Главная цель настоящей главы — показать практическую ценность структурного интервью, преимущественно при дифференциальной диагностике пограничных состояний. Детальное клиническое описание разнообразных картин, которые мы наблюдаем во время структурного интервью, поможет понять также и ограниченность данного подхода. Можно кратко сформулировать следующий общий принцип: чем яснее проявляются симптомы психоза или синдрома органического поражения головного мозга, тем в большей мере структурное интервью напоминает традиционный психиатрический осмотр. Но когда мы встречаемся с пациентами, страдающими неврозами или пограничными нарушениями, тогда преимущества структурного интервью сразу становятся очевидными. Структурное интервью не только помогает провести четкие разграничения при дифференциальной диагностике, но также дает информацию относительно прогноза и показаний к психотерапии. Оно дает представление о мотивациях пациента, о его способности к интроспекции и к сотрудничеству в процессе психотерапии, а также позволяет оценить потенциальную возможность отыгрывания вовне и психотической декомпенсации.

Возникает важный вопрос: следует ли до структурного интервью проводить стандартный сбор данных об истории пациента, заменяя, таким образом, традиционный психиатрический осмотр структурным диагностическим интервью? Или же и стандартный сбор данных, и традиционное психиатрическое обследование должны уступить место структурному интервью, которое может закончиться выборочным сбором данных из истории пациента, в зависимости от тем, затронутых в процессе самого структурного интервью?

Преимущества классического начала со сбором данных об истории пациента заключаются в том, что такой подход проще для психиатров, привыкших собирать медицинскую историю и проводить осмотр. Кроме того, он позволяет психиатру быстро диагностировать явные признаки психоза или синдрома органического поражения головного мозга (а в этих случаях структурное интервью менее важно). К тому же такой более традиционный подход снижает первоначальную тревогу пациента, поскольку укладывается в рамки обычных ожиданий, связанных с отношениями доктора и больного. Стандартное начало со сбором данных об истории пациента помогает также избежать преждевременной активизации примитивных защит (что может породить крайне негативное отношение к терапевту или противостояние ему, особенно при взаимодействии с параноидным пациентом).

Недостатки традиционного начала, предшествующего структурному интервью, заключаются в том, что оно помогает пациенту спрятать свои основные механизмы защиты. Особенно это проявляется в случаях, когда мы имеем дело с пограничными или невротическими структурами: пациент может защитно “адаптироваться” к ситуации интервью, он снижает свою тревогу и одновременно скрывает от нас свои конфликты и ранние взаимоотношения переноса.

Взвешивая все “за” и “против”, я могу сказать следующее: чем меньше у терапевта времени для полного обследования пациента и чем меньше его опыт в проведении структурного интервью, тем больше показаний к тому, чтобы начинать со стандартного опроса, а уже потом перейти к структурному интервью. И напротив, чем больше в нашем распоряжении времени, чем опытнее терапевт и чем более дифференциальная диагностика сосредоточена на том, как отличить невротические структуры от пограничных или же пограничные от психотических, — тем больше показаний к тому, чтобы начать со структурного интервью, понимая, что необходимую информацию об истории пациента мы естественным образом узнаем на поздних стадиях интервью.

Интервью начинается с того, что пациенту предлагают кратко рассказать о причинах, заставивших его обратиться к терапевту, о том, чего он ожидает от терапии, о его главных симптомах, проблемах или трудностях. Ход беседы с пациентом после того, как он ответит на первоначальные вопросы, может быть разным; это зависит от разных подходов к структурному интервью (Stone, 1980; Selzer, 1981). Я предпочитаю производить систематический поиск, основанный на первоначальной информации, обозревая цикл “ключевых” симптомов, связанных между собой; эти психопатологические симптомы изображены вне окружности на схеме 1.



Рис. 1. Процесс интервью: движение по ключевым симптомам

Когда первоначальное обзорное исследование закончено, терапевт концентрируется на важнейших симптомах, которые выявились в процессе интервью, исследуя их по мере того, как они проявляются здесь-и-теперь, используя прояснение, конфронтацию, осторожную интерпретацию, пристально следя за реакциями пациента на действия терапевта. Способность пациента переживать эмпатию по отношению к стараниям терапевта, способность участвовать в прояснении идентичности своего Эго, объектных отношений, тестирования реальности и конфигурации защита-импульс показывает, насколько он склонен к интроспекции. Структурный диагноз во многом зависит от того, как пациент отвечает на прояснения, конфронтации и интерпретации терапевта.

