и приятную в общении. Позитивные аспекты отношений с ней сопровождались ощущением угрозы в связи с эпизодами ее самодеструктивного поведения в ранней фазе ТФП. На основе РТ-ААІ статус привязанности терапевта по отношению к пациентке был оценен как безопасный/автономный. Фактически, и пациентка, и терапевт по окончании года ТФП подпадали под категорию безопасной/автономной привязанности, что позволяло предполагать, что у каждого из них было ясное представление о сложностях в отношениях, но вместе с тем рациональное, принимающее и временами даже юмористическое восприятие их взаимодействия.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: ПАЦИЕНТКА Б

Статус привязанности Пациентки Б, двадцатидевятилетней незамужней женщины, резко контрастировал со статусом Пациентки А. Пациентка Б была направлена на ТФП другим терапевтом, который закончил лечение с пациенткой после ее почти удавшейся попытки суицида. Для него она оказалась «как гром среди ясного неба» — совершенно неожиданной.

В первоначальном AAI Пациентка Б продемонстрировала первичный избегающий стиль привязанности, а точнее — его обесценивающий подтип. Ей удалось привести мало воспоминаний из своего детства, и она описывала своих родителей как отстраненных и критикующих. Она описывала свою мать как холодную, но иногда проявляющую тепло, не очень заботливую, спокойную и скупую на проявления эмоций. Через год ТФП Пациентка Б, при повторном AAI, была классифицирована как демонстрирующая безопасный статус привязанности, хотя она и оставалась на избегающем полюсе безопасного спектра. В материале были признаки того, что она сознательно отставила в сторону ранние разочаровывающие отношения привязанности и перенаправила свое внимание на новые отношения.

Через 1 год ТФП Пациентка Б описывала своего терапевта в PT-AAI как профессионального, сдержанного, понимающего, внимательного и «не особо открытого лично». Воспоминания, которые она описывала в качестве примеров этих характеристик, были весьма расплывчатыми и не очень убедительными. Ее статус привязанности по отношению к терапевту был расценен как избегающий, что было весьма похоже на ее статус в AAI до начала терапии. Она приуменьшала любые чувства утраты в ходе сепараций с терапевтом. Подобным образом она приуменьшала влияние отношений пациент — терапевт на ее функционирование и не имела ясного представления, почему терапевт вел себя тем или иным образом во время лечения. Она признала, что терапия помогла ей осознать многое о себе, хотя она и старалась прятать свои чувства от терапевта в ходе терапии.

Статус привязанности терапевта по отношению к Пациентке Б был классифицирован как безопасный. Он описал их отношения на протяжении года ТФП как дистантные, ригидные, формальные, холодные и поверхностные. Терапевт с долей фрустрации чувствовал себя исключенным из внутренней жизни пациентки. Вне терапевтических часов он редко думал об этой пациентке.

ВЫВОДЫ В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ

На примере этих пациенток, обе из которых имели клинический диагноз ПРЛ, но контрастирующие между собой статусы привязанности по отношению к ранним опекунам, мы можем исследовать микрокосмос статуса привязанности каждого пациента и эволюцию статуса привязанности по отношению к терапевту в процессе ТФП. Пациентка а демонстрировала и изменение симптомов, и яркие изменения в близких отношениях и рабочей жизни, хотя этот постепенные позитивные изменения не обошлись без сложностей. Начальный этап ТФП характеризовался эпизодами отыгрывания в течение первых трех месяцев терапии. Имели место несколько доминирующих объектных отношений, проявлявшихся в терапевтических отношениях, которые включали 1) игнорируемого ребенка по отношению к холодному, безучастному родителю, 2) садистичный провокатор по отношению к своей жертве, 3) опекаемый ребенок по отношению к заботливому родителю и 4) соблазняющая и искушенная женщина по отношению к объекту ее желания.

Агрессивное самодеструктивное поведение Пациентки А, которое проявлялось в форме суицидальных попыток, прекратилось в течение первых шести месяцев терапии. Она обогатила свой жизненный опыт, родив ребенка и занявшись его воспитанием, а также продолжив обучение в колледже. Со временем недоверие по отношению к окружающим людям уменьшилось, и она стала лучше осознавать и выносить собственные агрессивные импульсы, понимая роль проецируемой агрессии в формировании ее тревоги в отношениях с другими. Ее отношения с терапевтом развивались, начиная с недоверия и дистанцирования, в сторону принятия лечебного метода и признания важности безопасности, которую предоставляли эти отношения.

Статус привязанности Пациентки Б был охарактеризован как избегающий и по отношению к ранним родительским фигурам, и по отношению к терапевту. С клинический точки зрения годичный курс ТФП не был богат событиями: она не проявляла суицидального поведения, спокойно функционировала на работе и вступила в отношения с новым мужчиной. Ее симптомные состояния сокращались в проявлениях, а функционирование оставалось стабильным, но в том, что касалось ее внутренних репрезентаций Я и других, происходило мало значимых изменений: репрезентации оставались расплывчатыми и выхолощенными, что являлось подтверждением низкого показателя ее рефлексивного функционирования.

Особо ценную информацию может предоставить сравнение отношения терапевта к двум пациенткам. С Пациенткой А терапевт был лю-

бопытным, очень вовлеченным и, несмотря на ее серьезную патологию, выражал позитивный настрой по отношению ко многим ее качествам. Терапевт в своем сознании стал глубоко вовлечен в размышления об этой тревожной пациентке. В сравнении с этим тот же терапевт чувствовал дистанцию по отношению к отвергающей Пациентке Б. Можно сформулировать клиническую гипотезу: изменению симптомов и поведения с обеими пациентками способствовала рамка и систематичность лечения, а также фокус терапевта на поведении пациенток и внутренних репрезентациях Я и других. Однако в случае Пациентки А происходило нечто большее. Наступило разрешение гневного, агрессивного отыгрывания, и пациентка стала больше доверять безопасности терапевтических отношений, а затем постепенно приобрела больше доверия в отношениях с людьми в ее повседневной жизни. Последнее отражалось в развитии способности Пациентки А к рефлексивному функционированию, которое в ходе одного года ТФП развилось из ограниченной и фрагментарной способности понимать и обдумывать психические состояния Я и других в более сформированную и отчетливую способность размышлять о внутренних психических состояниях.

ЭМПИРИЧЕСКИ ИССЛЕДОВАННЫЕ ТРАЕКТОРИИ ИЗМЕНЕНИЙ

В описанном выше рандомизированном контролируемом исследовании, включавшем 56 пограничных пациентов, распределенных по трем лечебным группам (ТФП, диалектическая поведенческая терапия или поддерживающее лечение), мы с коллегами изучили изменения в сферах функционирования в ходе лечения длительностью 1 год (Lenzenweger et al., 2012a). Поскольку между этими группами было выявлено мало различий в изменениях поведения и симптомов, для данного анализа мы объединили пациентов всех трех групп.

Один из подходов для исследования изменений, как в течение времени, так и в связи с лечебной интервенцией, состоит в том, чтобы сфокусироваться на результатах по конечным точкам или при последующем наблюдении. Эти двумерные взаимосвязи не передают динамику процесса изменений, поскольку они происходят из статических перекрестных оценок, которые, как правило, проводят на этапе включения и в конце исследования. В нашем исследовании (Lenzenweger et al., 2012a) мы исследовали базисные психологические предикторы и их связь с показателями изменений (т. е. изменения переменных оценивались множество раз для

каждого пациента в течение 1 года лечения) в широком спектре областей функционирования, таких как суицидальность, агрессия, импульсивность, депрессия и социальная адаптация.

Мы выбрали потенциальные *предикторы* изменений на основе двух моделей тяжелой личностной патологии — нейробиологической модели (например, экстраверсия, аффилиация, негативные эмоции, страх, неаффективные ограничивающие факторы) и модели объектных отношений (например, диффузия идентичности, защиты, вариабельное тестирование реальности) (Kernberg & Caligor, 2005).

Метод главных компонент (principal components analysis, PCA) для темпа изменений по 11 различным количественным показателям областей изменений показал три фактора изменений: изменения в агрессивной эксплозивности, изменения в психосоциальной адаптации (глобальное функционирование и социальная адаптация) и изменения в толерантности к конфликту (тревога/депрессия и импульсивность). Этот результат свидетельствует о том, что различные области функционирования и симптоматологии меняются с разной скоростью, а определенные наборы переменных меняются с одинаковой скоростью, иначе говоря, могут быть объединены в домены.

Помимо обнаружения этих трех доменов изменений, мы исследовали отношения между базисными характеристиками (предикторами) и количественными показателями изменений в трех доменах. Базисная негативная аффективность и агрессия являлись предикторами изменений в домене агрессивной эксплозивности. Низкий уровень негативного аффекта и агрессии до начала лечения были связаны с более активным клиническим улучшением в этом домене. Базисная диффузия идентичности являлась предиктором домена изменений в общей социальной адаптации и самопринятии. Более высокий уровень диффузии идентичности до начала лечения был связан с более активным клиническим улучшением в домене общего функционирования. Базисная социальная активность (способность убеждать, влиять на окружающих, решительность, склонность к лидерству, стремление обратить на себя внимание) являлась предиктором домена толерантности к конфликту. Более низкий изначальный уровень социальной активности был связан с более быстрым уменьшением уровня тревоги/депрессии и импульсивности.

ВЫВОДЫ В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ

Данные исследования Ленценвегера и соавторов (Lenzenweger et al., 2012a) позволяют предполагать, что в лечении пациентов с ПРЛ суще-

ствуют дифференцируемые домены изменений. Более того, изменения в каждом из этих доменов могут быть предсказаны по относительно уникальным базисным личностным и психологическим переменным. Эти предикторы — негативный аффект и агрессия, диффузия идентичности и социальная активность — предлагают предмет для теоретического рассмотрения в контексте механизмов изменений в лечении пограничных пациентов и фокусные точки для клинических интервенций.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ИЗМЕНЕНИЙ

Чувствительный и бдительный ТФП-терапевт систематически отслеживает симптоматические, структурные и поведенческие изменения, которые проявляются во взаимодействии терапевта и пациента и озвучиваются во время терапевтических сеансов. Фокус внимания в этом процессе терапевта направлен как на процесс отношений между терапевтом и клиентом, так и на текущую адаптацию пациента к среде. Клинические индикаторы структурных изменений перечислены в таблице 11–1. Например, снижение отыгрывания необходимо для того, чтобы направить основные усилия на понимание более глубоких интенсивных конфликтных репрезентаций Я и Другого, которые обретают актуальность в терапевтических отношениях.

