

Результаты опыта
психоаналитического подхода к
психиатрическому случаю
параноидной шизофрении с
маниакально-депрессивным
синдромом



СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
РАЗДЕЛ 1. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР. НЕКОТОРЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПСИХОЗ.....	6
1.1. История появления термина «психоз» и «шизофрения».....	6
1.2.В. Тауск «Формирование «аппарата влияния» при шизофрении»...10	10
1.3. Взгляд представителей школы объектных отношений на этиологию и психотерапию психозов.....	14
1.3.1. Взгляды М. Кляйн и У. Биона на этиологию психоза.....	14
1.3.2.С. Резник «особенности психотической личности и некоторые указания относительно терапии».....	19
1.3.3. Д. Стайнер. Психотические организации личности.....	22
1.3.4. Точка зрения д. Винникотта относительно этиологии и психотерапии психоза. М. Балинт о шизофрении.....	25
1.3.5. Взгляд У. Фейрберна, Г. Гантрипа на шизоидные состояния.....	31
РАЗДЕЛ 2. Клинический случай параноидной шизофрении с маниакально - депрессивным синдромом.....	36
РАЗДЕЛ 3. Рекомендации по диагностике и терапии шизофрении в условиях стационара.....	51
ВЫВОДЫ.....	55
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	58

ВВЕДЕНИЕ

В Киеве — более 25 тысяч человек с диагнозом «шизофрения». И это только официальная статистика. В Украине боятся психбольниц. Следствие этого — люди с психическими расстройствами не идут на обследование. В целом этим недугом страдает примерно 1–2% людей во всем мире. Почти во всех странах этот показатель одинаков. Давно уже определено, что эта цифра не меняется и не зависит ни от культуры, ни от экономики, ни от географического расположения.

Вернуться к нормальной жизни и контролировать болезнь удастся минимум половине больных.

Существует много теорий о причинах возникновения шизофрении, но одной, главной причины нет. Она остается наименее исследованным психическим заболеванием. В психиатрии, главным фактором в этиологии шизофрении является – генетический. Психиатры утверждают, что шизофрения передается по наследству, и совсем не учитывается социальный фактор. Они говорят о наличии гена шизофрении, но научно этот факт не доказан.

Основной метод лечения шизофрении — психофармакологические средства. В психиатрических больницах Украины, психоанализ не практикуется. После общения с психиатрами, во время моей практики в больнице, я поняла, что они скептически относятся к психоанализу шизофрении, считая его не эффективным и даже опасным методом лечения психозов, а пригодным лишь для лечения неврозов. Они не осведомлены о том, что представляет из себя психоанализ, так как не изучают его в мед. институтах. Некоторые врачи-психиатры думают, что психоаналитики используют гипноз.

Еще в 1917 г. Фрейд жаловался на то, что психиатры не изучают психоанализ, а психоаналитики имеют слишком мало психиатрического опыта, и возлагал надежды на поколение психиатров, которые прошли школу психоанализа как подготовительной науки. В то время он отмечал, что подобные начинания уже есть в Америке, тогда как в Европе они утверждаются лишь с большим трудом. Похоже, что надежды Фрейда стали сбываться с тех пор, как после Второй мировой войны количество исследований достигло такого масштаба, что уже стало необозримым.

Обстоятельный опрос 42 терапевтов, занимавшихся лечением больных шизофренией (94 человека) в психиатрической университетской клинике Цюриха в период с 1950 по 1960 год, позволил Х. Мюллер с «большой уверенностью» говорить о том, что с помощью психотерапии можно добиться изменения или исчезновения любого так называемого шизофренического «симптома», будь то аутизм, амбивалентность, деперсонализация или бредовое образование.

У нас в стране, к сожалению, такой практики нет. Психоаналитики не стремятся работать в психиатрических больницах, а психиатры так и не изучают психоанализ, как это завещал Фрейд. В больницах используется только медикаментозное лечение, которое временно устраняет симптомы, но не излечивает шизофрению. Большинство пациентов возвращаются в больницу спустя две недели после выписки. Проводят в стационаре 2 месяца, выписываются, и через две недели опять возвращаются, и так снова и снова. После того как я провела опрос взрослых пациентов (50 человек), оказалось, что многие из них начинали проходить лечение еще в детском отделении. В большинстве психиатрических учреждениях практикуется следующий подход: всякого пациента, даже психотического, побуждают видеть мир таким, каков он есть — как раз то, что психотик сделать не в состоянии. Психотик не выдерживает столкновения с реальностью из-за слабости Эго, и чтобы сохранить психическое здоровье, ему приходится отказываться от

восприятия многих аспектов сложной реальности, невыносимых для его психики.

Целью моего исследования, было проверить эффективность психоанализа шизофрении в условиях стационара.

РАЗДЕЛ 1. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР. НЕКОТОРЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПСИХОЗ

1.1. ИСТОРИЯ ПОЯВЛЕНИЯ ТЕРМИНА «ПСИХОЗ» И «ШИЗОФРЕНИЯ»

Появление термина «психоз» в XIX в. было этапом эволюции, приведшей к вычленению самостоятельной области душевных расстройств, отличной как от заболеваний мозга и нервов, или болезней тела, так и от того, что тысячелетняя философская традиция считала «болезнями души», — заблуждения и греха.

В течение всего XIX в. термин «психоз» получил распространение, прежде всего, в германоязычной психиатрической литературе, где он обозначал душевные расстройства в целом, такие, как безумие, помешательство, не предполагая, впрочем, психогенетической теории возникновения безумия. И лишь в конце XIX в. сложилась пара противоположных и взаимоисключающих понятий: «невроз» и «психоз». Эти два понятия развивались в различных контекстах. Термин «психоз» в этот период использовался для обозначения таких расстройств, которые выражались преимущественно в психической симптоматике, попадая тем самым в область компетенции психиатров, что, впрочем, вовсе не означало для тех, кто пользовался этим термином, что причиной психозов не могли быть расстройства нервной системы.

В отличие от классических неврозов психозы представлены в психоанализе не столь широко. Лишь относительно немногие известные психоаналитики занимались психотическими случаями, как, например, некоторые пионеры психоанализа: Карл Абрахам, Карл Густав Юнг, Пауль Федерн и Пауль Шильдер.

Четкое разграничение между психозом и неврозом мы находим в ранних работах З. Фрейда и в его переписке с В. Флиссом. Так, в рукописи от 24.01.1894, предлагая общую классификацию психопатологических защит, З. Фрейд называет психозами галлюцинаторное помрачение сознания, паранойю и истерический психоз. В двух текстах, посвященных психоневрозам защиты, он считает границу между психозом и неврозом уже установленной и говорит, например, о «защитных психозах».

В статье «Невроз и психоз» З. Фрейд так определил генетическое различие между неврозом и психозом: «Невроз является конфликтом между Я и Оно, психоз же является аналогичным исходом такого нарушения во взаимоотношениях между Я и внешним миром». К психозу он отнес такие состояния, как аменцию, острую галлюцинаторную спутанность, шизофрению, бредовые образования. Все эти виды заболеваний характеризуются разрывом человека с внешним миром, отказом от участия в нем. По словам основателя психоанализа, общим этиологическим условием для прорыва психоза «остается всегда отказ, неисполнение одного из тех непреодолимых желаний детства, которые коренятся так глубоко в нашей филогенетически определенной организации». Если при неврозе находящееся в зависимости от реальности Я подавляет часть влечений Оно, то при психозе то же самое Я частично отказывается от реальности в угоду Оно.

В статье «Утрата реальности при неврозе и психозе» З. Фрейд отметил, что при психозе можно выделить два момента: отрыв Я от реальности и попытка восстановить отношение к ней. Специфика психоза состоит в том, что стремление к вознаграждению за утрату реальности осуществляется не за счет ограничения Оно, что наблюдается при неврозе, а другим, более независимым путем – созданием новой реальности, в которой больше нет уже причин, содержащихся в покинутой реальности. Кроме того, если при неврозе после первоначальной покорности следует запоздалая попытка к

бегству, то при психозе «за первоначальным бегством следует активная фаза перестройки». Невроз не отрицает реальность, но не хочет ничего знать о ней, в то время как психоз отрицает реальность и пытается заменить ее.

У психотического Эго есть потребность найти что-то взамен утраченной реальности, например бред,- и это З. Фрейд рассматривает как попытку исцеления. Более того, проделанные З. Фрейдом исследования убедили его в том, что склонность к психозу имеется у каждого из нас. Он пишет:

«С самого начала, когда жизнь помещает нас в условия суровой дисциплины, в нас поднимается сопротивление непреложности и однообразию законов мышления и требованиям тестирования реальности. Разум становится врагом».

Потеря реальности, иллюзорные попытки исцеления и неотъемлемая ненависть к мышлению и реальности - вот основные идеи З. Фрейда.

Э. Крепелин разработал систематику психиатрических заболеваний, в которой прочное место занимал психоз «*dementia praecox*». В 1911 году Э. Блейлер расширил это название болезни до «группы шизофрении», учитывая то, что психозы, составляющие отдельную клиническую группу, могут возникать не только в ранние (*praecox*), но и в более поздние периоды жизни, что они различаются по проявлениям и характеру течения и не всегда приводят к деменции.

Термином «шизофренический» Э. Блейлер обозначает одно из важнейших проявлений болезни: расщепление и разделение различных психических функций, относящихся к Я, прежде всего мышления, чувств и воли. Кроме того, в своей теории шизофрении Э. Блейлер использовал отдельные психоаналитические данные, после чего совместно с К. Г. Юнгом описал ряд симптомов шизофрении, в частности бредовые идеи и галлюцинации, как в той или иной мере неудачные попытки приспособления, о которых можно судить на основе душевного состояния, и свел их к аффективным психическим комплексам. В качестве вторичных симптомов он отличает их

от первичных, то есть от тех, что «непосредственно вызывают» процесс болезни. Тем самым заложена Э. Крепелином клиническая психиатрия и психоанализ, изучающий мотивационную систему и бессознательные психические процессы, в своем развитии пошли по разным путям, а потому еще в 1953 году Цутт говорил о незыблемости противоположных позиций Э. Крепелина и З. Фрейда. (14, с. 3)

1.2. В. ТАУСК «ФОРМИРОВАНИЕ «АППАРАТА ВЛИЯНИЯ» ПРИ ШИЗОФРЕНИИ»

Австрийский психиатр и психоаналитик, один из учеников З. Фрейда Виктор Тауск первый подробно описал «аппарат влияния» при шизофрении: его конструкцию, свойства, этапы формирования. До этого времени, он был описан в психиатрии лишь в общих чертах.

Шизофренический аппарат влияния — это машина, обладающая мистическим свойством. Больные могут лишь едва обозначить его конструкцию. Он состоит из ящиков, рукояток, рычагов, колес, кнопок, проводов, батарей и т. п. Пациенты, имеющие образование, с помощью доступных им технических знаний пытаются разгадать состав аппарата, и оказывается, что с прогрессом популярности технических наук для объяснения функций аппарата постепенно привлекаются все находящиеся в распоряжении техники силы природы, но всех изобретений, придуманных человеком, недостаточно, чтобы объяснить странные достижения этой машины, заставляющей больных чувствовать себя преследуемыми.