Если, например, при первоначальном исследовании терапевт обнаружил признаки диффузной идентичности и недостаточную способность к тестированию реальности, то он первым делом стремится к тому, чтобы эти проявления усилились здесь-и-теперь в процессе интервью. Затем он применяет конфронтацию, обращая внимание пациента на противоречивость его слов и другие признаки непоследовательности, которые заставляют предположить защитную природу его поведения. Кроме того, терапевт осторожно интерпретирует возможное значение этих противоречий, что заставляет пациента углубиться в исследование своего поведения и своих мотиваций. У пациента спрашивают, что он думает об этих противоречиях, что он по отношению к ним чувствует, какая еще информация нужна, чтобы прояснить смысл такого поведения.

Реакции пациента на все это чрезвычайно важны, именно на их основе можно отличить друг от друга невротические, пограничные и психотические структуры. У пограничных пациентов, поскольку у них сохранена способность к тестированию реальности, часто происходят неожиданные изменения и улучшение функционирования в ответ на прояснения, конфронтации и интерпретации терапевта. Они способны чувствовать эмпатию к “замешательству” терапевта, они могут прояснять свое восприятие и изменять его, они могут конструктивно использовать полученные новые данные позже в течение интервью. Кроме того, пограничные пациенты в какой-то мере способны к интроспекции и к инсайту относительно причин своего противоречивого поведения. Как уже упоминалось выше, пациенты с психотической структурой не способны чувствовать эмпатию по отношению к обычным социальным критериям реальности, поэтому, когда терапевт пытается применить прояснение, в ответ у такого пациента ярче проявляются признаки нарушения тестирования реальности. Пациенты с невротическими нарушениями, в отличие от пограничных пациентов, обладают целостной Я-концепцией, что вызывает у терапевта углубление эмпатии по отношению к различным сторонам их конфликтов и реальной жизни, к целостным образам значимых других людей. Благодаря этой целостности описываемые таким пациентом межличностные отношения и история его жизни приобретают конкретность и четкость. Хотя реалистичное поведение пограничных пациентов в процессе интервью и улучшается, в то же время открывается пустота, хаотичность и запутанность их жизненной ситуации и объектных отношений.

Когда мы имеем дело с пациентами, которые с трудом облекают в слова свои мысли или ощущения, следует черпать диагностическую информацию из дополнительных источников. На основании этих данных мы строим предположения о ключевых симптомах. Затем в ситуации здесь-и-теперь пытаемся сконцентрироваться на этих симптомах, применяя конфронтацию, прояснение и интерпретацию. Такое, более детальное, исследование мы проводим по отношению к нескольким ключевым симптомам до тех пор, пока не получаем ясного структурного диагноза.

Таким образом, структурное диагностическое интервью сочетает в себе психоаналитическое наблюдение, направленное на взаимодействие пациента и терапевта, с психоаналитической техникой интерпретации конфликтов и защитных действий, проявляющихся в этом взаимодействии. Цель же данного подхода заключается в том, чтобы выявить как классические ключевые симптомы, в которых проявляется психопатология, так и лежащую за ними структуру личности.

Важной чертой данного подхода является его циклическая природа. Образ ключевых симптомов, размещенных вдоль окружности, дает терапевту, переходящему от одного симптома к другому, возможность вернуться к отправному пункту и начать новый цикл исследования. Это резко отличается от другой модели исследования, построенной по типу “дерева решений”, где все ходы жестко фиксированы. Круговое движение по ключевым симптомам позволяет терапевту возвращаться столько раз, сколько это необходимо, к одной и той же теме, но в новом контексте, на более поздних стадиях интервью, заново проверяя свои первоначальные впечатления. Как мы увидим дальше, необязательно систематически исследовать ключевые симптомы один за другим. Данные, полученные при первоначальном исследовании, предполагают разные варианты дальнейшего циклического хода интервью.