Как было описано ранее в случаях Эми и Бетти в главах 4 и 8–10, происходит углубление понимания роли агрессивных аффектов каждой пациентки, интеграция этих аффектов по мере изменения перцепций Я и Другого, а также по мере снижения влияния проекций на межличностные взаимодействия, предпринимаются более активные попытки расширить вовлеченность пациента в отношения и профессиональную деятельность. Для изменений, как по отношению к работе, так и во внутренних репрезентациях Я и Другого и текущем функционировании, необходим двойной фокус внимания, который ТФП уделяет этим сферам.

Обычное развитие изменений, наблюдаемое клинически, проявляется в снижении проблемных видов поведения, модификации репрезентаций Я и других, что, прежде всего, проявляется в переносе в терапевтических отношениях, а также развитии продуктивной вовлеченности в текущее функционирование в работе и отношениях. Зачастую в последнюю очередь изменения затрагивают способность к близким отношениям.

ТАБЛИЦА 11–1. Клинические индикаторы структурных изменений

Переход от антисоциального и нарциссического переноса, если он присутствует, к параноидному и, в дальнейшем, к депрессивному переносу.
Снижение отыгрывания и соматизации, повышение толерантности ко внутренним конфликтам и способности к рефлексии над ними.
Переход к интеграции отщепленного позитивного и негативного опыта; развитие способности осознавать собственную амбивалентность и сложные аффекты (такие как агрессия, эмоциональная привязанность).
Движение от примитивных защит к более развитым защитам; способность получать пользу от интерпретации защит и инкорпорировать полученное понимание (см. главу 10 «Продвинутая фаза и завершение лечения», где приведена клиническая иллюстрация с цитатами пациента).
У пациентов с нарциссическими чертами — разрешение конфликтов, включающих зависть, а также развитие способности к благодарности и удовольствию.
Развитие триангуляции в отношениях (т. е. развитие способности пациента занимать позицию объективного наблюдателя взаимоотношений между Я и другими); преобладание эдипальных и сексуальных проблем в сравнении с более ранним преобладанием диадических доэдипальных проблем.
Разрешение основных симптомных областей и развитие продуктивной вовлеченности в рабочую и профессиональную жизнь, а также в близкие любовные отношения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Успешное лечение пограничных пациентов намного сложнее, чем можно предположить на основе исследовательской литературы. Определяемая пограничным диагнозом группа пациентов очень гетерогенна, со значительными различиями в выраженности психологической дезадаптации, различиями в стилях привязанности, которые влияют на терапевтические отношения, и в тяжести симптоматологии. Лечение занимает протяженный период времени, в котором отношения между пациентом и терапевтом с их особым взаимодействием начинают жить своей жизнью. Исходы лечения нельзя определить просто как успех или неудачу, скорее, они включают определенное количество доменов функционирования, где возможны значительные позитивные изменения в одном домене и минимальные изменения в другом. Что наиболее важно, изменения могут касаться поведения, затрагивая или не затрагивая мощную глубинную организацию идентичности и моральных ценностей. Мы постарались организовать ТФП так, чтобы максимизировать изменения в обеих этих категориях.

Мы представили детальное исследование лечения пограничных пациентов, которое может оказаться полезным как для технически сложного клинического подхода к этим пациентам, так и для нового поколения гипотез для дальнейших исследований. В нашей клинической работе мы

продолжаем исследовать новые наработки нашего технического подхода с основной целью использовать ТФП для достижения фундаментальных изменений в личностной структуре этих пациентов. Наша цель не только в симптоматическом улучшении, но также в том, чтобы повлиять на функционирование этих пациентов, помогая им развить свою эффективность и находить удовлетворение в работе и профессии; развить зрелые любовные отношения, в которых интегрируются эротизм, нежность и забота; и с удовольствием вести богатую социальную жизнь с дружбой и творчеством.

Ключевые клинические положения

- Гетерогенность пациентов, которые соответствуют критериям диагноза пограничного расстройства личности, приводит к гетерогенности траекторий изменений в психотерапевтическом процессе.
- Пограничные пациенты начинают лечение на очень разных уровнях адаптации.
- Статус привязанности между пациентом и терапевтом придает лечебному процессу некоторую индивидуальность.
- Клиницист должен учитывать индивидуальность пограничного пациента из-за выраженной гетерогенности среди пограничных идивидов.
- Множество факторов со стороны пациента (такие как высоко- или низкоуровневый пограничный статус, стиль привязанности) в сочетании с характером терапевтических отношений ведут к различным путям изменений.

ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ЧТЕНИЯ

Lenzenweger M.F., Clarkin J.F., Levy K.N., et al. Predicting domains and rates of change in borderline personality disorder. Personal Disord 3:185–195, 2012.

ЛИТЕРАТУРА

Ahadi SA, Rothbart MK: Temperament, development, and the big five, in The Developing Structure of Temperament and Personality From Infancy to Adulthood. Edited by Halverson CF, Kohnstamm GA. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1994, pp 189–207.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.

Auchincloss EL, Samberg E (eds): Psychoanalytic Terms and Concepts. New Haven, CT, Yale University Press, 2012.

Ayduk O, Mendoza–Denton R, Mischel W, Downey G, Peake PK, Rodriguez Met al: Regulating the interpersonal self: strategic self-regulation for coping with rejection sensitivity. J Pers Soc Psychol 79:776-792, 2000.

Ayduk O, Zayas V, Downey G, et al: Rejection sensitivity and executive control: joint predictors of borderline personality features. J Res Pers 42:151–168, 2008 18496604.

Baker L, Silk KR, Westen D, Nigg JT, Lohr NE: Malevolence, splitting, and parental ratings by borderlines. J Nerv Ment Dis 180:258–264, 1992 1556566.

Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S: Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 123(5):327–338, 2011 21166785.

Barone L: Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. Attach Hum Dev 5(1):64–77, 2003 12745829384 Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder .

Bartlett FC: Thinking: An Experimental and Social Study. New York, Basic Books, 1958.

Bateman A, Fonagy P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry156(10):1563–1569, 1999 10518167.

Bateman A, Fonagy P: Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment. New York, Oxford University Press, 2004.

Beck AT, Freeman A, Davis DD, et al: Cognitive Therapy of Personality Disorders, 2nd Edition. New York, Guilford, 2004.

Bender DS, Skodol AE: Borderline personality as a self-other representational disturbance. J Pers Disord 21(5):500–517, 2007 17953503.

Berenson KR, Gyurak A, Ayduk O, et al: Rejection sensitivity and disruption of attention by social threats cues. J Res Pers 43:1064–1072, 2009 20160869.

Berenson,KR, Downey G, Rafaeli E, et al: The rejection-rage contingency in borderline personality disorder. J Abnorm Psychol 120:681–690, 2011 21500875.

Bion WR: Learning From Experience. New York, Basic Books, 1962.

Bion WR: Notes on memory and desire. Psychoanalytic Forum 2:271–280, 1967.

Blum HP: The concept of erotized transference. J Am Psychoanal Assoc 21(1):61–76, 1973 4713717.

Bowlby J: A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. New York, Basic Books, 1988.

Britton R: Subjectivity, objectivity, and triangular space. Psychoanal Q 73(1):47–61, 2004 14750465.

Calabrese ML, Farber BA, Westen D: The relationship of adult attachment constructs to object relational patterns of representing self and others. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry 33(3):513–530, 2005 16238476.

Caligor E, Clarkin JF: An object relations model of personality and personality pathology, in Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook. Edited by Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2010, pp 3–36.

Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF: Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Disorder. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2007.

Caligor E, Diamond D, Yeomans FE, et al: The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology. J Am Psychoanal Assoc 57: 271–301, 2009 19516053.

Carlson EA, Egeland B, Sroufe LA: A prospective investigation of the development of borderline symproms. Dev Pychopathol 21:1311–1334, 2009.

Carsky M, Yeomans F: Overwhelming patients and overwhelmed therapists. Psychodyn Psychiatry 40(1):75–90, 2012 23006030.

Caspi A, Roberts BW, Shier R: Personality development. Annu Rev Psychol 56: 453–484, 2005.

Cervone D: Personality architecture: within-person structures and processes. Annu Rev Psychol 56:423–452, 2005 15709942References 385 .

Cicchetti D, Beeghly M, Carlson V, et al: The emergence of the self in atypical populations, in The Self in Transition: Infancy to Childhood. Edited by Cicchetti D, Beeghly M. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1990, pp 309–344.

Clark LA: Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. Annu Rev Psychol 58:227–257, 2007.

Clarkin JF, De Panfilis C: Developing conceptualization of borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis 201(2):88–93, 2013 23364115.

Clarkin JF, Posner M: Defining the mechanisms of borderline personality disorder. Psychopathology 38(2):56–63, 2005 15802943.

Clarkin JF, Widiger TA, Frances A, et al: Prototypic typology and the borderline personality disorder. J Abnorm Psychol 92: 263-275, 1983 6619404.

Clarkin JF, Hull JW, Hurt SW: Factor structure of borderline personality disorder criteria. J Pers Disord 7:137–143, 1993.

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF: Psychotherapy for Borderline Personality. New York, Wiley, 1999.

Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, et al: The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. J Pers Disord 15(6):487–495, 2001 11778390.

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF: Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006.

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger M-F, Kernberg OF: Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. Am J Psychiatry164(6):922–928, 2007 17541052.

Clarkin JF, Fonagy P, Levy KN, et al: Borderline personality disorder, in Handbook of Contemporary Psychodynamic Approaches to Psychopathology. Edited by Luyten P, Mayes LC, Fonagy P, et al. New York, Guilford, in press.

Coifman KG, Berenson KR, Rafaeli R, et al: From negative to positive and back again: polarized affective and relational experience in borderline personality disorder. J Abnorm Psychol 121:668–679, 2012 22686872.

Connolly MB, Crits-Christoph P, Shappell Sandi, et al; The relation of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy. Psychotherapy Research 9(4):485–495,1999.

Crits-Christoph P, Gibbons M, Murkherjee D: Psychotherapy process-outcome research, in Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6th Edition. Edited by Lambert MJ. New York, Wiley, 2013, pp 298–340.

Depue RA, Lenzenweger MF: A neurobehavioral dimensional model, in Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment. Edited by Livesley WJ. New York, Guilford, 2001, pp 136–176.