Основными влияниями, вызываемыми аппаратом влияния, являются следующие:

1. Он показывает пациентам изображения. Тогда он обычно является волшебной лампой или кинематографом. Изображения показываются в плоскости, на стенах и оконных стеклах, они не трехмерны, как типичные визуальные галлюцинации.

2. Он создает и отнимает мысли и чувства. Это происходит посредством волн, лучей или же тайных сил, которым больной, даже опираясь на свои знания физики, не может найти основания. В таких случаях этот аппарат часто называют «аппарат внушения». Его конструкцию нельзя объяснить, но его функцией является перенос или отнятие мыслей и чувств через одного или нескольких преследователей.

3. Он вызывает моторные движения тела, эрекцию, поллюцию. Последнее обычно служит цели лишить больного мужской силы, ослабить его. Это осуществляется также либо путем внушения, либо через потоки воздуха, электричества, магнетизма, рентгеновских лучей.

4. Он создает ощущения, которые отчасти не могут быть описаны, потому что они совершенно незнакомы больному, а отчасти воспринимаются как электрические, магнитные или воздушные потоки.

5. Он также является виной в других процессах, происходящих на теле человека: сыпи, фурункулах и других болезненных процессах.

Аппарат служит преследованию, и им манипулируют враги. «Насколько мне известно, врагами становятся исключительно представители мужского пола, и особенно часто преследователями бывают врачи, которые лечат больного». (10)

Управление аппаратом также осуществляется не совсем понятным способом. Пациент редко имеет относительно ясное представление о том, как обращаются с аппаратом: нажимают на кнопки, приводят в движение рычаг, поворачивают рукоятки. Связь с больным зачастую происходит через невидимые провода, которые проведены к его кровати, и, таким образом, больной оказывается под воздействием аппарата лишь в том случае, если лежит в постели.

В. Тауск схематизировал явления, которые у некоторых больных он наблюдал как воздействие аппарата:

1. Простые чувства изменений, сначала без затем с чувством чуждости, без указания на виновника. (Изменения в собственных психических и физических функциях и частях тела.) Вероятно, во многих случаях эта стадия заболевания протекает в очень раннем возрасте, до пубертата. Так как люди в этом возрасте не могут еще дать верные сведения о собственных состояниях и к тому же еще обладают возможностью компенсировать болезненные изменения инфантильными, трудно поддающимися суждению своеобразиями

или превратить в такие (скверность, агрессивность, скрытые фантазии, онанизм, замкнутость, несообразность и т. п.), то данная стадия часто протекает не опознанной для воспитателя, не названной или неправильно названной для больных. Лишь пубертат, требующий особой адаптации индивида к культурному миру и принуждающий отказаться внешне и внутренне от этих грубых средств выражения его аномального психического состояния, позволяет болезни манифестироваться и одновременно дает повод для дальнейшего развития симптома, который мы видим затем в более прогрессивной форме.

2. Чувства изменений в форме аномальных ощущений с указанием на виновника, которым является сам больной.

3. Чувства изменений с указанием на виновника, который присутствует внутри больного, но сам больной им не является.

4. Чувства изменений, сопровождаемые галлюцинаторной проекцией внутреннего процесса наружу, без указаний на виновника, сначала без, позже с чувством чуждости (видением образов).

5. Чувства изменений с указанием на внешнего виновника путем идентификации.

6. Чувства изменений с проекцией внутреннего процесса наружу и с указанием виновника согласно параноидной механике (показывать картины, подвергаться внушению, гипнотизироваться, электризоваться, создавать и отнимать мысли и чувства, создавать движения тела, ослаблять мужскую силу, вызывать эрекции, поллюции и т. д.).

7. Чувства изменений, приписанные воздействию аппарата влияния, которым управляет противник. Обычно в самом начале враги больному не известны и не могут быть определены, позже он может их определить, знает, кто они, и расширяет их круг по примеру параноидного заговора. Также больной не сразу может объяснить конструкцию аппарата воздействия, и

лишь со временем он начинает формировать представления о его свойствах.

(10)

1.3. ВЗГЛЯД ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ШКОЛЫ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ НА ЭТИОЛОГИЮ И ПСИХОТЕРАПИЮ ПСИХОЗОВ

1.3.1. Взгляды М. Кляйн и У. Биона на этиологию психоза.

М. Кляйн подходит к психозу через тревогу. Она считает, что наши самые ранние тревоги являются по сути психотическими. Нормальное развитие младенца, пишет она, «можно рассматривать как совокупность процессов, с помощью которых тревоги психотической природы связываются, перерабатываются и модифицируются».

Однако у младенца с отклонениями от нормы процессы связывания, переработки и модификации не происходят, и в результате этого первичные тревоги и устрашающие фигуры остаются в неизменном виде, создавая угрозу занять господствующее положение в психике младенца и взрослого психотика, в результате чего Эго вынуждено прибегать к чрезмерному использованию расщепления и проективной идентификации, которые при других обстоятельствах являются нормальными защитами. (4, с. 130)

Теория У. Биона включает эти фундаментальные идеи М. Кляйн: наличие немодифицированных первичных тревог, использование Эго в качестве защит механизмов расщепления и проективной идентификации. Бион вводит эти идеи в свою систему взглядов на отличия психоза от невроза. Согласно Биону, психоз отличается состоянием психики в целом, а также самим устройством того, чем является мир для психотика.

В начале статьи «Отличие психотической личности от непсихотической» Бион делает следующее заявление:

Отличие психотической личности от непсихотической обусловлено мельчайшим расщеплением всей той части индивида, которая имеет отношение к осознанию внешней и внутренней реальности, и изгнанием этих

частиц, которые либо проникают внутрь объектов, либо поглощают их.(4, с. 131)

Согласно Биону, своим происхождением психотическая личность обязана фрагментации и последующему изгнанию средств, с помощью которых Эго узнает реальность, то есть фрагментации и изгнанию чувств, сознания и мышления. В этом суть различия. Бион говорит о двух предпосылках, необходимых для установления в психике психотического функционирования: во-первых, о крайне неблагоприятной врожденной предрасположенности и, во-вторых, о взаимодействии с неблагоприятным окружением.

Подобная неблагоприятная предрасположенность имеет следующие особенности: преобладание деструктивных импульсов, неразрешимый конфликт между влечением к жизни и влечением к смерти, ужасающей степени тревога, доходящая, по словам Биона, до «страха неминуемого уничтожения» плюс полная непереносимость фрустрации. Все эти характеристики взаимосвязаны. В начале жизни фрустрация реально переживается как присутствие плохих объектов. Плохие пугающие объекты младенца, наделенного описанными выше свойствами, поднимают тревогу до ужасающего для зарождающегося индивида уровня, и проблема переносимости фрустрации неминуема. Трудности подобного младенца очень отличаются от таковых у младенца с более благоприятной врожденной предрасположенностью, который лицом к лицу встречается с фрустрациями, знает их и использует зачатки мышления для того, чтобы ослабить их: например, кричит, пока не подойдет мать. Менее благополучный ребенок вместо того, чтобы встретиться с ситуацией, избегает ее, в крайних случаях избегает целиком. Подобная психика вместо того, чтобы начать развитие мыслительной деятельности стала аппаратом для избавления от плохих объектов. Она делает это путем мельчайшего дробления и проецирование зарождающихся мыслей, ощущений, а также органов чувств опасность

которых в том, что они могут привести к осознанию внутренней и внешней реальности.

Бион считает, что положение подобного младенца ухудшается тем, что его мать недоступна для проекций. Младенец ощущает ее отказ принять его проекции как враждебную защиту, и обычно, считает Бион, он атакует ее с нарастающей враждебностью и частотой до тех пор, пока, наконец, проекции не лишатся смысла. Нужно добавить, что даже между матерью, принимающей проекции, и младенцем с крайне неблагоприятной предрасположенностью конструктивное взаимодействие, в сущности, почти невозможно, потому что любая фрустрация непереносима для ее младенца. Удовлетворить его может лишь ее постоянное присутствие; к тому же она вынуждена сносить аномальные и жестокие проекции. Тем не менее, будь у подобного младенца объект, способный к приему этих проекций и сохранению того, что Бион называл «гармоничным мироощущением», его состояние стало бы на порядок лучше, хотя все равно оставалось бы тяжелым, поскольку психотический ребенок, похоже, «переполнен ненавистью и завистью к способности матери сохранять спокойное душевное состояние, несмотря на то, что она воспринимает его чувства», - говорил Бион. В таком случае зависть младенца превращает ее способность принимать проекции в жадное поглощение его психики, а ее гармоничное мироощущение в безразличие.

В дальнейшем расхождение между психотическими и непсихотическими частями человека будет все больше увеличиваться. В той части, что является психотической (которая в большей или меньшей степени имеется у любого человека) нет ни мышления, ни восприятия. Психика претерпела изменения в силу описанных процессов. Теперь объектами, желанными для психики, которые она воспринимает хорошими, являются те, которые помогают процессу изгнания. Бион подводит итог:

Моделью для такого развития, на мой взгляд, является психика, действующая по принципу, что эвакуация плохой груди равнозначна получению питания от хорошей груди. В итоге к мыслям относятся так, будто все они являются не чем иным, как плохими внутренними объектами; подходящим оборудованием считается не аппарат для работы мысли, аппарат для освобождения психики от скопления плохих внутренних объектов. (4, с. 134)

Как только психика перестает быть думающей, воспринимающей инстанцией, она начинает использовать проективную идентификацию не только чрезмерно, как прежде, но и по-другому. Проекции, вместо того чтобы использоваться для нормального общения с объектами, как у здорового малыша, плач которого обращен к матери, используются для того, чтобы эвакуировать и истреблять осознание себя и объекта. Они нагружены сильнейшей враждебностью; они являются оружием - бумерангами, разрушающими основы интуитивного знания себя и объекта. В подобной психике ощущения, идущие изнутри или снаружи, не могут быть трансформированы в обычные психические элементы, которые потом могут вытесняться или быть сновидческими мыслями, осознаваться или быть бессознательными и которые допускают состояние бодрствования и состояние сна. В непсихотической части личности восприятие, иллюзия, сновидение или фантазия являются тем, что они есть, отчасти благодаря различиям между ними. При психозе не формируются эти психические различия и один элемент равнозначен другому. Все одинаковы, и один так же реален или нереален, как другой. Нет здесь и психической глубины. Элементы разрознены, плоски, двухмерны. Конечно, психотический пациент знает такие слова, как «бодрствовать» или «иллюзия», но поскольку они исходят из психотического Я, то имеют отношение к явлениям, отличающимся от нормальных.

Мир, в котором существует психотик, также далек от обычного мира. Он еще более странный, нежели примитивный мир наполненных проекциями частичных объектов, который М. Кляйн описала как вселенную нормальной параноидно-шизоидной позиции. Отличие обусловлено садистическими расщепляющими атаками на глаза, уши, на все органы осознания и ненавистью, с которой частицы проецируются, по словам Биона, для того, чтобы проникнуть в объект или накапливаться в нем. В фантазии пациента изгнанные части Эго ведут независимое и бесконтрольное существование, либо находясь внутри внешних объектов, либо помещая внешние объекты внутрь себя; они продолжают функционировать, как будто тяжелое испытание, которому они подверглись, послужило лишь увеличению их числа и появлению враждебности к психике, изгнавшей их. Вследствие этого пациент чувствует, будто он окружен странными объектами.