Depue RA, Lenzenweger MF: A neurobehavioral dimensional model of personality disturbance, in Major Theories of Personality Disorder, 2nd Edition. Edited by Lenzenweger MF, Clarkin JF New York, Guilford, 2005, pp 391–454386 Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder .

Diamond D, Clarkin JF, Stovall-McClough KC, et al: Patient-therapist attachment: impact on therapeutic process and outcome, in Attachment Theory and the Psychoanalytic Process. Edited by Cortina M, Marrone M. London, Whurr, 2003, pp 179–203.

Diamond D, Yeomans FE, Levy K: Psychodynamic psychotherapy for narcissistic personality disorder, in The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatment. Edited by Campbell K, Miller J. New York, Wiley, 2011, pp 423–433.

Distel MA, Willemsen G, Ligthart L, et al: Genetic covariance structure of the four main features of borderline personality disorder. J Pers Disord 24(4):427–444, 2010 20695804.

Dixon-Gordon KL, Chapman AL, Lovasz N, et al: Too upset to think: the interplay of borderline personality features, negative emotions, and social problem solving in the laboratory. Personal Disord 2:243–260, 2011 22448801.

Doering S, Hörz S, Rentrop M, et al: Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 196(5):389–395, 2010 20435966.

Downey G, Feldman SI: Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. J Pers Soc Psychol 6:1327–1343, 1996 8667172.

Dozier M, Cue K, Barnett L. Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment. J Consult Clin Psychol 62:793–800 2003 7962883.

Dziobek I, Preißler S, Grozdanovic Z, Heuser I, Heekeren HR, Roepke S: Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. Neuroimage 57:539-548, 2011.

Eisenberg N, Smith CL, Sadovsky A, et al: Effortful control: relations with emotional regulation, adjustment, and socialization in childhood, in Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications. Edited by Baumeister RF, Vohs KD. New York, Guilford, 2004, pp 259–282.

Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD: Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. Science 302:290–292, 2003 14551424.

Fairbairn WRD: An Object-Relations Theory of the Personality. New York, Basic Books, 1943.

Fairbairn WRD: Psychoanalytic Studies of Personality. London, Tavistock, 1952.

Fertuck EA, Lenzenweger MF, Clarkin JF, et al: Executive neurocognition, memory systems, and borderline personality disorder. Clin Psychol Rev 26(3):346–375, 2006 15992977.

Fonagy P, Leigh T, Steele M, et al: The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. J Consult Clin Psychol 64(1):22–31, 1996 8907081.

Fonagy P, Steele M, Steele H, et al: Reflective-function manual: version 5.0. For application to the Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, University College, London, 1998.

Fonagy P, Gergely G, Target M: The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. J Child Psychol Psychiatry 48(3-4):288–328, 2007 17355400References 387 .

Freud S: Observations on transference-love (1915), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth, 1958, pp 157–171.

Freud S: Mourning and melancholia (1917), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 14. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth, 1958, pp 237–258.

Freud S: Beyond the pleasure principle (1920), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 18. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth, 1958, pp 3–64.

Frith CD, Frith U: Mechanisms of social cognition. Annu Rev Psychol 63:287–313, 2012 21838544.

Gabbard GO: Technical approaches to transference hate in the analysis of borderline patients. Int J Psychoanal 72(4):625–637, 1991 1797717.

Gergely G, Watson JS: The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. Int J Psychoanal 77(Pt 6):1181–1212, 1996 9119582.

Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, et al: Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 63(6):649–658, 200616754838.

Gill M: The connection of all transference to the actual analytic situation, in Analysis of Transference, Vol 1: Theory and Technique. New York, International Universities Press, 1982, pp 96–106.

Green A: Le Travail du Négatif. Paris, Editions de Minuit, 1993.

Green A: La position phobique centrale, in La Pensée Clinique. Paris, Editions Odile Jacob, 2002 pp 149–186.

Grinker R, Werble B, Drye R: The Borderline Syndrome. New York, Basic Books, 1968.

Gross JJ, John OP: Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol 85:348–362, 2003 12916575.

Gross JJ, Thompson RA: Emotion regulation: conceptual foundations, in Handbook of Emotion Regulation. Edited by Gross JJ. New York, Guilford, 2007, pp 351–372.

Gunderson JG, Kolb JE: Discriminating features of borderline patients. Am J Psychiatry 135(7):792–796, 1978 665789.

Gunderson JC, Links P: Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2014.

Gunderson JG, Lyons-Ruth K: BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype. J Pers Disord 22: 22-41, 2008 18312121.

Hallquist MN, Pilkonis PA: Refining the phenotype of borderline personality disorder: diagnostic criteria and beyond. Pers Disord 3(3):228–246, 2012 22823231388 Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder .

Hampson SE: Personality processes: mechanisms by which personality traits "get outside the skin." Annu Rev Psychol 63:315–339, 2012 21740225.

Harter S: The Construction of the Self: A Developmental Perspective. New York, Guilford, 1999.

Heatherton TF, Wagner DD: Cognitive neuroscience of self-regulation failure. Trends Cogn Sci 15(3):132–139, 2011 21273114.

Herpertz S: Self-injurious behavior: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. Acta Psychiatr Scand 91: 57–68, 1995 7754789.

Hesse E: The Adult Attachment Interview: protocol, method of analysis, and empirical studies, in Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications. Edited by Cassidy J, Shaver P. New York, Guilford, 2010, pp 552–598.

Hill D: Special place of the erotic transference in psychoanalysis. Psychoanal Inq14:483–498, 1994.

Høglend P, Bøgwald KP, Amlo S, et al: Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? Am J Psychiatry 165(6):763–771, 2008 18413707.

Hooker CI, Gyurak A, Verosky SC, et al: Neural activity to a partner's facial expression predicts self-regulation after conflict. Biol Psychiatry 67:406–413, 2010 20004365.

Horowitz LM: Interpersonal Foundations of Psychopathology. Washington, DC, American Psychological Association, 2004.

Jacobson E: Contribution to the metapsychology of psychotic identifications. J Am Psychoanal Assoc 2:239–262, 1954 13151997.

Jacobson E: Denial and repression. J Am Psychoanal Assoc 5: 61–92, 1957 13398327.

Jacobson E: The Self and the Object World. New York, International Universities Press, 1964.

Jacobson E: On the paranoid urge to betray, in Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions. New York, International Universities Press, 1971, pp 302–318.

Johansen M, Karterud S, Pedersen G, et al: An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. Acta Psychiatr Scand 109(4):289–298, 2004 15008803.

Joseph B: Transference: the total situation. Int J Psychoanal 66:447–454, 1985.

Jovev M, Jackson HJ: The relationship of borderline personality disorder, life events and functioning in an Australian psychiatric sample. J Pers Disord 20:205–217, 2006 16776551.

Kazdin A: Psychotherapy for children and adolescents, in Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th Edition. Edited by Lambert MJ. New York, Wiley, 2004, pp 543–589.

Kernberg OF: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Aronson, 1975.

Kernberg OF: Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied. New York, Jason Aronson, 1980References 389 .

Kernberg OF: Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT, Yale University Press, 1984.

Kernberg OF: Aggression in Personality Disorders and Perversions. New Haven, CT, Yale University Press, 1992.

Kernberg OF: Aggression, trauma, and hatred in the treatment of borderline patients. Psychiatr Clin North Am 17(4):701–714, 1994 7877899.

Kernberg OF: Love Relations: Normality and Pathology. New Haven, CT, Yale University Press, 1995.

Kernberg OF: Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship: New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders. New Haven, CT, Yale University Press, 2004.

Kernberg OF: New developments in transference-focused psychotherapy. Int J Psychoanal, in press.

Kernberg OF, Caligor E: A psychoanalytic theory of personality disorders, in Major Theories of Personality Disorder, 2nd Edition. Edited by Lenzenweger ML, Clarkin JF. New York, Guilford, 2005, pp 114–156.

Kernberg OF, Diamond D, Yeomans FE, et al: Mentalization and attachment in borderline patients in transference focused psychotherapy, in Mind to Mind: Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis. Edited by Jurist EJ, Slade A, Bergner S. New York, Other Press, 2008, pp 167–201.

King-Casas B, Sharp C, Lomax-Bream L, et al: The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. Science 321(5890):806–810, 200818687957.

Klein M: Notes on some schizoid mechanisms. Int J Psychoanal 27(Pt 3-4):99–110, 1946 20261821.

Klein M: Mourning and its relation to manic-depressive states, in Contributions to Psychoanalysis. London, Hogarth Press, 1948, pp 311–338.

Klein M: Envy and Gratitude, a Study of Unconscious Sources. New York, Basic Books, 1957.

Knight RP: Borderline states, in Psychoanalytic Psychiatry and Psychology. Edited by Knight RP, Friedman CR. New York, International Universities Press, 1954, pp 97–109.

Kochanska G: Emotional development in children with different attachment histories: the first three years. Child Dev 72(2):474–490, 2001 11333079.

Kochanska G, Knaack A: Effortful control as a personality characteristic of young children: antecedents, correlates, and consequences. J Pers 71(6):1087–1112, 2003 14633059.

Koenigsberg H, Kernberg OF, Stone MH, et al (eds): Borderline Personality Disorder: Extending the Limits of Treatability. Basic Books, New York, 2000a .

Koenigsberg HW, Kernberg OF, Stone MH, et al: Transference-focused psychotherapy in sequence with other modalities, in Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability. New York, Basic Books, 2000b, pp 247–266390 Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder .

Koenigsberg HW, Kernberg OF, Stone MH, et al: Using dream material, in Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability. New York, Basic Books, 2000c, pp 207–228.

Koenigsberg HW, Fan J, Ochsner KN, et al: Neural correlates of the use of psychological distancing to regulate responses to negative social cues: a study of patients with borderline personality disorder. Biol Psychiatry 66(9):854–863, 2009a 19651401.

Koenigsberg HW, Siever LJ, Lee H, et al: Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. Psychiatry Res 172(3):192–199, 2009b 19394205.

Korfine L, Hooley JM: Directed forgetting of emotional stimuli in borderline personality disorder. J Abnorm Psychol 109(2):214–221, 2000 10895559.

Korfmacher J, Adam E, Ogawa J, et al: Adult attachment: implications for the therapeutic process in a home visitation intervention. Appl Dev Sci 1:43–52, 1997.

Krueger F, Mccabe K, Moll J, et al: Neural correlates of trust. Proc Natl Acad Sci 104:20084-9, 2007 18056800.

Lenzenweger MF: Current status of the scientific study of the personality disorders: an overview of epidemiological, longitudinal, experimental psychopathology, and neurobehavioral perspectives. J Am Psychoanal Assoc 58(4):741–778, 201021115756.

Lenzenweger MF, Cicchetti D: Toward a developmental psychopathology approach to borderline personality disorder. Dev Psychopathol 17(4):893–898, 2005 16613423.

Lenzenweger MF, Clarkin JF: Major Theories of Personality Disorder, 2nd Edition. New York, Guilford, 2005.

Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg OF, et al: The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. Psychol Assess 13:577–591, 2001 11793901.

Lenzenweger MF, Johnson MD, Willett JB: Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features: the longitudinal study of personality disorders. Arch Gen Psychiatry 61(10):1015–1024, 200415466675.

Lenzenweger MF, Clarkin JF, Yeomans FE, et al: Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: implications for classification. J Pers Disord 22(4):313–331, 2008 18684047.

Lenzenweger MF, Clarkin JF, Levy KN, et al: Predicting domains and rates of change in borderline personality disorder. Pers Disord 3(2):185–195, 2012a22452776.

Lenzenweger MF, McClough JF, Clarkin JF, Kernberg OF: Exploring the interface of neurobehaviorally linked personality dimensions and personality organization in borderline personality disorder: the Multidimensional Personality Questionnaire and Inventory of Personality Organization. J Pers Disord26(6):902–918, 2012b 23281675References 391 .

Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, et al: Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. J Consult Clin Psychol 74(6):1027–1040, 2006 17154733.

Levy KN, Meehan KB, Beeney JE, et al: Mechanisms of change in the psychodynamic treatment of borderline personality disorder: findings from experimental psychopathology and psychotherapy process and outcome. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Bern, Switzerland, June 2011.

Levy KN, Meehan KB, Yeomans FE: An update and overview of the empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychotherapies for borderline personality disorder, in Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence. Edited by Levy RA, Ablon JS, Kächele H. New York, Springer, 2012, pp 139–167.

Lieberman MD: Social cognitive neuroscience: a review of core processes. Annu Rev Psychol 58:259–289, 2007 17002553.

Linehan MM: Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford, 1993.

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 48(12):1060–1064, 1991 1845222.

Livesley WJ: Conceptual and taxonomic issues, in Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. Edited by Livesley WJ. New York, Guilford, 2001, pp 3–38.

Mahler MS: A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. Psychoanal Study Child 26:403–424, 1971 5163236.

McMain SF, Guimond T, Streiner DL, et al: Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality dis-

order: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. Am J Psychiatry169(6):650–661, 2012 22581157.

Meyer B, Pilkonis PA: An attachment model of personality disorders, in Major Theories of Personality Disorder, 2nd Edition. Edited by Lenzenweger MF, Clarkin JF. New York, Guilford, 2005, pp 231–281.

Miano A, Fertuck EA, Arntz A, Stanley B: Rejection sensitivity is a mediator between borderline personality disorder features and facial trust appraisal. J Pers Disord 27(4):442–456, 2013 23586933.

Mischel W, Shoda Y: Toward a unified theory of personality: integrating dispositions and processing dynamics within the cognitive-affective processing system, in Handbook of Personality: Theory and Research, 3rd Edition. Edited by John OP, Robins RW, Pervin LA. New York, Guilford, 2008, pp 208–241.

Mitchell S, Aron L (eds): Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition. Relational Perspectives Book Series, Vol 14. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1999392 Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder .

Nelson K, Fivush R: The emergence of autobiographical memory: a social cultural developmental theory. Psychol Rev 111(2):486–511, 2004 15065919.

Ochsner KN, Gross JJ: Cognitive emotion regulation: insights from social cognitive and affective neuroscience. Curr Dir Psychol Sci 17:153–158, 2008.

Paris J: Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach. Washington DC, American Psychiatric Press, 1994.

Patrick M, Hobson RP, Castle D, et al: Personality disorder and the mental representation of early social experience. Dev Psychopathol 6:375–388, 1994.

Perry JC, Herman JL: Trauma and defense in the etiology of borderline personality disorder, in Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment. Edited by Paris J. Washington DC, American Psychiatric Press, 1993, pp 123–139.

Pincus AL: A contemporary integrative interpersonal theory of personality disorders, in Major theories of personality disorder, 2nd Edition. Edited by Lenzenweger M, Clarkin J. New York, Guilford, 2005, pp 282–331.

Piper WE, Duncan SC: Object relations theory and short-term dynamic psychotherapy: findings from the Quality of Object Relations Scale. Clin Psychol Rev19(6):669–685, 1999 10421951.

Piper WE, Azim HFA, Joyce AS, McCallum M: Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 48(10):946–953, 1991 1929765.

Posner MI, Rothbart MK: Developing mechanisms of self-regulation. Dev Psychopathol 12(3):427–441, 2000 11014746.

Posner MI, Rothbart MK, Vizueta N, et al: Attentional mechanisms of borderline personality disorder. Proc Natl Acad Sci 99:16366–16370, 2002.

Racker H: The meanings and uses of countertransference. Psychoanal Q 26(3):303–357, 1957 13465913.

Reich W: Character Analysis. New York, Farrar, Straus, and Giroux, 1972.

Renneberg B, Herm K, Hahn A, et al: Perception of social participation in borderline personality disorder. Clin Psychol Psychother 19(6):473–480, 201222076727.

Rockland LH: Supportive Therapy for Borderline Patients: A Psychodynamic Approach. New York, Guilford, 1992.

Rothbart MK, Bates JE: Temperament, in Handbook of Child Psychology, Vol 3, 5th Edition. Edited by Damon W, Eisenberg N. New York, Wiley, 1998, pp 105–176.

Russell JJ, Moskowitz DS, Zuroff DC, et al: Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder. J Abnorm Psychol 116(3):578–588, 2007 17696713.

Sadikaj G, Russell JJ, Moskowitz DS, Paris J: Affect dysregulation in individuals with borderline personality disorder: persistence and interpersonal triggers. J Pers Assess 92(6):490–500, 2010 20954051References 393 .

Sanderson C, Clarkin JF: Further use of the NEO-PI-R personality dimensions in differential treatment planning, in Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality, 3rd Edition. Edited by Widiger TA, Costa Jr PT. Washington, D.C., American Psychological Association, 2013, pp 325–348.

Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH: Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. Am J Psychiatry157(10):1629–1633, 2000 11007717.

Selby EA, Ward AC, Joiner TE Jr: Dysregulated eating behaviors in borderline personality disorder: are rejection sensitivity and emotion dysregulation linking mechanisms? Int J Eat Disord 43(7):667–670, 2010 19806606.

Shea M, Stout R, Gunderson J, et al: Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. Am J Psychiatry 159:2036–2041, 2002 12450953.

Shedler J, Westen D: The Shedler-Westen assessment procedure: making personality diagnosis clinically meaningful, in Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook. Edited by Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2010, pp 125–161.

Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, et al: Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 164(12):1832–1841, 2007 18056238.

Silk KR, Friedel RO: Psychopharmacological and neurobiological considerations, in The Integrated Treatment of Borderline Personality Disorder. Edited by Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF New York, Guilford, in press.

Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, et al: Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. Psychol Med 35:443–451, 2005 15841879.

Staebler K, Helbing E, Rosenbach C, Renneberg B: Rejection sensitivity and borderline personality disorder. Clin Psychol Psychother 18(4):275–283, 2011a21110407.

Staebler K, Renneberg B, Stopsack M, et al: Facial emotional expression in reaction to social exclusion in borderline personality disorder. Psychol Med 41(9):1929–1938, 2011b 21306661.

Steiner J: Psychic Retreats: Pathological Organization of the Personality in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients. London, Routledge and The Institute of Psychoanalysis, 1993.

Stepp SD, Pilkonis PA, Yaggi KE, et al: Interpersonal and emotional experiences of social interactions in borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis197(7):484–491, 2009 19597355.

Stern BL, Yeomans FE, Diamond D, et al: Transference-focused psychotherapy for narcissistic personality disorder, in Treating Pathological Narcissism. Edited by Ogrodniczuk J. Washington, DC, American Psychological Association, 2013394 Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder .

Stiglmayr CE, Ebner-Priemer UW, Bretz J, et al: Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. Acta Psychiatr Scand 117:139-147, 2008 18028248.

Stoffers J, Völlm BA, Rücker G, et al: Pharmacological interventions for borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev (6):CD005653, 201020556762.

Stone MH: Personality Disordered Patients: Treatable and Untreatable. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006.

Trull TJ, Ebner-Priemer UW: Using experience sampling methods/ecological momentary assessment (ESM/EMA) in clinical assessment and clinical research: introduction to the special section. Psychol Assess 21(4):457–462, 200919947780.

Westen D: The impact of sexual abuse on self structure, in Disorders and Dysfunctions of the Self (5th Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, 1991). Edited by Cicchetti D, Toth SL. Rochester, NY, University of Rochester Press, 1993, pp 223–250.

Widiger TA, Simonsen E: Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground, in Dimensional Models of Personality Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Edited by Widiger TA, Simonsen E, Sirovatka P, et al. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2006, pp 1–21.

Winnicott DW: Hate in the counter-transference. Int J Psychoanal 30:69–74, 1949.

Wnuk S, McMain S, Links PS, et al: Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. J Pers Disord27(6):716–726, 2013 23718760.

Yeomans FE, Selzer MA, Clarkin JF: Treating the Borderline Patient: A Contract-Based Approach. New York, Basic Books, 1992.

Yeomans FE, Gutfreund J, Selzer MA, et al: Factors related to drop-outs by borderline patients. J Psychother Pract Res 3(1):16–24, 1994 22700170.

Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF: A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient. Northvale, NJ, Jason Aronson, 2002.

Yun RJ, Stern BL, Lenzenweger MF, et al: Refining personality disorder subtypes and classification using finite mixture modeling. Pers Disord 4(2):121–128, 2013 23046042.

Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, et al: Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. Am J Psychiatry 154(8):1101–1106, 1997 9247396.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, et al: The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. Am J Psychiatry 160:274–283, 2003 12562573.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G: Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. Am J Psychiatry 169(5):476–483, 2012 22737693.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Номера страниц, выделенные **жирным** шрифтом, относятся к таблицам или рисункам. Номера страниц, за которыми следует (сн.), относится к номерам примечаний.