Бион приводит примеры:

Если часть индивида озабочена зрением, то у пациента возникает ощущение, что играющий граммофон наблюдает за ним; если слухом, то возникает ощущение, что играющий граммофон слушает пациента. Объект, рассерженный тем, что его поглотили, разбухает, если можно так выразиться, заполняя и контролируя поглотившую его часть индивида до такой степени, что она становится вещью. (4, с. 135)

И подводит итог:

В результате всего этого пациент действует теперь не в мире сновидений, а в мире объектов, которые обычно меблируют сновидения. (4, с. 135)

Более того, из-за непереносимости фрустрации и в связи с тем, что любая фрустрация включает ожидание во времени и нахождение в пространстве, то и время, и пространство также разрушаются и не существуют. В подобном мире есть лишь настоящий момент, а путаница между собой и объектом становится все более странной и все более возрастает. Психотик чувствует,

что и его Эго, и его объект неизлечимы и что его психотическое состояние является тюрьмой, из которой невозможно убежать.

1.3.2. С. Резник «особенности психотической личности и некоторые указания относительно терапии».

С. Резник разделяет точку зрения У. Биона относительно того, что у психотика наряду с психотической частью есть непсихотическая часть личности.

Для психотической части Самости характерны: всемогущество, отрицание дистанции, нападение на связывание, отрицание времени, превращение времени в пространство, расстройство ритма (ускорение или паралич), захват пространства других людей (территориальная алчность), соблазнение источника-объекта (зависть), сопротивление любой зависимости, эротизация мышления и коммуникации.

Однако есть и другая часть Самости - противоположная психотической части, которой свойственно признание ограничений, предъявляемых реальностью, терпимость к дистанции и уважение связей, желание выздоровления и роста (принятие течения времени), понимание других людей и прав, принятие зависимости о воздержание от зависти, способность к восхищению. Если отослать всемогущество на задний план, то эта здоровая часть признает собственное невежество и свою потребность в обучении; ее игровые и творческие способности остаются целыми и невредимыми как в отношениях с другими людьми, так и самим собой (способность переносить самокритику с юмором).

Из этих двух противоречивых концепций состоит Самость как единое целое. У психотиков первая модель доминирует и противоречит синтонным тенденциям второй модели.

Психотерапия Резника основана на соединении этих двух частей Самости. Благодаря реинтеграции граница между обоими частями Самости исчезает

(разрушение защитного расщепления), что в свою очередь приводит к состоянию спутанности. (Эта идея заимствована Резником у Г. Розенфельда). Процесс реинтеграции может принять форму психотического кризиса.

Нарциссическое Я пациента часто переживает выздоровление от бредового мира как «дефляцию» его эгоцентрической концепции. «Моя концепция нарциссической депрессии заключается в том, что пациент воспринимает возвращение к нормальной жизни как принесение себя в жертву, болезненный процесс траура по утраченным психотическим иллюзиям.» (7, с. 304) Эти иллюзии связаны с идеалом Я. Пациент чувствует, что он теряет «капитал», состоящий из нормальных и бредовых иллюзий, ожиданий и надежд. Последующее разочарование может быть катастрофическим, а конфронтация с внутренней и внешней реальностью (принципом реальности) может повергнуть нарциссическое Я в хаос: мир обычной реальности, до сих пор низвергаемый или отрицаемый, восстанавливается, однако за все нужно платить. В любом анализе - невротического или психотического уровня - чтобы обрести себя, необходимо ответить на вопрос «кто - я, а кто - не я», т. е. осознать подлинную и ложную Самость (Винникотт). В случае психоза фрагменты «археологических» ценностей, нормальных аспектов Самости совпадают с патологическими остатками, искажениями реальности, которые отказываются умирать. Следовательно, нарциссическая депрессия связана с болезненным процессом скорби и составлением нового «бухгалтерского баланса»: что подлинно, а что - ложно, что ценно, а что - никчемно и т. п. Процесс репарации сопровождается страданиями и болью. Страдание подразумевает способность оказывать поддержку боли, и это не одно и то же, что сама боль. В боли присутствует идея мучения, а также чувство вины. Психотический пациент очень хрупкий, а отсюда происходит его потребность в отрицании ее посредством обезбаливания, таких как замораживание себя или превращение в неживое застывшее существо. (7, с 304)

Пациенту нужно помочь раскрыть смысл его фрагментированного и замороженного мира. Ему также необходимо понять значение различных частей, спроецированных в этот перемешанный мир. Переструктурирование Я - это тяжелая и сложная задача, так как пациент должен отказаться от законов и правил, которые были частью его личной «культуры» и логики.

Одна из задач аналитика состоит в поддержке и воодушевлении своих пациентов в их стремлении встретиться с внутренней и внешней реальностью и привести в соответствие свой идиосинкротический язык с общепринятыми языковыми нормами.

С. Резник уделяет особое внимание невербальной коммуникации шизофреников. Язык тела очень важен для понимания речи. Мысли, отцепленные от тела и спроецированные в тело, становятся частью семантики *soma*. Болезненные параноидные и депрессивные переживания в мыслях «выбрасываются» в тело и проявляются в движениях.

Голос в доязыковой период связан с телом, как любой другой жест: ребенок ощущает голосовые звуки как принадлежащие ему внутри его телесных границ. Для того чтобы они стали символическими сообщениями, ребенок должен принять сепарацию с первичным объектом и пересечь промежуточное пространство. Говорение - это способ, позволяющий человеку двигаться навстречу другим людям; для этого необходимо признать пространство как посредника, через которого устанавливаются отношения с другими людьми. Однако выход в мир - это рискованный шаг. Прежде чем ребенок научиться говорить, он должен встретиться с тревогой, возникающей при «выходе звука наружу» выйти из полости-рта навстречу неизведанному и, следовательно, отделиться от своего тела-матери. Речь - это путешествие в пространстве, научиться говорить - это все равно, что научиться ходить, только не ногами, а символами. Чтобы это произошло, необходимо разделить пространство на внешнее и внутреннее. С этими трудностями (невозможность принять сепарацию с первичным объектом и

невозможность пересечения промежуточного пространства из-за тревоги; невозможность разделить пространство на внешнее и внутреннее) сталкивается и взрослый психотик.

У некоторых пациентов тревожность достигает такой степени интенсивности, что ее невозможно выразить словами. Однако, поскольку потребность выразить себя у этих пациентов очень высока, они прибегают к другому способу коммуникации - телесной драматизации.

Тот факт, что шизофреник преобразовывает мысли в движения, но не в речь, говорит о его страхе изгнать устрашающие объекты посредством озвученной проекции за границы собственного тела, ведь при этом он теряет контроль над этими объектами. С другой стороны, жесты всегда физически связаны с телом, а следовательно, они защищают внешнюю реальность от нападения «инстинктов». (7, с 145)

1.3.3. Д. Стайнер. Психотические организации личности.

Джон Стайнер – один из наиболее авторитетных членов лондонской кляйнианской группы. Его изучение «психических убежищ» внесло огромный вклад в понимание организации психотической структуры личности. Стайнер описывает пациентов с такой структурой, как людей, неспособных выносить боль параноидно-шизоидной либо депрессивной позиции. Как следствие, они спасаются бегством из мира реальных отношений и выстраивают «психические убежища», в которых чувствуют себя защищенными, хотя все еще испытывают боль. Жизнь пациента становится резко ограниченной и процесс лечения «застревает».

Психотические организации отражают экстремальный характер переживаний, с которыми вынужден бороться пациент-психотик. Им свойственна интенсивная тревога, требующая радикальных мер, поэтому для создания убежища, организованного психотическим образом для противостояния реальности, мобилизуются всемогущественные силы. Психотические организации редко

бывают совершенно успешными или стабильными, и тревоги, угрожающие человеку, когда организация начинает разваливаться, обычно хорошо заметны. Катастрофический характер такой тревоги лежит в основе отчаянной зависимости от организации (структура психотического убежища), утрата которой означает возвращение неконтролируемой паники, связанной с переживаниями фрагментации и дезинтеграции самости пациента и его мира.

Подобные экстремальные состояния возникают в тот момент, когда обычные защитные меры терпят неудачу под давлением внутренних или внешних факторов. Психотический характер опыта определяется тем, что на саму психику предпринимаются деструктивные нападения (психотической частью психики), и создается фундаментальное нарушение отношений между самостью и внешним миром.

Пациент может понимать, что созданное убежище безумно, но тем не менее, чувствовать, что это лучше, чем катастрофическая тревога, которую он переживает вне этого убежища. В других случаях пациент идеализирует бредовый мир, чтобы принять его в качестве убежища от психотических испытаний дезинтеграции и аннигиляции. Истинные интеграция и безопасность ощущаются невозможными, и несмотря на свое бредовое основание, убежище обеспечивает стабильность, пока не затронута психотическая организация. (8, с 108-109)

Хотя отдельные детали в структуре психотических организаций могут варьировать, ее существенные характеристики сходны с теми, которые присущи патологическим организациям в целом. Фрагменты самости внутренних объектов спроецированы в объекты, которые, в свою очередь смонтированы в мощную организацию. Из-за высокой степени фрагментации, интенсивности насилия и мощи деструктивности и ненависти организация вынуждена незрело полагаться на всемогущественные механизмы. Поэтому здоровые части личности подавлены и вынуждены участвовать в психозе. (8, с. 111)

Для объяснения того, как здоровая часть пациента вовлекается в психотическую организацию, Стайнер ссылается на описание этого процесса Розенфельдом:

«Психотическая структура подобна бредовому миру или объекту, куда стремятся прятаться части самости. По-видимому, в ней господствует всемогущая или всезнающая, чрезвычайно безжалостная часть самости, которая создает представление, что внутри бредового объекта царит полное отсутствие боли, а также свобода предаваться всякой садистической деятельности.

Деструктивные импульсы в этом бредовом мире иногда проявляются открыто, как неодолимо жестокие, угрожающие остальной самости смертью ради утверждения своей власти, но чаще они проявляются замаскированно, как всемогущественно благожелательные или спасающие жизнь, обещая обеспечить пациента быстрыми идеальными решениями всех его проблем. Эти лживые обещания рассчитаны на то, чтобы нормальная самость пациента стала наркотически зависимой от его всемогущей самости, чтобы заманить нормальные здоровые части в эту бредовую структуру и там их заблокировать». (8, с 114)

Может также возникнуть обратная ситуация, когда пациент проецирует психотическую часть личности в аналитика и затем чувствует, что должен охранять свое здравомыслие от садистических нападений аналитика, воспринимаемого как сумасшедшего в его стремлении выполнить свою аналитическую задачу.

Важно помнить, что, хотя психотическая организация может служить убежищем от катастрофических тревог фрагментации и дезинтеграции, даже у пациента-психотика могут возникать депрессивные чувства, которые также ощущаются невыносимыми. И тогда бредовое убежище может стать необходимым для избегания этих чувств, которые могут легко трансформироваться и смешиваться с чувствами преследования. Депрессивные чувства могут быть особенно пугающими, если они кажутся выражением здравомыслия пациента, поскольку тогда они становятся

вызовом господству психотической организации и угрожают возникновением отношений зависимости от аналитика, основанных на психической реальности, а не на бреде. (8, с. 115)

1.3.4. Точка зрения Д. Винникотта относительно этиологии и психотерапии психоза. М. Балинт о шизофрении.