АА. *См.* Анонимные алкоголики
Агрессия, 26, 101*n*1
  агрессивная инфильтрация сексуального поведения в средней фазе лечения, 358–368
  интенсивность, **19**
  инфильтрация сексуального поведения и, 358–360
  контейнирование и толерантность в продвинутой фазе лечения, 402–403
  направленная против Я, 56–57
  пограничная организация личности и, 24–25
  снижение в продвинутой фазы лечения, 402
  толерантность пациента и, 82–83
  угрозы, 284–286

Привязанность, 431–439
  взаимодействие пациента с терапевтом и терапевта с пациентом, 434–435
  во время лечения, 431–439
  выводы для лечения, 438–439
  изменения в организации рефлексивном функционировании в терапии, фокусированной на переносе, 434
  клинические примеры, 435–437

Анонимные алкоголики (АА), 138, 167
  изменения в организации рефлексивном функционировании в терапии, фокусированной на переносе, 434
Антисоциальное расстройство личности, 183*n*1
  в продвинутой фазе лечения, 392–393
Антисоциальный перенос, 349–351
  клинический пример, 349–351

Аффект
  пример клинический отщеплённых позитивных аффектов, 371–373

интенсивный, 312
внутренние объектные отношения и, 11–1
диады аффективно нагруженные, 71
маловыраженный или отсутствующий, 276
память и, 9
негативный, 14, 54–55
толерантность терапевта и пациента, 317

Аффекты, доминирующие, 253–254
Аффективные бури
интервенция при, 329–330
развёрнутые, 328
безмолвные, 328–329
трансформация в доминантные объектные отношения, 428–329
видео, 276, 305–306, 308, 328

Интервью по привязанности для взрослых (AAI), 44, 49, 291,313
Контрпереноса острые реакции, 199

Отыгрывание, 265–266
блокирование сеанса, 258
пример клинический, 257
улучшение вне сеансов в продвинутой фазе, 393
реакция пациента, 129–132
диалог терапевта и пациента на этапе заключения контракта, 128–132

Поведение
агрессивная инфильтрация сексуального поведения в средней фазе лечения, 358–368
торможение нормального, 17
паттерны, 16, 327
самодеструктивное, 322, 324–325, 326, 429
клинический пример, 197–198
Посещаемость, непостоянная
как препятствие для исследования переноса, 362–263
пропуски сеансов в начале лечения, 280–281

AAI. *См.* Интервью по привязанности для взрослых
Биполярное расстройство, 103
Пограничное расстройство личности (ПРЛ), xi, 311
изменения в личностном функционировании у подтипов пациентов, 427
осложнения при комбинированном лечении, 164–165
сегодняшнее понимание, 47–48
разнообразие, 426
DSM-III критерии, 32–33
Эго и, 189–191
эмоциональная регуляция при, 31–32
межличностное функционирование при, 36–37
межличностное доверие, 38–39
лонгитюдное течение, 45–46
функциональность пациента при, 150
анамнез пациента и, 94
пациенты с анамнезом сексуального насилия и, 290–292
политетические наборы критериев, 33–34
процессы в реальном времени при, 35–36
чувствительность к отвержению при, 40–42
репрезентации Я и других, 44

саморегуляция и, 37–38
социальное исключение при, 42–43
расщепление, 20–22
стигма при, 115
терапевтический альянс с терапевтом, 314–318
лечение в группе клинического исследования, 48
модель психотерапии, фокусированной на переносе, 48–49

Пограничная организация личности (ПОЛ), xi, 19–27,311
агрессия и, 24–25
изменения в личностном функционировании у подтипов пациентов, 425–427
составные элементы, 19–21
разнообразие, 426
DSM-5 и, 25–26
высоко– и низкоуровневая организация, 429
моральные ценности, 24
нормальная и невротическая при завершении лечения, 414–417
объектные отношения при, 23
примитивные защиты, **20,** 22
ход изменений симптомов при, 45–46
диапазон сексуальной адаптации у пациентов с, **357**
диапазон сексуальных отношений у пациентов с, 356–357
тестирование реальности, 22

Фонд исследований пограничных расстройств, 60

ПРЛ. *См.* Пограничное расстройство личности
ПОЛ. *См.* Пограничная организация личности
Булимия, 149
Клинические случаи
продвинутой фазы лечения, 389–390
анализа расщепления в переносе, 185–187
антисоциального переноса, 349
распределение внимания между переносом и внешней жизнью пациента, 341–342
блокирование отыгрывания во время сеанса, 245–246
нарушения контракта, 246
способности использовать интерпретацию защитных механизмов в продвинутой фазе лечения, 404–405
выбора приоритетной темы, 249
использования контрпереноса, 199–202
циклов роста интеграции и проекции, 375–377
диссоциации, 358–362
ранней глубинной интерпретации переноса, 222
ранних сеансов, 319–322
завершения сеанса в начальной фазе терапии, 331–333, 332
эротизированного переноса, 365–368
расширения фокуса терапии в средней фазе терапии, 379
исследования несообразных реальности взглядов, 271–272
препятствий и осложнений на продвинутых этапах лечения, 389–390

интеграции и улучшения тестирования реальности, 374–375
взаимодействия привязанности пациента к терапевту и привязанности терапевта к пациенту, 434–435
интерпретации с поверхности вглубь, 221
маркеров интеграции, 74–80
нарциссического расстройства личности, 135–136
нейтральности и контрпереноса, 192–193
нейтральности и саморазрушающего поведения, 197–198
нелетального саморазрушающего поведения, 326
всемогущего контроля в переносе, 187–189
отыгрывания пациента, 265
госпитализации пациента во время лечения, 297–301
улучшения состояния пациента и его реакции в средней фазе лечения, 386
фаз лечения, **273**
психотического эпизода, 293
взаимосвязи между внутренними репрезентациями, идентификациями периода развития и проекциями, 384–385
отношений с пациентом в продвинутой фазе лечения, 400
относительно процесса и исходов лечения, 64–65
самоповреждения, 358–362
сеансов ранней фазы лечения, 331–333, 332
сдвигов в преобладающей парадигме переноса, 404–405
соматизации. 304
отщеплённых позитивных аффектов, 375–377
структурного интервью, 103–109
технических подходов в продвинутой фазе лечения, 410–411
технической нейтральности, 191–192
тестирования лечения и рамки, 319–322
угрозы прерывания лечения, 287–289

Хронические реакции контрпереноса, 200–201
Мышление, ресурсы для, 38–39
Collaborative longitudinal personality disorders study, 44–45
Конфронтация, видео, 232
Контейнирование, 53
Контракт. *См.* Лечение
Шкала оценки контракта, 116
Contract rating scale, 117
Использование контрпереноса, 199–205
острые реакции на, 201
клинические примеры, 197–198, 204–205
комплементарного, 200
описание, 199–200
отслеживание, 202
риск принятия хронического контрпереноса в продвинутой фазе лечения, 411
терапевт и, 200, 201, 422

DBT. *См.* Диалектическая поведенческая терапия
«Дерево решений», модель интервью, 96
Защитные механизмы
способность использовать интерпретацию защитных

механизмов в продвинутой фазе лечения, 400
клинический пример, 404–405
Депрессивная позиция, 14, 84
Депрессивный перенос, 351
Диалектическая поведенческая терапия, 60–61
DSM. *См.* Диагностическое статистическое руководство по психическим расстройствам
Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM)

DSM-III
диагностические критерии пограничного расстройства личности, 32

DSM-5
альтернативная модель, 27
для пограничного расстройства личности, 26–27
расстройства личности, критерии, 95

Диссоциативные реакции, 293
клинический пример, 358–363
Нечестность
как препятствие для исследования переноса, 259–261
Сновидений, анализ, 412–413
Диады. *См. также* Теория объектных отношений
активные, 170–171
аффективно нагруженные, 74
нагруженные ненавистью, 78
называние действующих лиц и уровня действия, 72–73
роли пациента, **78**
реверсии персекуторных, **365**
противодействующие друг другу, 77–81, **79**
Пищевые расстройства
булимия, 144
процедура заключения контракта, 148–149
Мгновенная экологичная оценка (EMA), 36–37
Эго, у пациентов с пограничным расстройством личности, 189–191
EMA. *См.* Мгновенная экологичная оценка
Неотложные ситуации, 223–224
Скорая помощь, визиты во время лечения, 295
Эмоции, регуляция у пациентов с пограничным расстройством личности, 36–37
Эротизированный перенос, 358
Фантазии, толерантность пациента 72, 423
Моделирование конечной смеси, 427
фМРТ. *См.* Функциональная магнитно-резонансная томография
Фрейд, Зигмунд, 364
Дружба, 52
Функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ), 36
Хорошая психиатрическая поддержка (GPM), 121
Good psychiatric management. *См.* Хорошая психиатрическая поддержка
GPM. *См.* Хорошая психиатрическая поддержка
Вина, 83–84

Ненависть, 351
отсутствие толерантности к, 352
Холдинг, 54
Госпитализация во время лечения, 295–297

клинический пример, 295–297
Идентичность
консолидация, 67
диффузия, **19**
оценка, 109
Младенчество
аффекты и внутренние объектные отношения, 11–15
нарушения во взаимодействии младенца и родителя, 10
факторы развития личности, 8–10, **9**
Информация, сокрытие как препятствие для исследования переноса, 261
Интеграция
чередования регресси и, 371–373
клинические примеры
улучшения тестирования реальности и, 371–373
маркеров, 82–90
отщеплённых позитивных аффектов, 372–373
циклы проекции и повышения, 375–377
процесс, 391
понимание расщепления и стремления к, 370–371
Межличностное функционирование, 38, 101–102
Интерпретация, 51
защитных механизмов, клинический пример способности использовать, 404–405
характеристики технически грамотной, 205–222
ясность, 206
критерии определения, что и как интерпретировать, 209–210
активных в настоящий момент объектных отношений, 217–219
глубина, 210–211, **211**
описание конфликта, 225
ранняя глубинная интерпретация переноса, 222–223
клинический пример, 224
объектных отношений, против которых направлена защита, 219–220
для пациента, 225–228
уместность, 208–209
примитивных защит, 212–217
риск с пациентами с пограничным расстройством личности, 231
темп, 207–208
с поверхности вглубь, 220–221
клинический пример, 221
использование гибкости при проведении, 199–200
видео, 174, 236, 339,356
работа с уровнями, 220

Интерпретативный процесс, 172–179
прояснение, 174–175, 187–189
примеры, 192
конфронтация, 174, 177–178
примеры, 185
описание, 169–170
интерпретация, 174, 178–179
наблюдение за каналами коммуникации, 175
Интервью
клинический пример структурного интервью, 103–109
полуструктурированное, 99–100
структурное, 95–99
начальные вопросы, 96
структурный цикл, 97
Близкие отношения, 50
Интроспекция, 55, 55 (сн.)
Любовь

контейнирование и толерантность в продвинутой фазе лечения, 402–403
здоровая, 353–356
интеграция любовных и сексуальных чувств в средней фазе лечения, 369–370
сексуальности и, 356
Большое депрессивное расстройство, 92
MBT. *См.* Терапия, основанная на ментализации
Медицинская модель, 324, 324(сн.)

Лекарственное лечение
лекарственно-индуцированный психоз во время психотерапии, 293
поддерживающее, 164–165
значение для пациента, 163
психотерапия и, 160–168
симптомы и побочные эффекты, 164
Медико-правовые соображения, 323–324
Память, аффект и, 9
Терапия, основанная на ментализации (MBT), 101
Ментализации, теория, 14, 37
Модели
альтернативные DSM–5, 27
«дерево решений», модель интервью, 96
моделирование конечной смеси, 427
медицинская vs терапии, фокусированной на переносе, 324, 324(сн.)
объектных отношений, модель нозологии, 17–27
терапии, 228–229
психотерапии, фокусированной на переносе, 48–49
лечения, 48–58
Мораль, пограничная организация личности и, 24
Горевание, 413–417
Нарциссическое расстройство личности (НРЛ), 24, 102
клинический пример, 135–136
сепарация от терапевта и, 418–419
Нарциссический перенос, 348
Анонимные Наркоманы, 187
Невротическая организация личности (НОЛ), 17, 19, 99
сепарация от терапевта и, 418–419
НРЛ. *См.* Нарциссические расстройство личности
НОЛ. *См.* Невротическая организация личности
Объектных отношений, теория, 170–171. *См. также* Диады
агрессия и, 353
защита против, 219–220
пример, 220
определение доминантных, 70–**72**
интерпретирование, 217–219
примеры, 217–219
называние действующих лиц и действия, 72–74
идентификация типов тем переноса, 74–75
уровень индивидуальных диад, 72–73
реакция пациента и, 74–75
факторы развития личности, 8–10, **9**
качество, 100
в безопасном контексте, 50–53
стратегии психотерапии, фокусированной на переносе, и, 68

Объектная репрезентация, описание, 11 (сн.)
Другой, описание, 11(сн.), 99
Параноидно-шизоидная позиция, 13
Параноидный перенос, 406
  в продвинутой фазе лечения, 349–350
  реверсии в персекуторной диаде в средней фазе лечения, **367**

Пациент
  отыгрывание, 256, 263–264
  клинический пример, 264
  улучшение вне сеансов в продвинутой фазе лечения, 393–396
  адаптация на этапе начала лечения, 428–430
  толерантность к аффекту, 317
  зоны фокуса и изменений в начальной фазе терапии, **317**
  оценка поверхностной комплаентности, 227–228
  посещаемость терапевтических сеансов, 262–263, 322
  поведенческие формы сопротивления лечению, 132–134, **133**
  блокирование отыгрывания во время сеансов, 245–246
  способность испытывать вину и депрессивная позиция, 83–84
  способность к проживанию отношений, 82–91
  способность поддерживать отношения с терапевтом в начальной фазе лечения, 314–318
  характеристики, положительно влияющие на психотерапию, фокусированную на переносе, 102
коммуникация с терапевтом, 250
  нарушения контракта и, 264
  обсуждение диагноза, 114
  нечестность, 259–261
  посещение скорой помощи во время лечения, 295
  заключение терапевтического контракта, 128
  гетерогенность и планирование лечения, **103**
  анамнез до начала терапии, 94
  госпитализация во время лечения, 295–301
  улучшение и реакции в средней фазе лечения, клинический пример, 386
  влияние привязанности к терапевту, 431–433
  интерпретация лечения, 225–227
  примеры 226–227
  нерегулярные посещения, 2256, 262–263
  лексикон, 72–73
  жизнь вне терапии, 330
  распределение внимания между переносом и, 379–380
  ложь, 259–261
  маркеры постепенной интеграции отщеплённых частичных объектов, 81
  значение лекарственного лечения, 163
  психическая доступность во время сеансов, 263
  фазы лечения, **313**
  реакция на лекарственное лечение, 163
  реакция на объектные отношения, 74–76

отношения с терапевтом, 80
сопротивление терапии, 252
реакция на границы в сеттинге, 155–157
обязательства в рамках лечения, 117–118
гонорар, 119–120
роль в терапии, 120–121
посещаемость, 121–122, 262–263, 322
роль информации о жизни вне терапии, 256
ролевые пары терапевта и, 70, **71**
реверсии ролей, 76–77
роли в диаде, **78**
самонаблюдение, 401
сдвиги преобладающих парадигм переноса, 82–83
молчание во время лечения,
телефонные звонки во время лечения, 303, 301–302
диалог терапевта и пациента в процессе заключения контракта, 128–132
оценка того, как пациент понимает и принимает контракт, 128–129
реакция пациента на, 129–132
комментарии терапевта и, 81–82
толерантность к агрессии, 82
толерантность и способность интегрировать интерпретацию примитивных защитных механизмов, 82
толерантность к фантазии, 82–403
паттерн переноса, 74–75
утаивание информации, 261
проработка грандиозного Я в переносе, 102
PCA. *См.* Метод главных компонент
Личность
клинические индикаторы изменений в, **442**
описание, 4
структура организации, 95
изменение функционирования в процессе лечения, 434
Личностные расстройства
классификация, сочетающая категориальные и количественные понятия, **19**
DSM-5, критерии, 97
Институт личностных расстройств, 59
Личностная организация, xi
подходы к, 2–3
пограничная организация личности, 19–20
факторы развития, 8–10, **9**
уровни, **5**
невротическая организация личности, 17, 18
нормальные характеристики, 6–7, **13**
модель нозологии на основе объектных отношений, 17–27
классификация расстройств личности, сочетающая категориальные и количественные понятия, **19**
обзор, 1–2
расщеплённая организация, 12–**13**
структурная организация, 3–16
аспекты уровней организации, **5**
факторы развития, 8–11
внутренний мир младенца, **9**
мотивационные аспекты и, 11–16

нормальная
интеграция с осознанностью и сложностью, **13**
нормальное развитие личности и его отклонения, 4–6
объектных отношений, диады, 3–4, **4**
Примитивные защиты, 185–189, 212–217
идеализация и обесценивание, 214
всемогущий контроль, 213–214
проективная идентификация, 214–216
пример, 215–216
примитивное отрицание, 216–217
проекция, 216
расщепление, 213
Метод главных компонент (PCA), 440

Промискуитет. *См.* Сексуальность
Психодинамическая поддерживающая психотерапия, 100
Психообразование, обсуждение диагноза с пациентом, 114–116
Психологическая структура, описание, 3
Психотерапия
коморбидные расстройства и, 162
лекарственно-индуцированный психоз, 294–295
экспрессивная, 189–199
лекарственное лечение и, 160–167
преимущества и недостатки сочетания двух ролей, 166
преимущества и риски разделения двух ролей, 166–167
поддерживающее, 165
значение для пациента и терапевта, 163
симптомы и побочные эффекты как защиты против исследования, 164
симптомы, возникающие в ходе, 162

PCA. *См.* Метод главных компонент
Личность
клинические индикаторы изменений в, **441**
описание, 4
структура организации, 94
изменение функционирования в процессе лечения, 437
Личностные расстройства
классификация, сочетающая категориальные и количественные понятия, **19**
DSM-5, критерии, 97
Институт личностных расстройств, 59
Личностная организация, xi
подходы к, 2–3
пограничная организация личности, 18–26
факторы развития, 8–11, **27**
уровни, **5**
невротическая организация личности, 17–18
нормальные характеристики, 6–7, **13**
модель нозологии на основе объектных отношений, 17–27
классификация расстройств личности, сочетающая категориальные и количественные понятия, **19**
обзор, 1–2
расщеплённая организация, **13**
структурная организация, 3–16
аспекты уровней организации, **5**

факторы развития, 8–11
внутренний мир младенца, **9**
мотивационные аспекты и, 11–16
нормальная
интеграция с осознанностью и сложностью, **13**
нормальное развитие личности и его отклонения, 4–6
объектных отношений, диады, 3–4, **4**
Примитивные защиты, 185, 214
идеализация и обесценивание, 214
всемогущий контроль, 214
проективная идентификация, 214–216
пример, 215–216
примитивное отрицание, 216–217
проекция, 216
расщепление, 213–214

Метод главных компонент (PCA), 440
Промискуитет. *См.* Сексуальность
Психодинамическая поддерживающая психотерапия, 100
Психообразование, обсуждение диагноза с пациентом, 114–116
Психологическая структура, описание, 3
Психотерапия
коморбидные расстройства и, 162
лекарственно-индуцированный психоз, 294–295
экспрессивная, 189–199
лекарственное лечение и, 160–167
преимущества и недостатки сочетания двух ролей, 166
преимущества и риски разделения двух ролей, 166–167
поддерживающее, 165
значение для пациента и терапевта, 164
симптомы и побочные эффекты как защиты против исследования, 164
симптомы, возникающие в ходе, 162

Проект исследования психотерапии Фонда Меннингера, 2
Психотические эпизоды, 292–293
острые психотические переживания в переносе, 292–293
клинический пример, 293
Q-классификации, техники, 100
Шкала качества объектных отношений, 100
Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), 60–64
РКИ. *См.* Рандомизированные контролируемые исследования
Рефлексивное функционирование (РФ), 49, 51(сн.), 60
Чувствительность к отвержению (ЧО)
с пограничным расстройством личности, 40–41
определение, 40
Отношения. *См. также* Пациент, Терапевт
способность поддерживать с терапевтом в начальной фазе лечения, 314–318
способность пациента к проживанию, 81–91
пациент—терапевт, 80
роль человеческого в психотерапии, фокусированной на переносе, 57