По поводу психозов Д. Винникотт отмечает: «Сумасшествие в своей сути - не только регресс. Ведь регресс включает элемент надежды, а это - наилучшее средство для того, чтобы позволить себе вновь вернуться к тем защитам, которыми пользовался объект еще до дезинтеграции». (6, с 145) Эта идея позволила Д. Винникотту рекомендовать сеттинг для психиатров, чтобы создавать поддерживающую среду, специфическую для каждого пациента, основываясь на которой можно было бы воскресить надежду - переживание, ведущее к выздоровлению.

В цитируемой статье Д. Винникотт рассматривает тяжелые психические болезни как некую остановку в развитии. Он считает, что такие пациенты пытаются вернуться туда, где произошла эта остановка, с тем чтобы потом положиться на присущие человеку возможности: «... человеческое существо растет и развивается благодаря мощнейшим силам, внутренне присущим человеческой природе и движущим человеческое существо в направлении здоровья». (6, с 145)

Психоз возникает тогда, когда ранняя окружающая среда человека не справилась со своими функциями, когда на ранних этапах развития не была обеспечена необходимая поддержка. Эта среда воспринимается индивидуумом не как что-то внешнее по отношению к нему, а как его продолжение, нечто такое, что слито с ним. Поэтому при психозах возможно спонтанное исцеление лишь за счет адекватного окружения. Психоз для Д. Винникотта напрямую связан со здоровьем. В случае психоза все провалы окружающей среды хранятся в «замороженном» состоянии в психике и ждут

своего часа, чтобы другое окружение исправило те ранние провалы окружения.

Для ясности дальнейшего изложения я хочу кратко рассказать о понимании бисексуальности Винникоттом. Приняв точку зрения о том, что человеческая природа является бисексуальной, Винникотт хочет выяснить, что это значит, пытаясь выделить «чистый мужской элемент» и «чистый женский элемент» в нашей конституции. Он высказывает предположение, что природа мужского элемента выражена в «делании», а природа женского элемента — в переживании «бытия», которое, как он считает, всегда передается матерью. И мужской, и женский элементы присутствуют у обоих полов, даже если они не развиты идентичным образом. Способность к «деланию» должна основываться на предшествующей способности к «бытию», базисному переживанию безопасного, бестревожного «существования». Достаточно стабильные взаимоотношения со стабильной матерью являются основой, через первичную идентификацию появления переживаний безопасности, самости, идентичности, характерного начала эго, делая возможным, в свою очередь, рост объектных связей, по мере того, как продолжается дифференциация субъекта и объекта, и чувство, что он является собой отдельно от этого мира. До этого эго наличествует как потенциал, находящийся в скрытом состоянии в психике, тогда как младенец начинает жить как «целостное человеческое бытие». Лишь через такую разновидность опыта взаимодействия с матерью (достаточно стабильные взаимоотношения со стабильной матерью) может зародиться эго в качестве специфического развития, все более осознаваемого факта переживания. При отсутствии такой разновидности связи «мать—младенец» (состояние «первичной озабоченности» младенцем матерью и состояние «первичной идентификации» младенца с матерью) не начинается развитие жизнеспособного эго, и возникающее в результате чувство глубинной внутренней пустоты, ничтожности, «не-бытия как личности» является тяжелейшей из

всех проблем для психотерапии; проблемой, которая может быть решена, лишь если понимание ее аналитиком приведет к связи пациента с ним, чтобы сделать возможным задержанный старт в развитии эго.

В качестве основы для психотерапии Винникотт взял связь «мать—младенец». Мать находится рядом с ребенком так, что младенец чувствует себя в контакте с ней, разделяет ее психическое состояние безопасного бытия еще до того, как становится способен к проведению различия между нею и собой. Здесь, в самом начале, закладываются основы безопасности эго в ситуации, воспринимаемой матерью как ее состояние «первичной материнской озабоченности» в связи с младенцем, и младенцем — как его состоянием «первичной идентификации» с матерью. Младенец должен иметь возможность активно кормиться у «мужской» груди (мужской элемент материнской груди), которая что-то для него делает, или, в противном случае, он должен выражать протест по поводу своей депривации; но он может спать, не испытывая тревоги, на «женской» груди (женский элемент материнской груди), которая просто находится здесь для него, обеспечивает начало безопасного чувства «совместного бытия», эго-идентичности, которое по мере своего роста младенец может начать воспринимать как нечто само собой разумеющееся, о чем не надо беспокоиться и для сохранения чего не надо прилагать огромные усилия. Лишь мать может в начале жизни младенца обеспечить его такого рода опытом, в то время как задача отца заключается в «делании» того, что необходимо для защиты и оказания поддержки паре «мать—младенец» в их очень специфической формирующей связи. В психотерапии на самом глубоком уровне эта ситуация должна быть восстановлена с аналитиком, удовлетворяющим потребность пациента как в матери, так и в отце.

«Анализ» является мужской функцией – интеллектуальной деятельностью интерпретации, но он основан на «женской» функции интуитивном постижении, приобретаемом в идентификации аналитика с пациентом.

Как хорошая мать свободно использует любое ценное интеллектуальное знание о телесных и душевных процессах своего младенца, в качестве дополнения к своему более интимному личному знанию, точно так же и психоаналитический терапевт свободен использовать любое интеллектуальное знание, которое он получил в своем изучении психодинамической науки, но оно должно дополнять, а не заменять личное знание им пациента — знание эмоционально перцептивное, основывающееся на идентификации и интуиции. Винникотт пишет:

«В нашей терапевтической работе снова и снова мы чувствуем озабоченность пациентом; мы проходим через фазу, в которой мы являемся уязвимыми (подобно матери) вследствие такой нашей озабоченности; мы отождествляем себя с тем ребенком, который временно зависит от нас в пугающей степени; мы наблюдаем за тем, как этот ребенок сбрасывает ложную самость или ложные самости; мы видим начало подлинной самости, подлинной самости с эго, которое является сильным, потому что, подобно матери, мы смогли оказать эго поддержку. Если все идет хорошо, мы можем видеть появление ребенка, чье эго готово самостоятельно себя защитить... Вследствие нашей работы рождается на свет "новое" бытие, реальный человек, способный на независимую жизнь. Я полагаю, что то, что мы делаем в терапии, является попыткой имитации естественного процесса, который характеризует поведение любой матери со своим младенцем. Если я прав, то именно пара "мать—младенец" может научить нас тем базисным принципам, на которых мы можем основывать нашу терапевтическую работу». (3, с. 543)

Так, степень озабоченности терапевта по поводу своего пациента, как и степень озабоченности матери по поводу своего младенца, будет меняться. Вначале она должна быть адекватна потребности пациента в стабильном родителе, в соответствии с природой и степенью того заболевания, по причине которого он ищет лечения. Если лечение проходит успешно, то постепенно чувство терапевта будет адаптироваться к растущей потребности

пациента в большей независимости и будет переходить в поддержку и уважение к развитию его собственной индивидуальности. Психотерапия является личностной связью, на основе которой терапевт может использовать свое интеллектуальное знание, полученное в психодинамическом исследовании. Наши пациенты всегда являются до определенной степени изолированными существами, укрывающимися за своими защитами, в состоянии тревоги и небезопасности. Их «излечение» может произойти лишь в такой терапевтической связи, в которой сможет быть найдено ядро их потенциальной самости, и с ним можно будет вступить в контакт таким образом, что оно будет чувствовать не угрозу, а защиту и помощь в открытии собственной самости и самореализации. На основе вновь найденного обладания самостью и эго-силы пациент может утратить свой шизоидный страх человеческого контакта и вовлеченности и станет находить обогащающие и наполняющие его жизнь смыслом взаимоотношения.

М. Балинт разделяет мнение Д. Винникотта и считает, что субъект регрессирует в мир ранних контактов с окружением – достаточного кормления, теплого, мягкого пеленания, безопасной поддержки и материнских объятий, укачивания и убаюкивания и т.п. Впечатление, будто шизофреники покинули внешний мир, верно лишь отчасти; они покинули мир нормальных — то есть триадных или эдипальных — отношений, но они способны к другому типу отношений, ради которых и осуществляются все изменения техники. Такой тип отношений — или техники — требует от аналитика гораздо большего, нежели отношения в рамках стандартной аналитической техники. Имеется в виду не то, что аналитик обязан немедленно и безоговорочно удовлетворять все потребности пациента; предполагается, что он должен быть в состоянии подтвердить, что может понять пациента, может работать в «гармонии» с ним, быть «настроенным» на него. Чем больше пациент регрессирует, тем чувствительнее он становится, то, что нормальный или невротический пациент обычно даже не

замечает, регрессировавшего пациента глубоко задевает и волнует. Учитывая это, аналитик должен «настроиться» на своего пациента. До тех пор, пока ему это удастся, имеется возможность постепенного продолжения аналитической работы, сопоставимой с постепенным ростом; однако если аналитик не способен поддерживать свой «настрой», то пациент может отреагировать тревогой или отчаянием, проявляя, например, явные агрессивные симптомы.

Эта гармония, или настроенность, должна относиться ко всей жизни регрессировавшего пациента, а не только к его отношениям с аналитиком. Для аналитической ситуации свойственно то, что гармонию можно сохранить только в течение короткого периода; время от времени аналитик должен дистанцироваться от пациента, чтобы «объективно» оценить ситуацию и, возможно, дать хорошо обоснованную интерпретацию. Такие пациенты, как правило, могут устанавливать отношения с реальными внешними объектами только на непродолжительный период времени, и эти периоды не должны пропадать для аналитической работы. Если внешнее окружение, то есть повседневная жизнь, предъявит пациенту слишком большие требования, то значительная часть его либидо, к которому сохранился доступ, будет отнято, а оставшегося количества либидо будет недостаточно для анализа.

М. Балинт отмечает странные противоречия в позиции больных шизофренией в отношении к своему окружению. Они в гораздо большей степени связаны с окружением и более зависимы от него, чем так называемые «нормальные» люди или «невротики». Однако поверхностные наблюдения за поведением больного шизофренией не позволяют увидеть эту тесную связь и отчаянную зависимость; наоборот, создается впечатление ухода и отсутствия контакта. В этом отношении шизофреническая регрессия может считаться подобием младенческой или эмбриональной фазы, где мы обнаруживаем схожие черты: внешние проявления независимости нарциссического типа, отсутствие осознания внешнего мира, скоротечных и,

по-видимому, незначительных контактов с частичными объектами, которые образуют лишь тонкий покров, скрывающий отчаянную зависимость и огромную потребность в «гармонии». Все это было продемонстрировано в исследовании последствий ранней депривации Шпица. Хотя их интерес сосредоточен на собственном Эго, хотя в их распоряжении явно недостаточно любви, которую они могли бы дать другим людям, — их никак нельзя назвать уверенными и независимыми, так же как и стабильными, хорошо владеющими собой или самостоятельными. Как правило, они очень чувствительны к любому рассогласованию между своими ожиданиями и тем, как их окружение в действительности обращается с ними; их легко ранить и обидеть, и эти обиды терзают их долгое время. Кроме того, вряд ли мы сможем наблюдать, чтобы в реальной жизни эти нарциссические люди могли существовать автономно.

Больные шизофренией, вопреки теоретическим прогнозам, способны реагировать на свое окружение даже находясь в наиболее регрессивных состояниях и, таким образом, они доступны для аналитической терапии. Однако неодолимая потребность этих пациентов в «гармоничных» отношениях делает реакцию на окружение трудно различимой и неустойчивой. Это дает основания полагать, что их нарциссический уход в качестве последствия фрустрации является вторичным. (1, с 68-78)

1.3.5. Взгляд У. Фейрберна, Г. Гантрипа на шизоидные состояния.

У. Фейрберн пишет, что шизоидное расщепление Я проистекает из раннего детства. Травматичные переживания ребенка первого года жизни сопровождается чувством, что он не любим. Врожденное стремление к взаимодействию, если оно не находит отклика у матери (или замещающего ее объекта), вызывают у младенца ощущение, что его любовь дефектна. Оральные потребности принимают тогда агрессивный характер. Дефицит материнской груди ведет к беспокойству из-за которого возникает

восприятие своей любви как излишне требовательной. Следствием становится отказ от спонтанных отношений с матерью, погружение во внутренний мир и расщепление. Я расщепляется на две разнонаправленные части, одна из которых ориентируется на взаимодействие с внешним миром, а вторая – на установление связей с внутренними объектами. (2, с 131-132)

Теория эндопсихической структуры Фэйрберна дает нам возможность концептуально описать регрессию как уход от плохого внешнего мира в поиске безопасности во внутреннем мире. Она может рассматриваться как суть шизоидной проблемы и как самый глубинный элемент во всем психопатологическом развитии. Фэйрберн считает, что проблема шизоидного индивида в том, что его обусловленный страхом уход приводит к неспособности осуществлять подлинные связи с объектами и к последующей изоляции, которая влечет за собой риск тотальной утраты всех объектов и вместе с этим и утраты своего собственного эго. Это серьезный вопрос — приведет ли уход шизоида и его регрессия к возрождению или к подлинной смерти. Попытка спасти свое эго от преследования путем бегства внутрь к безопасности порождает еще более серьезную опасность утраты эго другим путем.

Хотя шизоидный уход и регрессия являются, по сути, одним и тем же феноменом, они имеют различные смыслы для разных частей самости. С точки зрения центрального эго, т.е. сознательной самости, или эго повседневной жизни, уход означает тотальную утрату. С точки зрения той части самости, которая подверглась расщеплению и ушла внутрь, это не «утрата», а «регрессия» или отход назад внутрь малого безопасного пространства, как это представлено в своей крайности фантазией о возвращении в матку. Мы должны, поэтому, допускать (три базисные позиции: шизоидную (или регрессивную), параноидальную (или преследующую) и депрессивную (или отягощенную виной); обе позиции, и параноидальная и депрессивная, могут использоваться в качестве защиты против шизоидной

позиции. Когда индивид подвергается внутренней угрозе деперсонализации вследствие непроизвольного шизоидного бегства от реальности (когда глубокий страх пробуждается слишком интенсивно), он будет бороться за сохранение своего эго, находя убежище в фантазиях о плохих внутренних объектах преследующего или обвиняющего типа. Затем, непреднамеренно проецируя эти фантазии на внешнюю реальность, он начинает думать, что люди либо замышляют погубить его, либо критикуют и обвиняют за все, что он делает. Фэйрберн считает параноидальную реакцию способом манипуляции интернализированными объектами в качестве защиты против главных опасностей шизоидной апатии и депрессии, полагая в «шизоидной позиции» решающий фактор всего последующего развития.

Ученик и последователь У. Фэйрберна, известный английский психоаналитик Г. Гантрип развил теорию Фэйрберна о шизоидных состояниях. Гантрип пишет, что наиболее патологический шизоидный уход происходит в первый год жизни. Это реакция страха и бегства перед лицом опасности. Фрустрация либидинальной потребности в хороших объектных отношениях как пробуждает агрессию, так и усиливает сами потребности, пока младенец не начинает страшиться своей потребности в любви как деструктивной по отношению к своим объектам. Это приводит к шизоидному уходу, простой реакции страха, из-за боязни пожирания и поэтому утраты объекта любви. Шизоидные люди отказались от внешнего выражения потребностей, в то же время будучи снедаемы страхом утраты объектов любви. Однако шизоидный страх возникает не столько для защиты объекта, сколько для защиты эго и последствий утраты объекта со стороны эго.

Депривация потребностей является, однако, не единственной причиной шизоидного ухода. Источниками могут быть родительское давление на ребенка, который часто эксплуатируется в интересах родителей, а не самого ребенка, навязывание матерью себя младенцу, в то время когда он этого не

хочет, испуг, пребывание в агрессивных, авторитарных, лишенных любви семьях.

Фактор столкновения и давления враждебного окружения, когда он становится непереносимым для нежной психики младенца, является подлинным источником тревоги преследования.

Тяжелые шизоидные состояния обнаруживают тотальный страх всего внешнего мира, в котором сочетаются депривация и столкновение. Мир представляет собой пугающую пустоту, когда он не отвечает на потребности младенца, и пугающего преследователя, когда он приводит к активным и травмирующим столкновениям. Младенец не может развить не знающее тревог и сильное эго-чувство как в вакууме, так и под непереносимым давлением и ищет возврата к смутно припоминаемому более раннему безопасному состоянию, хотя фактически он может лишь уходить в изоляцию внутрь себя.

Происходит бегство из внешнего материального мира во внутренний. Однако контакт с внешним миром не может быть полностью утрачен, в особенности на этой ранней стадии, без угрозы потери или опустошения это. Поэтому часть «самости» должна оставаться для функционирования на сознательном уровне и взаимодействовать с миром реальных внешних объектов. Если бы этого не происходило, младенец, по всей вероятности, умер бы. Таким образом, происходит «расщепление» ранее целостного эго, на часть, контактирующую с внешним миром, и на другую часть, которая ушла во внутренний ментальный мир и выстраивает отношения с внутренними объектами. Существование внутренних объектов позволяет тем частям эго, которые поддерживают с ними отношения, сохранять чувство эго.

Однако, положение ушедшего эго не намного улучшилось, ибо «враги настигли» его и внутри, и здесь от них еще труднее избавиться. И либидинальное эго повторяет, перед лицом внутреннего плохого объектного

мира, то же самый маневр, который был совершен целостным эго, когда оно пыталось уйти от внешнего плохого объектного мира. Оно оставляет часть себя для садомазохистских отношений с возбуждающим желанием и отвергающими объектами внутреннего фантазийного мира, в то время как травмированная, истощенная сердцевина либидинального эго уходит еще глубже внутрь. Такой наиболее глубокий уход эго воспринимает как возвращение в матку, безопасную внутреннюю «крепость», из которой, как оно все еще может смутно припоминать, оно ранее вышло в мир. (3, с. 91-102)

РАЗДЕЛ 2.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ

Пациентка, К., 25 лет. Диагноз: параноидная шизофрения с маниакально-депрессивным синдромом. Неоднократно совершала попытки суицида и самоповреждения. На момент начала психоанализа, проходила лечение в больнице уже около года, с перерывами. Была госпитализирована в связи с нанесением самоповреждений, после инцидента, в котором сосед застрелил на ее глазах свою собаку. К. проходила психоанализ в отделении острых психотических эпизодов, в течении 3 месяцев (30 сессий), летом 2012 года. К. болеет со времени учебы в школе, точное время начала заболевания установить не удалось, что является типичным при этом заболевании. Первый раз была госпитализирована в 14 лет, после первой попытки суицида (пыталась прыгнуть с окна в школе). Психоанализ никогда ранее не проходила. Во время врачебных обходов накрывалась с головой одеялом, на контакт не шла. На психоанализ ее отправили ко мне принудительно, но я объяснила пациентке, что решение о том проходить ли ей анализ, должно быть только за ней. И обдумав, она решилась на психоанализ. По моей просьбе, дозировка нейролептика (лепонекс), который принимала пациентка, постепенно была снижена до минимальной (1/4 таб. в сутки).

Основными симптомами данного психического расстройства на момент начала психоанализа были: бредовые идеи, агорафобия, патологическая застенчивость, навязчивая мысль прыгнуть с окна, головная боль; апатико-абулический синдром. К. казалось, что она похожа на мальчика. Объективно это было не так. Также пациентка жаловалась на невозможность читать, так как не запоминала прочтенное. К. связывала этот симптом со школой. Одноклассники дразнили ее и она не могла

сосредоточиться на чтении. Этот симптом нельзя отнести к расстройству мышления, так как других проявлений расстройства памяти не было.

К. выросла в необеспеченной семье, была единственным ребенком. Мама пациентки – психически здоровая женщина, экономист. Роды у матери проходили с осложнениями (обвитие пуповиной). Отец пациентки, по-видимому, психопат. Он пил, не работал, жестоко избивал свою жену и дочь, пытался утопить кошку в ванной на глазах у своей маленькой дочери. Во время таких его «приступов», К. вынуждена была закрываться с кошкой и питаться кормом для котов, так как доступа к кухне и еде у нее не было. До 10 лет К. жила с мамой и папой. После того как он сломал К. нос (ударил ее лицом об стол), они с мамой уехали от него жить к родителям мамы. Самыми важными для К. воспоминанием детства, было воспоминание о том, как папа ходил голый перед ней, и ей было страшно. По ее мнению, это является главной причиной ее заболевания. Так же она помнит как ударила папу большой книжкой по голове когда он пытался ударить ножом ее маму. К. рассказала, как девочка в садике сказала, что она сумасшедшая и никогда не выйдет замуж. Последние несколько лет живет с мамой и отчимом. С отцом не общается. С отчимом, по словам пациентки, у нее отношения очень хорошие. (Однако, в ходе анализа стало понятно, что это реактивное образование. Она ревнует маму к отчиму и идеализируя его, защищает от агрессии.) Ближе к завершению психоанализа, она вспомнила, что в детстве украла в магазине карандаши и альбом. Ей было очень стыдно за этот поступок. По мнению Ф. Дольто, воровство – это реакция на чувство бессилия, которое переживается ребенком. Во всех кражах выражается их попытка удовлетворить чувство беспомощности, нехватки чего-то, что им было бы необходимо, чтобы почувствовать себя счастливыми (то, что нельзя купить за деньги). К. не хватало общения и понимания со стороны матери. С помощью альбома и карандашей она хотела передать матери какое-то сообщение. В анализе эту функцию она пыталась переложить на меня.

С детства была замкнутой. В школе над ней насмехались одноклассники, особенно, одна девочка. Причину насмешек видит в том, что на переменах она повторяла уроки, а другие дети игрались. Она это очень тяжело переживала. Начиналась рвота перед тем как идти в школу, но мать все равно заставляла ее. В это время ей начало казаться, что над ней смеются на улице тоже. В школе хотела выпрыгнуть из окна. Когда закончила школу, поступила в педагогический институт, и после окончания преподавала английский язык в школе, где она опять была объектом насмешек со стороны учеников, потому что она носила одни и те же костюмы. Помнит как ударила своего ученика, когда он дрался с другим учеником, книжкой по голове (как в детстве ударила папу). Боялась что ее арестуют из-за этого.