Репарация, 469
РФ. *См.* Рефлексивное функционирование
Роли. *См. также* Пациент, Терапевт
внутри диады, **416**
неправильное называние, 75
ЧО. *См.* Чувствительность к отвержению
Садомазохизм, 75
Я, 292
описание, 200
направление агрессии против, 49–50
диады, противодействующие друг другу, 77–81
проживание, **69**
репрезентации, 44
Самодеструктивное поведение, 429
Я-функционирование, 24
самоповреждение, 358–362
самонаблюдение, 401
ауторефлексия, 16

Сепарации
от аналитика в конце лечения, 419
анализ во время лечения, 419–421
нормальные и невротические при завершении лечения, 418
реакции пациента на, 412–413
от пациента с нарциссическим расстройством личности, 415–417
от пациента с невротической организацией личности, 418

Сексуальное насилие, лечение пациентов с пограничным расстройством личности и анамнезом, 290–292
Сексуальное поведение
во время продвинутой фазы лечения, 402–403
агрессивная инфильтрация в средней фазе лечения, 358–368

Сексуальность, 358–362
агрессивная инфильтрация сексуального поведения, 358
любовь и, 356
диапазон сексуальной адаптации у пациентов с пограничной организацией личности, **357**
Социальная зависимость, процедура заключения контракта, 149–152
Социальная исключённость, с пограничным расстройством личности, 41–44
Соматизация, 303
клинический пример, 304
Расщепление, 21–22
чередование интеграции и регрессии, 345–346
клинический пример, 171–173
признаков отщеплённых позитивных аффектов, 371–373
диады и, 79
признаки, 370–371
пример, 213
интерпретация, 76
понимание и стремление к интеграции, 370–372

STIPO-R. *См.* Структурированное интервью по организации личности – пересмотренное
Структурированное интервью по организации личности – пере-

смотренное (STIPO-R), 99
Злоупотребление веществами или зависимость, процедура заключения контракта, 160
Суицид, 429–430
как препятствие для исследования переноса, 258
рекомендации по принятию решений, 281–284
идеи суицидальные, 279–280, 395
работа с угрозами и попытками во время лечения, 279–283
процедура заключения контракта касательно суицидального поведения, 141–148, **142**
угрозы, 279

Техническая нейтральность, 189–192
клинические примеры, 191–192, 197–198
описание, 189
отклонения от, 194–195
возврат к, 195–197
в психотерапии, фокусированной на переносе, 55
видео, 232–241

Темперамент, описание, 4, 6
ТФП. *См.* Психотерапия, фокусированная на переносе

TFP. *См.* Психотерапия, фокусированная на переносе
Терапевт. *См. также* Лечение, тактические подходы и клинические трудности
отлучки и работа с замещающим терапевтом, 301–302
аффективная вовлечённость в пациента, 317
толерантность к аффекту, 317
агрессивное реагирование на реакции пациента на установлении границ в контракте, 157–158
амбивалентность по поводу контракта, 158–159
способность поддерживать отношения в ранней фазе лечения, 314-318
комментарии в адрес пациента, 82
распространённые проблемы терапевта касательно сеттинга и контракта, 154
коммуникация с пациентом, 250
контрперенос и, 199, 200, 422
отклонения от контракта или лечения как сигналы для, 358–362
проживание, **69**
неправильное реагирование на реакции пациента на границы в сеттинге, 155–157
гибкость в использовании тактических подходов, 250
влияние привязанности к пациенту, 431–433
интервенции в психотерапии, фокусированной на переносе, **52–53**
значение лекарственного лечения для, 163
нейтральность, 97–98
интрузии пациента в жизнь терапевта, 264
реакции пациента на сепарацию от, 411
отношения с пациентом, 80
в продвинутой фазе лечения, 396

клинический пример, 400
обязательства в рамках лечения, 121–127
отношение к гонорару, 122–123
отношение к расписанию, 122
роль в методе лечения, 123–127
роль, 228–230
свободное прояснение и конфронтация, 228–229
выстраивание специфических интервенций, 230
использование гибкости в проведении интерпретаций, 229–230
ролевые пары пациента и, 70–**71**
диалог терапевта и пациента в процессе заключения контракта, 128–132

Терапия. *См.* Лечение

Мышление, дезорганизация, 53
Угрозы
агрессии, 284–286
как препятствие для исследования переноса, 251
прерывания лечения, 286–287, **287**
завершения лечения, 258–259
другим, 284

Переноса, анализ, 179–185
клинические примеры сдвигов в преобладающих парадигмах в продвинутой фазе лечения, 404–405
примеры, 180
негативные и позитивные реакции переноса, 182–183
примитивные защиты в контексте, 184–185
клинические примеры, 185–189

Психотерапия, фокусированная на переносе (ТФП)
фаза оценки состояния, 93–101
клиническая оценка, 94–99
полуструктурированное интервью, 99–100
клинический пример структурного интервью, 103–110
цикл структурного интервью, **97**
обзор, 93–94
показания к лечению, 101–103
заключение терапевтического контракта, 95
гетерогенность пациентов и планирование лечения, **103**
суть диагностической задачи, 109–110
распределение внимания между внешней жизнь пациента и, клинический пример, 341–342
клинический пример касательно процесса и итоговых результатов, 64–65
в сочетании с подходами, ориентированными на развитие навыков, 167
текущий эмпирический статус, 63–64
дезорганизация мышления, 45, 47–48
длительность, 58
эмпирическая разработка, 32–92
эволюция пограничной патологии, 32–48
процессы при пограничном расстройстве личности в реальном времени, 35–44
факторная структура симптомов, 33–34
описания личностных черт, 34–35

обзор, 31
шаги, 32
цели, 13–14, 49–50, 67–68
выявление типов тем переноса, 65–66
значение доминантных тем переноса в, 430
ограничения, 51
механизмы изменения, **52–53**
объектные отношения в безопасном контексте, 50–53
обзор, ix—xii
позитивные vs негативные, 353(сн.)
преобладающий базисный перенос, 74
прогрессирование, 55–57
рандомизированные контролируемые исследования, 60–64
как сопротивление доступу к глубинному материалу, 252
роль человеческих отношений в, 57
стратегии, 67–81, **69**
определение доминантных объектных отношений, 68–76
наблюдение и интерпретирование связей между противодействующими диадами объектных отношений, 77–81
наблюдение и интерпретирование реверсий ролей пациента, 76–77
итеративный характер работы, 91
проработка способности пациента испытывать отношения по-разному, 81–89
интеграция отщеплённых частичных объектов, 82
маркеры постепенной интеграции пациента, 81–91
тактические подходы, 67–68
преподавание, приверженность подходу и компетенция, 59
техники, не используемые в, 230–232
лечение. *См.* Лечение
типы препятствий для исследования переноса, 258–264
понимание и работа с эротизированным переносом, 363–368
Лечение
продвинутая фаза, 388–423, **313**
клинические примеры, 185–189
продвинутой фазы лечения, 389–390
улучшения в отыгрывании вне сеансов, 393
изменения в, 390–**391**
клинические характеристики, 392–401
разрешение антисоциального/психопатического и параноидного переноса, 392–393
улучшение в отыгрывании вне сеансов, 393
отношения с терапевтом по мере снижения проекций, 396–400
описание, 388–389
эволюция техник, 412
клинические примеры, 412, 413
препятствия и осложнения при переходе на продвинутые этапы лечения, 408–409
клинический пример, 352
показатели внутрипсихических структурных изменений, 401–408
способность использовать интерпретацию защитных механизмов, 404

контейнирование и толерантность к осознаванию агрессии и любви, 402–403
признаки продвижения пациента к самонаблюдению, 431
исследование комментариев терапевта, 401
сдвиги в преобладающих парадигмах переноса, 405–406
толерантность к фантазии, 403
риск принятия хронического контрпереноса, 411
технические подходы в течение, 409–414
клинический пример, 410–411
оценка специфических угроз, 134–139
внимание к предыдущим курсам терапии и взаимодействию здесь-и-сейчас, 136
клинический пример, 135–136
диагностическое впечатление, 134–135
поведенческие формы сопротивления, 133–134, **133**
изменения в функционировании личности, 425–443
привязанность и, 431–439
изменение в организации привязанности и рефлексивном функционировании в психотерапии, фокусированной на переносе, 434
следствия, 438–439
взаимодействие привязанности пациента к терапевту и привязанности терапевта к пациенту, 435–437
клинические индикаторы изменений, 441, **442**
описание, 425–427
доминантные темы переноса в психотерапии, фокусированной на переносе, 430–431
следствия, 431
эмпирически разработанные траектории изменений, 439–441
следствия, 440–441
адаптация пациента на этапе начала лечения, 428
высоко- и низкоуровневая пограничная организация, 429
следствия, 430
степень выраженности симптомов и функциональных дефицитов до начала лечения, 429–430
у подтипов пограничных пациентов, 160–167
сочетания с другими интервенциями, 132–160
контракт, 117–140
нарушения, 246
клинический пример, 246–247
как «заданное заранее» пространство, 113–114
ключевые элементы, **116**
заключение, 85
функции, **114**
индивидуальные аспекты, 132–160
границы первоначального сеттинга, 152–159
агрессивное следование за реакциями пациента на, 157
распространённые проблемы терапевтов на этапе заключения контракта, 154
отклонения от контракта или лечения как сигналы для терапевта, 152–154
неправильное реагирование на реакции пациента на, 155–157

амбивалентность терапевта по поводу контракта, 158–159
процедура заключения контракта
касательно специфических угроз лечению, 139–149
касательно расстройств пищевого поведения,130–131
касательно вопросов социальной зависимости, 149–152
касательно злоупотребления веществами или зависимости, 148
касательно суицидального поведения, 124–130, **125–126**
обсуждение примеров, 142–143
для обеспечения безопасности лечения, 140–141
процесс обсуждения, 117
переход от контракта к терапии и возврат к вопросам контракта, 159
диалог терапевта и пациента в процессе обсуждения контракта, 128–132
начальная фаза, 311–343, **313**
аффективные бури и их трансформация в доминантные объектные отношения, 329–330
интервенции при аффективных бурях, 328–329
развёрнутые аффективные бури, 328
безмолвные аффективные бури, 328–329
установление контроля над импульсивным и деструктивным поведением, 322–328
медико-правовые соображения, 323–324
нелетальная самодеструктивность, 324–325
установление параметров контракта в процессе лечения, 323–324
угрозы суицида и самодеструктивное поведение, 322–323
способность поддерживать отношения с терапевтом, 314–322
клинический пример, 319–322
пропуски сеансов на ранних этапах лечения, 319–322
тесты лечения и рамки, 318
терапевтический альянс, 275–278
клинические примеры, 319–322, 331–333, 332
клинические иллюстрации ранних сеансов, 319–322
описание, 311, 314
завершение сеанса, 334–335
цели, 311
жизнь вне терапии, 330
движение работы в ходе сеанса, 331–334
видео, 174, 236, 339
зоны фокуса и изменений, **317**
эффекты помимо симптоматических изменений, 63–64
ожидания, 317
установление рамки, 112–168
совмещение психотерапии, фокусированной на переносе, с другими интервенциями, 160–167
начало терапии, 113–132
обсуждение диагноза с пациентом, 114–116
обзор, 112–114
руководство, 59
психическая доступность как препятствие для исследования переноса, 246