Когда К. находилась в окружении незнакомых ей людей, ей казалось, что все смеются над ней, обсуждают ее. Она чувствовала себя дискомфортно в обществе людей, очень стеснялась. Причину видела в своей внешности: полнота вследствие приема некоторых медикаментов; последствия перелома носа. Жаловалась на то, что никто ее такую не полюбит и у нее никогда не будет семьи. Скорее всего, застенчивость стала патологической вследствие влияния школьных лет.

Год назад или раньше (точно вспомнить не может) ей начало казаться, что ею и мамой управляют экстрасенсы. Она считала, что никто кроме нее не замечает, как они управляют, и связывала это с тем, что она особенная. Также причину видит в том, что в этот период влюбилась в певца которого видела только по телевизору. Это была ее первая влюбленность. К. писала ему стихи. Думала, что песни которые он поет посвящены ей. И что теперь, экстрасенсы и этот певец ею управляют, чтобы она не сделала ему ничего плохого. Думала, что экстрасенсы проникли в ее телефон, забрали оттуда фотографии и с их помощью ею управляют. Она написала в интернете, что прощает всех тех школьников, которые над ней издевались, и что это из-за них она сошла с ума. Считает, что ею кто-то управлял, чтобы она это

написала. Сказала, что потом ей стало очень стыдно, что все это прочитали. Она боялась включать компьютер, чтобы не прочитать что-то плохое о себе. Боялась открывать жалюзи, потому что ей казалось, что над ней наблюдают с космоса. С этого периода практически все время находится в больнице.

Жалобы, симптомы пациентки в начале психоанализа имели бредовую форму, которая характеризовалась в ее убеждении в истинности бредовых идей и их эго-синтонности. Однако, ближе к концу терапии, она стала понимать нелепость своих страхов, и эти идеи стали носить характер навязчивых идей, стали эго-дистонными. Она начала понимать, что все это ей кажется и хотела избавиться от них, «стать как все», начать жить нормальной здоровой жизнью, создать семью... Такие перемены по отношению к своим симптомам говорят о появлении у пациентки наблюдающего Я, тестирования реальности, и переход на пограничный уровень организации личности.

Согласно В. Тауску, К. находится на 6 стадии формирования аппарата влияния. 6 стадия сопровождается чувством изменений с проекцией внутреннего процесса наружу и с указанием виновника, согласно параноидной механике (напр. подвергаться внушению, гипнотизироваться, электризоваться, создавать и отнимать мысли и чувства, создавать движения тела и т. д.).

Тауск и Фрейд говорили о том, что преследователями всегда становятся объекты любви: женихи, любовники, врачи. А другая группа объектов любви: мать, близкие друзья семьи – причисляются не к преследователям, а к преследуемым, вынужденным делить ее судьбу, и также попадающим под влияние. Преследователями признаются исключительно персоны, живущие в пространственном отдалении от пациентки, преследуемыми же – персоны, относящиеся к ближайшему кругу ее знакомых, не отделенному от нее в пространстве. Все это хорошо видно на примере К.

Согласно классическому психоанализу, шизофреники пользуются нарциссическим выбором объектов любви путем идентификации. Члены семьи – это объекты любви, которые в силу того, что они находились рядом с пациенткой в самом начале ее жизни, также были подвергнуты нарциссическому выбору объекта путем идентификации. Пациентка и сейчас еще использует эту форму выбора объекта на этих персонах, подчиняя их ее собственной судьбе, идентифицируя ее с ними. Притязание членов семьи на перенос на них либидо обычно не воспринимается как требующее преодоления большой дистанции или сильного отдаления от самой себя, значительного отречения от нарциссизма. Пациентка, производя идентификацию этих персон, идет по хорошо проторенному пути, который не кажется ее нарциссизму настолько опасным, чтобы восставать против либидинозной нагрузки этих объектов, воспринимать их как враждебные. Иначе обстоит дело с любовниками и женихами. Они угрожают нарциссической позиции своим требованием объектного либидо в очень большом объеме и поэтому встречают сопротивление как враги. Пространственная удаленность этих персон при этом действует возбудителем чувства дистанции для либидо. Перенос на дистанцию воспринимается как особенно сильное притязание на признание объектной позиции, на отказ от себя. Также происходит и в нормальной жизни. Пространственная удаленность от любимых персон угрожает объектному либидо или даже побуждает человека привязать либидо снова к себе, отказаться от объекта. Притязание на любовь на расстоянии — часто тяжелое требование, выполняемое лишь с неохотой. Но пациентка не может просто нормальным путем отказаться от объектов своей любви, т. к. и нагружены либидо они были не нормальным путем. С более притязательными она может справиться только с помощью параноидной механики, с менее притязательными — только путем идентификации.

К. постоянно слушала в больнице музыку. Говорила, что одни песни поют, чтобы ей помогать не делать ничего плохого своему возлюбленному певцу, а другие песни, чтобы подавлять ее. Считала, что все люди делятся на тех, кто хочет ей помочь и на тех кто хочет навредить. Она пыталась это выяснить.

К. считает, что церковь исцеляет и что всем психически больным людям надо пойти в церковь, чтобы из них изгнали их болезнь. Считает, что в них что-то вселилось. Когда К. не ходила в церковь, то у нее начинали хрустеть суставы, и это для нее признак того, что пора пойти в церковь.

У пациентки несколько раз исчезал голос. Первый раз – когда дядя ругал ее маму за то что она живет со своим мужем, так как он ему не нравился. К. тогда начала сильно кричать на своего дядю, защищая маму, и у нее исчез голос. Второй раз - когда маме делали операцию, третий - когда на ее глазах сосед застрелил свою собаку, которую она кормила. Она испытывает вину за это. Четвертый - когда ее подруга по палате сообщила ей о смерти своего папы. Я думаю, что первое исчезновение голоса обусловлено самонаказанием за проявленную агрессивией. Вторую потерю голоса, согласно теории Биона можно объяснить отрицанием своей недостаточности. Так как если мама умрет, то она вынуждена будет признать свою зависимость. А признание зависимости – это боль осознания своей несостоятельности. Речь выполняет функцию соединения. Она производила нападение на связь с объектом. Третий раз: она идентифицировалась с собакой. Собаку застрелили – застрелили ее. У нее есть ощущение, что если мать не удовлетворяет ее потребности, то это причинение смерти. Потребность быть накормленной мамой воспринимаются ею как разрушение. Собака тоже хотела кушать и хозяин застрелил ее за избыточное желание есть. У нее чувство вины, что это она не добавала еды собаке, и собака пошла требовать еду у хозяина. А также чувство вины, что она была слишком требовательной. К. поставила себя и хозяина на место мамы, а собаку на

место себя. Кормя собаку, она кормила в ней своего маленького ребенка. Следовательно, она и как мама виновата, и как дочка, потому что собака еще требует. Это усугубление вины означает для нее, что она разрушительна во всех своих действиях. И поэтому она думает, что это из-за нее убили собаку. Четвертый раз, потеря голоса –это блокирование понимания во избежание ответственности. Потому что если «я понял, то я ответственен за это».

На первой сессии К. говорила, что пациенты, врачи, таблетки в больнице не настоящие. Ей казалось, что все подсланные, и я в том числе. К. казалось, что за нами наблюдали и подслушивали с космоса. Согласно Биону, это проекция своих органов восприятия, чтобы не тестировать реальность. Во время этой сессии пыталась причинить себе телесный вред. Пациентка не отвечала на вопросы так как ей казалось, что я и так знаю. Ей казалось, что я знаю о чем она думает. Я. М. Коган объяснял это регрессией в тот период детства когда дети думают, то родители знают их мысли.

Хочу рассказать о том как менялось ее состояние от первых сессий и до окончания анализа. Вначале приходилось ходить за ней в палату и забирать ее на психоанализ. Она казалась безжизненной, обессиленной. Говорила, что никогда не вылечится и что всю жизнь проведет в больнице; рассказывала, что в больнице все такие как она, поэтому ей лучше оставаться тут. Говорила, что пытается найти в больнице кого-то похожего на ее маму. Жаловалась на то, что ею управляют. На мои вопросы о том кто управляет, отвечала что не знает. Однако, вскоре выяснилось, что это были экстрасенсы с ее возлюбленным. Жаловалась на постоянные перемены настроения, без причины. Говорила что ей очень плохо, что она не хочет больше проходить анализ. Что я из нее как будто «жизнь вынимаю», что она чувствует себя «жертвой в лапах паука». Поднималась сильная тревожность. Она расцарапывала себе кожу на руках. Говорила, что не хочет больше жить, потому что над ней все смеются. Отказывалась выходить на улицу.

На 5 сессии ситуация нормализовалась. Я положила ее на кушетку. Она уже сама приходила на психоанализ. К 8 сессии К. начала выходить на улицу с мамой. Ее врач рассказал мне, что она перестала все время лежать в палате, начала гулять по отделению. Стала более оживленной, у нее появилась надежда на выздоровление. Она связывала это с психоаналитическим лечением. Недавно у нее появилось желание выписаться из больницы. Но все это не стабильно. Иногда пыталась прервать сессию и уйти. Мне удалось выяснить, что это из-за того, что она злится на меня. На 15 сессии, у К. появилась навязчивая мысль о том, как она наблюдает как прыгает с окна, а внизу пустота, страх. Я объяснила ей, что окно-это взгляд внутрь. Она пытается взглянуть в себя, встретиться со своей больной частью личности, но ей страшно. К. сказала, что чувствует, как ее здоровая часть личности борется с больной. На 16 сессии, она видела, что уже спрыгнула из окна, разбилась, кровь. Наверное, то что К. обнаружила в себе оказалось слишком травматичным для нее.

Вскоре, она начала выходить на улицу сначала с мамой, а потом без мамы. Ей уже не так страшно. Она сама проявляла инициативу пойти погулять, но во время прогулки старалась не смотреть на людей, чтобы не видеть как они над ней смеются. Говорила, что ей с одной стороны хочется идти на улицу, а с другой – страшно. Раньше она отказывалась выходить на улицу даже в сопровождении матери. С. Резник писал, что шизофреник не любит открытого пространства: если он и раскрывается пространству, то лишь за тем, чтобы забраться внутрь других объектов. Он перепрыгивает через пространство, поскольку нахождение в пространстве предполагает риск нападения. Выход в пространство равнозначен сепарации. Сепарация означает уход, потерю, переход с одной стадии на другую (с параноидно-шизоидной на депрессивную), принятие пространства и времени. Сепарация это также необходимость перенести разрывы и прерывания. Психотики не могут выносить отсутствия непрерывности, они переживают ее как

сепарацию и сопротивляются течению времени и разделению в пространстве. Следовательно, они пытаются подавить сепарацию и свой непереносимый страх открытых пространств при помощи их собственного превращения в пространство внутри другого человека, однако, при этом они теряют свою идентичность и личное переживание времени.

К. начала смотреть телевизор, чего до этого не делала так как ей казалось, что она причастна ко всему плохому, что случается в мире. Это типичное мышление для пограничного психоза. Также К. казалось, что ее мама болеет из-за нее. Я объяснила, что она путает случайность и закономерность. И все случайное относит на свой счет. Поэтому ей и кажется, что если что-то плохое случается, то это из-за нее.