средняя фаза, 345–386, **313**
распределение внимания между переносом и, 341–342
клинический пример интеграции и улучшения в тестировании реальности, 373–374
циклы повышения интеграции и проекции, 375–377
клинический пример, 376–377
описание, 345
расширение фокуса терапии, 377–378
клинический пример, 379
интеграция любовных и сексуальных чувств, 369–370
улучшение пациента и его реакции, 386
первичные задачи, 346–353, **347**
агрессивная инфильтрация сексуального поведения, 358–369
клинический пример, 349–350
здоровая любовь как цель, 353–356
латентная агрессия, 307–308
диапазон сексуальной адаптации у пациентов с пограничной организацией личности, 356–358
диапазон сексуальных отношений у пациентов с пограничной организацией личности, 356–370
отщеплённые идеальные образы, 353–354
шаги к интеграции негативного аффекта, 351–353
понимание основных паттернов переноса, 347–349
установление взаимосвязи между внутренними репрезентациями, идентификациями этапа развития и проекциямит,
клинический пример, 384–385
сдвиги в рамках персекуторной диады, **365**
понимание и работа с эротизированным переносом, 363–368
понимание расщепления и стремления к интеграции, 370–372
модель, 48–49, 229
понимание основных паттернов переноса, 347–349
установление взаимосвязи между внутренними репрезентациями, идентификациями этапа развития и проекциямит,
клинический пример, 384–385
сдвиги в рамках персекуторной диады, **365**
понимание и работа с эротизированным переносом, 363–368
понимание расщепления и стремления к интеграции, 370–371
модель, 48–49, 229
обязательства пациента, 117–118
предварительные тесты итогов, 59
проблемы, возникающие вне сеансов, влияющие на, 264
роль терапевта, 228–230
свободное прояснение и конфронтация, 228–229
выстраивание специфических интервенций, 230
использование гибкости в проведении интерпретаций, 229–230

оценка поверхностной комплаентности, 227–228
тактические подходы и клинические трудности, 243–309. *См. также* Лечение, контракт
выбор приоритетной темы и следование ей, 249–268
следование иерархии приоритетов касательно содержания, 255–258
клинический пример, 257
обсуждение типов препятствий исследованию переноса, 258–268
экономический, динамический и структурный принцип, 250–255
примеры специфических угроз лечению, **257**
иерархия тематических приоритетов, **256**
наблюдение за каналами коммуникации, 250
роль сведений о жизни пациента вне терапии, 256
тривиальные темы, 256–257
распространённые трудности в лечении, 277–304, **279**
депрессивные эпизоды, 294
диссоциативные реакции, 294
посещения скорой помощи, 295
госпитализация, 295–297
работа с угрозами и попытками суицида в процессе лечения, 279–283
невыполнение требований вспомогательного лечения, 289
молчание пациента, 303
телефонные звонки пациента, 301–302
психотические эпизоды, 292–293
соматизация, 303–304
отсутствие терапевта и заменяющий терапевт, 302–303
угрозы агрессии и интрузии, 284–286
угрозы прерывания лечения, 286–287, **287**
угрозы окружающим, 284
лечение пациентов с пограничным расстройством личности и анамнезом сексуального насилия, 290–292
видео, 304–308
описание, 243–244
исследование несообразных реальности взглядов, 268–275
клинические примеры, 271, 273
поддержание рамки лечения, 244–249
блокирование отыгрывания во время сеанса, 245–246
клинические примеры, 245–246
устранение вторичной выгоды, 247–249
регулирование интенсивности аффективной вовлечённости, 276
гибкость терапевта в использовании тактических подходов, 276–277
техники, 67–68, 169–241
оценка поверхностной комплаентности, 227–228
характеристики грамотно выполненной интерпретации, 205–222
осложнения при движении с поверхности вглубь, 220–222
использование контрпереноса, 194–205

описание конфликта, 225
описание, 169–172
ранняя глубинная интерпретация переноса, 222–223
интерпретация для пациента, 225–227
интерпретативный процесс, 172–179
техническая нейтральность, 189–199
анализ переноса, 179–185
техники, не используемые в психотерапии, фокусированной на переносе, 230–232
завершение, 414–423
горевание, 414–417
нормальная, невротическая и пограничная организация личности, 418–419
нормальная и патологическая сепарация, 418–419
реальность завершения, 421–422
технические следствия, 419–421
анализ сепарации на момент завершения лечения, 421
анализ сепараций во время лечения, 421
контрперенос терапевта, 422
своевременность, 422–423
обязательства терапевта, 121–127
психотерапия, фокусированная на переносе, и другие интервенции, 160–167
сочетание с подходами, направленными на развитие навыков, 167
лекарственное лечение и, 160–167
Триггеры, события, 273
Доверие, межличностное, с пограничным расстройством личности, 38–39
Двенадцатишаговые программы, 168, 289, 322
Видео
аффективные бури
видео 3–1, 276, 305, 306
видео 3–2, 306–308, 306
видео 3–3, 308–309, 308
конфронтация, 232
описание Я и описание Другого
видео 1–1, 99
путеводитель по, xiii-xiv
интерпретация
видео 2–1, сеанс перед отпуском, 236,–340, 240–241, 339, 356
видео 2–2, сеанс перед отпуском, 236–240, 256, 339, 356
техническая нейтральность и тактичная конфронтация
видео 1–2, 232–234
видео 1–3, 234–236
Weight watchers
167

Фрэнк Йоманс, MD, PHD
Джон Кларкин, PhD
Отто Кернберг, MD

Психотерапия, фокусированная на переносе, при пограничном расстройстве личности. Клиническое руководство

Переводчик Снигур В.С.
Научный редактор Ковалец А.С.
Выпускающий редактор Гутман К.А.
Корректор Ковынева И.Е.
Вёрстка Уманец Ю.В.

Подписано в печать 25.04.2018
Формат 158 × 230, (~64 × 100/16)
Тираж 1 000 экз. Заказ №3672/18

Отпечатано в соответствии с предоставленными материалами в ООО «ИПК Парето-Принт», 170546, Тверская область, Промышленная зона Боровлево–1, комплекс №3А,
www.pareto-print.ru

ISBN 978-5-6040981-0-3



«Терапия, фокусированная на переносе (ТФП), основана на одной из основополагающих теорий психоаналитической мысли — теории объектных отношений — и разработана с использованием скурпулёзной исследовательской методологии и эмпирической оценки. Этот лечебный метод, предназначенный для наиболее трудных пациентов, которые встречаются в практике динамических терапевтов,— пациенты с пограничным расстройством личности, предлагает не только облегчение симптомов, но также подход к лежащему в их основе личностному расстройству. Этот подход обещает улучшение в социальном и профессиональном функционировании, в любовных отношениях и в творчестве. В этом руководстве для клиницистов Йоманс, Кларкин и Кернберг, разработчики этого лечебного метода, описывают истоки ТФП и сопровождают клинициста по этапам лечения. Они обсуждают вопросы отбора пациентов, установления и поддержания рамки, а также развития переноса и его анализа. Они дают рекомендации касательно работы с кризисами, суицидальностью, сексуальным отыгрыванием, а также по другим вопросам, иллюстрируя свои идеи клиническими примерами. Эта книга обязательна к прочтению для всех, кто хочет понять или использовать ТФП, а также для всех, кто работает с пограничными пациентами».

Роберт Мишелс, M.D., профессор медицины и психиатрии в Университете Уолша Макдермотта и в Корнелльском университете; обучающий и супервизирующий аналитик в Центре психоаналитического обучения и исследований в Колумбийском университете; бывший ответственный редактор Международного журнала психоанализа.

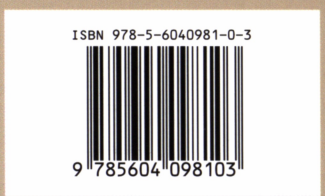
«Замечательная книга Йоманса, Кларкина и Кернберга «Терапия, фокусированная на переносе, при пограничном расстройстве личности: клиническое руководство» одновременно сложна и доступна для понимания. Авторы в простых терминах объясняют теории характера, психопатологии и лечения, давая клинические примеры, иллюстрирующие эти сложные идеи. Эта книга будет полезна всем, кому интересно лечение пограничного расстройства личности, а также применение психодинамической психотерапии в лечении всех пациентов. Кроме того, она в равной степени будет интересна и студентам, и опытным клиницистам».

Элизабет Л. Окинклосс, вице-председатель по вопросам образования, кафедра психиатрии Медицинского центра Вейл Корнелл.

«Терапия, фокусированная на переносе, заслужила авторитет как эмпирически обоснованного и эффективного метода лечения пограничного расстройства личности (ПРЛ), но эта работа далеко не проста! Эта книга Йоманса, Кларкина и Кернберга являет собой замечательный план местности для клиницистов — настоящий навигатор по ТФП, который аутентично и грамотно вырисовывает ландшафт лечения. Настоятельно рекомендую всем терапевтам, которые работают с пограничными пациентами».

Джон М. Олдэм, M.D., M.S., старший вице-президент и глава администрации клиники Меннингера; обладатель именной профессуры Барбары и Корбина Робертсона (мл.) на кафедре личностных расстройств, а также профессор и исполнительный вице-председатель кафедры психиатрии и поведенческих наук Меннингера, Медицинский колледж Бейлора; бывший президент Американской психиатрической ассоциации.

ISBN 978-5-6040981-0-3



Дизайн обложки: Рик А. Пратер
Автор рисунка: Лиам О'Брин





Москва
Издательский проект группы
партнеров Psy Event