Мигрени прошли после осознания пациенткой их причины и отреагирования сдерживаемой агрессии. Это не является окончательным решением проблемы, но остается единственно возможным за такой короткий срок психоанализа. Раньше мигрень начиналась у К. в ситуациях когда на нее кричали, ругали (персонал больницы). Она молча выслушивала оскорбления и потом сразу начиналась мигрень вследствие конверсии. Во второй фазе психоанализа, пациентка начала проявлять волю и самостоятельность. Например, когда раньше другая пациентка забирала что-то принадлежащее ей, она или просила врача вернуть ей это, или вообще ничего не предпринимала. Сейчас же она сама забирала принадлежащую ей вещь и рассказывала мне об этом.

У пациентки была склонность как она выражалась «хрустеть, ломать пальцы», что означало ломать свои мысли, а также наказывать себя, как выяснилось впоследствии. Она думала, что ее активность вызывает мамину болезнь. Когда она слушала новости, она хотела узнать действительно ли ее активность вызывает разрушительные моменты.

На 22 сессии обнаружилась склонность пациентки придавать времени качество пространства. Иногда она чувствовала себя как будто

парализованной, а время остановившимся. С. Резник писал, что для шизофреника непереносима организация своего времени (переживание времени как длительности) в значении внутреннего ритма, прототипом которого является биологический ритм. Чрезмерная проекция подобного жизненного ритма лишает личность человеческих качеств и превращает его в механического робота, движимого или парализуемого внешними силами, - всемогуществом внешнего или внутреннего преследователя. Паралич вводит шизофреника в состояние инертности, и он не ощущает течения жизни. Внутреннее переживание времени изгоняется и манифестируется как пространственное измерение.

Иногда К. казалось, что проснувшись, она еще находится во сне. С Резник говорил о том, что шизофренику сложно понять находится ли он во сне или уже проснулся, так как он не отличает сон от пробуждения (реальности). Различие между манифестным и латентным содержанием сновидения шизофреника столь незначительно, что его практически обнаженные сновидческие мысли смешиваются с реальными объектами.

У пациентки в течении психоанализа появилось много новых рисунков. О некоторых из них, я хочу рассказать.

1. Рисунок с изображением змеи, похищающей яйца из гнезда. К. обвиняла, птицу-мать в том, что она построила гнездо слишком низко, так что змея смогла пробраться в него. Змею можно рассматривать как фаллический символ, относящийся к отцу. Змея несет опасность, потому что она крадет у нее возможность оставаться только ребенком. Здесь можно вспомнить ее воспоминание о том, как папа ходил обнаженный перед ней и ей было очень страшно. Она боялась своих опасных, пробудившихся сексуальных фантазий. Возможно это и было временем начала бреда.

2. Рисунок с изображением собаки без ушей. В качестве ассоциации, К. вспомнила рекламу где говорилось о том, что отсутствие ушей не означает то, что ничего не слышно. Это можно интерпретировать как «первичную

сцену». Или это может быть воспоминанием о том, как родители ссорились и не обращали внимание на ее присутствие.

3. Рисунок с изображением «чудика», который выходит из живота женщины. Скорее всего это рисунок о ней самой. Так как она чувствовала себя не такой как все остальные люди, инопланетянкой на Земле.

У К. была фантазия о наступлении конца света. Резник пишет, что переживание конца света появляется вследствие нападения на Самость. Они принимают форму взрыва или катастрофической фрагментации, переживаемой как конец света.

В процессе психоанализа, у пациентки обнаружилась диссоциация, которая характерна для пограничного психоза. В один период сессии, она идеализировала свою мать, а потом сразу же обесценивала, не давая себе отчет в том, что совсем недавно высказывала противоположные мысли. Это показывает то, что пациентка осталась на параноидно-шизоидной позиции, для которой характерно расщепление объектных отношений матери и ребенка; приятные, удовлетворяющие переживания равнозначны «хорошей груди», а фрустрирующие преследующие переживания – «плохой груди»; двух составляющих параноидно шизоидной позиции. Такое же расщепление происходит с пространством и со временем.

Следующие сессии были наиболее важными, переломными: на 26 сессии К. рассказала недавно приснившийся сон, благодаря которому стало возможным осознание и признание агрессии по отношению к отцу, а также возможность рассказать аналитику об очень болезненных переживаниях детства. К. приснилось как она с большим желанием идет на выборы, но пока не определилась за какую партию будет голосовать, за партию «Удар» или «Батьківщина». (Недавно действительно проходили выборы в больнице и она первый раз в жизни пошла голосовать за того, кого сама выбрала, несмотря на то, что ее врач сказал ей за кого нужно голосовать. К. со страхом того, что он узнает о том, что она его не послушалась, пошла на выборы. Я сказа ей,

что это был смелый, достойный поступок. Объяснила, что выборы для того и существуют, чтобы выражать свое мнение, волю. Что ее страх быть наказанной за выбор преувеличен.) Ассоциации к партии «Батьківщина»: «Жалко Юлию Тимошенко, ее держат в тюрьме, взаперти, как и меня.» Ассоциации к партии «Удар»: «Мне хочется кого-то ударить, побить.» Выяснилось, что это отца она хочет ударить, потому что: «Он бил нас с мамой. У нас не было нормальной жизни. Он пил и бил нас. Он меня носом об стол ударил. Мою кошку чуть не утопил». Она нуждалась в немедленном утешении, успокоении, что я и сделала с помощью присоединения. Потом она начала говорить о церкви (покаянии), стала «хрустеть пальцами», сказала, что шея тоже хрустит. После нескольких моих интерпретаций, К. остановилась на том, что это она таким образом наказывает себя, за сделанный выбор (партия «Удар»), так как шея относится к выбору. А также наказывает себя за желание ударить папу, «ломая» себе пальцы.

Психическое расстройство пациентки имеет травматическую этиологию. К. должна была диссоциировать, в экстремальной форме отключиться от страдания, благодаря расщеплению (фрагментации, изгнания и проекции) и трансформации в галлюциноз.

На 27 сессии К. приснился сон о том как она ходила по планете Марс в специальном защитном костюме: «В костюме было тесно, но безопасно.» Если его снять, наступает смерть. Помимо всего, здесь виден страх сепарации (костюм-мать) и страх открытого пространства из-за риска нападения, что является типичным для шизофреников. С. Резник пишет о том, что шизофреники избегают выхода в пространство в обнаженном виде и приводит аналогию с астронавтами, которые находясь в космическом корабле, не общаются с космосом, а лишь смотрят на него через открытое окно. Однако когда астронавты выходят из контейнирующего объекта и начинают перемещаться в открытом космосе, они вступают в свободно-плавающее общение с новыми аспектами вселенной. «Движение навстречу

неизвестности – это онтологическое переживание, наполненное тревожностью, такое же, как и само рождение». (С. Резник «Человек в бреду»)

28 сессия. Приближалась выписка пациентки из больницы и, соответственно, окончание психоанализа. Этот факт негативно сказался на ее душевном состоянии. Ей приснилось, как она лежит в реанимации. Ассоциации к сновидению: «В реанимации человека спасают, следят за ним пристально, чтобы ничего плохого не случилось. Контролируют давление, сердцебиение.» Она рассказывала как одновременно и домой хочет, и понимает, что еще больна (полное тестирование реальности). «Я нахожусь уже в больнице 4 месяца, пью таблетки от которых мне совсем не лучше.» Я думаю, что она знает о сложностях продолжения психоанализа, поэтому настаивает на интенсивной терапии (реанимации), чтобы аналитик продолжал работать с ней дома. К. все еще боялась выходить сама на улицу. Все время прокручивала разные варианты возможного продолжения психоанализа, однако были сложности, которые делали это невозможным и она об этом знала. В конце сессии К. стало плохо: «Голова болит, тошнит. Кажется, что меня здесь нет, а с вами говорит кто-то другой». По видимому, ей очень больно оставлять меня так скоро, поэтому она хочет оставить «Другого», который сепарируется от меня, а не она.

На этой сессии пациентке удалось, наконец, аргументировать свое убеждение в том, что она похожа на мальчика. Оказывается дело было в том, что она одевается как мальчик. Она сказала, что не носит юбки, туфли на каблуках, как я, а только брюки. Этому инсайту предшествовало наблюдение пациенткой за мной до начала сессии. Я объяснила, что одежда не определяет пол человека. В заключении, К. сказала, что как только ее выпишут, она пойдет на базар и купит себе более женственную одежду. Она не хочет больше одеваться как мальчик, хочет быть женственной. Такие изменения произошли благодаря ее идентификации с аналитиком. Перед следующей

нашей встречей, ее врач сообщил мне об изменениях в ее поведении в сторону женственности. (Как раз перед сессией она вымыла волосы и кокетливо гуляла по отделению)

Представление о поле формируется к 4 годам. Пол – завершающий мазок формирования представления о своем теле. У пациентки оно сложилось не верно, потому что не было признано право К. на ее сексуальность, право на ее женские потребности; не удалось разделить атаку отца на нее с представлением, что это виновата ее телесность. Слабое эго пациентки не смогло выдержать появления новой функции - сексуальной (появление менструации и предположительное начало бреда). Телесное «Я» пациентки не включает в себя сексуальных репрезентантов. И она отказывается от своего пола. Он не есть чем-то ценным для нее. Согласно теории Биона, сложность в обработке сексуальных влечений говорит о сложностях в мыслительном аппарате. И тогда вместо собственной «машины мышления» нужно изобрести другую («аппарат влияния»).

29 сессия. К. приснился сон, о том, что она находится в новой квартире, принадлежащей ей, еще не обустроенной, большей чем та в которой она живет сейчас. В квартире есть мусор. Из ассоциаций пациентки стало ясно, что сон говорит о каком-то начале, новой жизни, ее самой новой. Это новое (она) еще не достроено. На мой вопрос, что именно нужно достроить, она ответила: «Меня». И сразу же начала говорить о трудностях дальнейшего продолжения анализа(так как, чтобы быть «достроенной», она нуждалась в психоанализе). Новая просторная квартира – ее новая оболочка в которой уже не так тесно как было раньше, которую можно заполнить положительными объектами, но в которой все еще остается исторический мусор, хлам из неконтролируемых суицидальных импульсов. Исходя из содержания сессии (новое начало, жизнь...), можно говорить о рестарте и повторном росте Самости. Это стало возможным благодаря появлению доверия к аналитику.

30 сессия (последняя). К. говорила о том, что нужно подвести черту в ее жизни между всем тем плохим, что было в прошлом, и между будущим. Она была настроена оптимистично.

С момента окончания психоанализа и до настоящего времени, пациентка ни разу не совершала попыток суицида, самоповреждения. Бред преследования отсутствует. Лепонекс не принимает уже 6 месяцев. Единственным оставшимся симптомом, оказался ее страх выходить одной на улицу. Это является большой проблемой в социальном плане, так как лишает пациентку самостоятельности, возможности преподавать и быть в обществе. Хотя К. нашла частичную компенсацию, обучая английскому языку свою соседку - школьницу.

РАЗДЕЛ 3.

НЕКОТОРЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Проведение психоанализа в больнице имеет некоторые особенности. Обязательным является сотрудничество психоаналитика с лечащим врачом пациента, однако нужно сохранять принцип конфиденциальности. Действия психоаналитика и врача по отношению к пациенту не должны противоречить друг другу. Если возможно, дозировка медикаментов должна быть снижена лечащим врачом для восприимчивости пациента к терапии. При высоких дозировках некоторых препаратов психоанализ невозможен. Также будет полезным сотрудничество аналитика с персоналом, который контактирует с пациентом. Иногда, никто не может описать душевное состояние пациента лучше, чем младший персонал больницы. Очень важно, чтобы пациент находился в заботливой атмосфере. Больница должна выполнять функцию «холдинга». Нужно предупредить лечащего врача о возможности негативного переноса на него, пациентом. Ведь известно, что мед. персонал является заместителем семьи пациента. Если этого не сделать, то негативное отношение к врачу может быть воспринято им, как проявление шизофрении, и повлечь за собой назначение дополнительных медикаментов.

В случае если больной признан недееспособным, аналитик должен обговорить возможность проведения психоанализа с родителями пациента или опекуном.

Наличие у пациента соматических болезней, которые сильно ухудшают его самочувствие, требуют их лечения во время проведения психоанализа. Аналитик должен посодействовать тому, чтобы пациента направили на консультацию к терапевту, если этого не сделал врач.

Из кабинета, в котором будет проводиться психоанализ, должны быть убраны все предметы, с помощью которых пациент может нанести вред себе

или аналитику. По мнению Х. Спотница, психоанализ можно начинать если пациент осознает кто он, где он, и кто перед ним. Хотя, С. Резнику удавалось проводить психоанализ даже при острых психотических состояниях. При серьезных нарушениях мышления у пациента, благополучный исход психоанализа маловероятен. Мало шансов на выздоровление и у пациентов в преклонном возрасте, которые болеют шизофренией с юности (ригидность психики и множество негативных симптомов шизофрении, сформировавшихся в течении жизни). Плохо восприимчивы к психоанализу, пациенты которым проводилась ЭСТ (электросудорожная терапия). Сложности связаны с ригидностью их психических реакций, возможно, появившихся после ЭСТ вследствие органических повреждений мозга.

Несмотря на то, что диагноз уже установлен, нужно проверить его достоверность. С психоаналитической позиции нужно определить: в первую очередь, степень тестирования реальности (у шизофреников она может колебаться от частичной до полного отсутствия ее тестирования) и наличие наблюдающего Я (отсутствует); дальше – уровень интеграции Эго (у шизофреников Эго не интегрировано); тип объектных отношений (диадный); особенность переноса (нарциссический) и контрпереноса; предпочитаемые защиты (примитивные: изоляция, отрицание, идеализация и обесценивание, всемогущий контроль, проекция, интроекция, проективная идентификация, расщепление, диссоциация); наличие конфликта или дефицитарности структуры (дефицитарность); особенность переноса (нарциссический) и контрпереноса.

Общие диагностические критерии шизофрении по МКБ-10:

1. Слуховые псевдогаллюцинации, ощущение приема, передачи мысли на расстоянии или их отнятия.

2. Бред воздействия, контроля со стороны, чувство сделанности отдельных движений, мыслей, поступков или ощущений; бредовое восприятие.

3. Вербальные галлюцинации комментирующей или диалоговой формы, обсуждающие поведение больного, или другие голоса, идущие из определенных частей тела.

4. Стойкий, неадекватный для данной культуры, вычурный бред нереалистического происхождения.

Традиционные клинические инструменты, используемые для диагностики шизофрении: ММРІ, ТАТ, тест Роршаха.

Нужно стараться избегать сообщения диагноза пациенту, из-за риска его идентификации с шизофренией. Пациент может пойти на этот шаг, во-первых, из-за страха деперсонализации, чтобы наделить себя хоть какими-то качествами. А также, чтобы снять с себя ответственность: «Я - шизофреник, что с меня взять». Если диагноз поставлен не верно, то в случае идентификации, развитие пациента может пойти по линии шизофрении (самореализующееся пророчество по А. Адлеру). В случае если идентификация произошла, нужно объяснить пациенту, что он не есть «шизофрения».

Сессии можно проводить 5 раз в неделю, как советует Резник, или 2, максимум 3 раза в неделю, как советует Спотниц. Он считает, что повышение частоты сессий все равно не ускорит процесс выздоровления. З. Фрейд, в работе «Анализ конечный и бесконечный» писал, что психика имеет качество постоянства, поэтому сложно за небольшой период времени повлиять на устоявшиеся, патологические способы реагирования психики пациента. Он пишет: «Сократить продолжительность лечения можно только через усиление аналитической помощи, которую мы хотим оказать Я. В клинической практике Х. Спотница, лечение шизофрении занимало 3 года.

Исходя из моей практики, я пришла к выводу, что частота сессий 5 раз в неделю является слишком большой нагрузкой на психику пациента.

Появление продуктивного бреда в течение сессии, Спотниц относит к сопротивлению и предлагает задавать пациенту объект-ориентированные

вопросы, чтобы вернуть его в «здесь и сейчас». Это является очень эффективной техникой. В целом, мне кажется, что техника, которую предлагает Спотниц для работы с шизофрениками, слишком провокативная. Ее можно использовать только в условиях стационара, аналитиком с большим опытом работы с психозами.

Многие аналитики, лечащие шизофреников, считают, что наиболее успешным видом терапии для них будет - групповая. Но, я считаю невозможным добиться переструктурирования Я благодаря групповой терапии. Она будет полезна только с целью социализации пациентов. Поэтому лучше всего сочетать индивидуальный и групповой психоанализ. Существует мнение, что групповой и индивидуальный психоанализ должны проводить разные аналитики.

Для сохранения полученных во время психоанализа в больнице результатов, желательно продолжать психоанализ и после выписки пациента, до полного исчезновения всех симптомов шизофрении.

ВЫВОДЫ

После прохождения психоаналитической практики в больнице, я пришла к выводу, что одного только медикаментозного лечения шизофрении недостаточно. Я убедилась в необходимости проведения психоанализа лицам с диагнозом «шизофрения», проходящим лечение в стационаре. Описанный мной клинический случай, а также другие случаи, показывают положительную динамику, даже в короткий срок психоаналитической терапии.

Изучая истории болезней пациентов, я отметила для себя важность социального фактора («шизофреногенная семья») в развитии шизофрении, а также усомнилась в генетической теории возникновения шизофрении. При исследовании семей, в которых один из ее членов болен шизофренией, выяснилось, что описанные душевные переживания, протекающие в форме бессознательных процессов внутри самой личности шизофреника, могут происходить и внутри семьи, между отдельными ее членами. Здесь встречаются особые патологические формы мышления, чувств и поведенческих функций, которые, если они направлены на зависимого ребенка или протекают в атмосфере его пассивного присутствия, способны к развитию психического расстройства и у ребенка. То есть, изначально здорового ребенка можно «сделать ненормальным».

В особенности, мое внимание привлекли матери пациентов, проходивших у меня анализ, а также отец одной пациентки, с раннего детства замещающий мать. Как правило, эти люди были властные над своими детьми, контролирующие их даже в мелочах, не зависимо от возраста своих «взрослых» детей. На первый взгляд, очень заботливые родители, но на самом деле их не интересовали истинные потребности своих детей. Такие «шизофреногенные мамы» убеждают детей в неверности их потребностей и навязывают свои. Ребенок оказывается в противоречивой ситуации.

Например, он чувствует себя уставшим, а мать убеждает его в обратном. Ребенок тогда становится перед тяжелым выбором: либо его ощущения не верны, либо мать лжет. А так как мать является единственным значимым, любимым объектом от которого зависит ребенок, ему трудно обвинять ее во лжи. Остается только поверить в неправильность своих физиологических ощущений. В результате ребенок перестает узнавать свои внутренние ощущения, стирается граница между внутренним и внешним, что есть одним из проявлений шизофрении. Он выстраивает отношения со своим внутренним а также внешним миром через ложные взаимосвязи (живет в системе ложных означающих). Здесь речь идет о реактивных шизоидных реакциях или синдромах, но не о шизофрении.

В результате проведенного курса психоанализа пациентке К., представленной в клиническом случае, можно предположить, что мы имеем дело с пограничным расстройством, а не с параноидной шизофренией. На это указывают: способность пациентки к символизации, степень тестирования реальности от частичной до полной, а также быстрое исчезновение симптомов.

Также и в случаях с другими пациентами, я столкнулась с ятрогенией. У двух из пациенток, проходивших у меня психоанализ, я не выявила диагноза «параноидная шизофрения». У одной из них, неправильность поставленного диагноза, уже признали другие специалисты спустя 2 года медикаментозного лечения шизофрении в больнице.

Существуют много факторов способных вызывать симптомы шизофрении (интоксикации, вирусы, органические поражения мозга...), но это не дает права ставить диагноз «шизофрения», который приносит с собой огромное негативное воздействие на жизнь человека (установление инвалидности, ограничения в трудоустройстве, лишение прав, множество побочных эффектов вследствие приема медикаментов). К сожалению, по разным причинам, врачи-психиатры не всегда ставят верный диагноз. В

психиатрических больницах Украины существует следующая схема постановки диагноза: после того как пациент поступает в отделение, психолог проводит тестирование (не больше 15 минут) и на основании полученных результатов, а иногда и результатов предыдущего тестирования, психиатр, после недолгой беседы с пациентом, ставит диагноз. Я считаю, что для предотвращения ятрогении и врачебных ошибок необходимо полное медицинское обследование пациента, поступающего на лечение в психиатрическую больницу, чтобы исключить все соматические источники, которые могут вызывать шизофреноподобную картину заболевания.

Не существует ни одного объективного исследования, которое может доказать наличие шизофрении у пациента. Возможно, шизофрению можно рассматривать не как диагноз, а как функциональное проявление определенного типа мышления и структурной организации психики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балинт М. Базисный дефект. – М.: «Когито-Центр», 2002.-256 с.
2. Бреусенко-Кузнецов А. Теория личности: зарубежный опыт теоретизации: Курс лекций. – К.: «Миллениум», 2008. – 442с.
3. Гантрип Г. Шизоидные явления, объектные отношения и самость. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2010 – 672 с.
4. Клинические лекции по Кляйн и Биону. – М.: «Когито-Центр», 2012. – 192 с.
5. Коган Я. М. Переживание гибели мира и фантазия о повторном рождении при шизофрении. – Ижевск: Ergo, 2011. – 48 с.
6. Немировский К. «Винникот и Кохут: Новые перспективы в психоанализе, психотерапии и психиатрии: Интерсубъективность и сложные психические расстройства.» – М.: «Когито-Центр», 2010. – 217 с.
7. Резник С. Человек в бреде: телесные ощущения при психозах. – Н: «Аспект полиграф», 2006. – 320 с.
8. Стайнер Д. Психические убежища. Патологические организации у психотических, невротических и пограничных пациентов. – М: «Когито-Центр», 2010. – 239 с.
9. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники
10. Тауск В. О возникновении «аппарата влияния» при шизофрении. – И: Ergo, 2011 – 60 с.
11. Фрейд З. «Анализ конечный и бесконечный».
12. Фрейд. З. «Психоз и невроз».
13. Фрейд З. «Утрата реальности при психозе и неврозе».
14. Энциклопедия глубинной психологии. Том 2. Новые направления в психоанализе. Психоанализ общества. Психоаналитическое движение. Психоанализ в Восточной Европе. – М., «Когито-Центр», 2001. – 752с