Начальная фаза структурного интервью

Хорошо начать интервью с нескольких последовательных вопросов (заданных прямо или косвенно), которые ясно показывают пациенту, чего вы от него ожидаете, а также предполагают возможные способы ответа. Кроме того, способность пациента понять серию вопросов и запомнить их позволяет судить о некоторых ключевых симптомах. Вот пример типичного начала: “Мне интересно узнать, что привело вас сюда, в чем заключаются ваши сложности и проблемы, чего вы ожидаете от терапии, как вы сами смотрите на все это”. Если интервью происходит во время консультации в госпитале, в контексте научного исследования или же когда терапевт располагает дополнительной информацией из других источников, он может добавить к вводным вопросам что-нибудь вроде: “Я уже имел возможность кое-что узнать о ваших трудностях, но мне очень хочется услышать непосредственно от вас, как вы сами смотрите на все это”; или: “Я хочу сказать вам, что, хотя у меня будет возможность узнать о ваших проблемах от персонала [или от того, кто направил вас на консультацию и т.д.], в настоящий момент я ничего о вас не знаю”.

Такое введение позволяет пациенту начать разговор о своих симптомах и о том, что заставило его обратиться за помощью, и в то же время оставляет открытую возможность включить в свой рассказ и другие проблемы. Оно позволяет терапевту косвенно оценить, насколько сам пациент осознает свои нарушения и насколько он хочет от них избавиться, а также насколько реальны или нереальны его ожидания по отношению к терапии и как он реагировал на рекомендации, предлагавшиеся ему ранее.

В ответ на такие вопросы пациент, не страдающий психозом или психопатологией органического происхождения, может начать свободный разговор о своих невротических симптомах и психологических проблемах социальной жизни, которые указывают на патологические черты характера; таким образом, мы видим косвенный признак нормальной способности к тестированию реальности. Способность запоминать вопросы и отвечать на них ясно и цельно также говорит о

развитой сфере ощущений, хорошей памяти и нормальном, если не высоком, уровне интеллекта. Таким образом, все это представляет первый цикл исследования всего периметра ключевых симптомов.

Пациенты же с нарушениями в сфере ощущений (сниженное внимание, нарушенные ориентация, сознание, понимание, способность к суждениям) могут столкнуться с трудностями при попытке ответить на эти вопросы, то же самое относится к людям с расстройствами памяти или интеллекта (в частности, с ограниченными возможностями абстрактного мышления), то есть к пациентам с острым или хроническим синдромом органического поражения головного мозга.

Пациенты могут также отвечать на предложенные вопросы чрезмерно конкретно, неопределенно, путанно или уклончиво. Тогда терапевт может тактично попытаться прояснить несоответствие между вопросом и ответом. Стоит разобраться, чувствует ли сам пациент, что он полно ответил на поставленный вопрос, или же вопрос для него неясен, а, может быть, вызывает слишком тяжелые переживания. Если пациент не осознает того, что ему трудно следовать за вопросами терапевта, стоит повторить вопросы, несколько видоизменив слова, и посмотреть, стали ли они понятнее. Если пациента все еще испытывает трудности в понимании предложенных вопросов, надо исследовать природу этих трудностей. Таким образом, “войдя” в диагностический цикл через выявление симптомов, терапевт может быстро перейти к прояснению, конфронтации и интерпретации трудности, что позволит ему понять, происходит ли замешательство пациента из интенсивной тревоги, психотического неверного понимания всей ситуации, негативизма, нарушения ощущений или же из серьезных расстройств памяти и интеллекта.

Ответ пациента может почти или совсем не иметь отношения к заданному вопросу. Пациент, страдающий тяжелой шизофренией, пациент с гипоманиакальным синдромом или с серьезной патологией характера может воспользоваться первоначальным контактом с терапевтом для того, чтобы выразить свою параноидную уклончивость или навязчивый перфекционизм, пытаясь прояснять каждое предложение, сказанное терапевтом. Мазохистичный пациент может начать плакать, как если бы ему предложили невыносимо тяжелое задание. Все подобные реакции следует тактично исследовать, снова проясняя свой вопрос и в то же время пытаясь понять, какие трудности этот вопрос вызывает у пациента. Таким образом можно выявить ранние проявления потери тестирования реальности, психотические симптомы и острые или хронические органические симптомы — и одновременно обнаружить преждевременное развитие переноса, свойственное пациентам с серьезными расстройствами характера.

Если пациент адекватно отвечает на первоначальные вопросы, но затем путается в деталях, пытаясь глубже прояснить проблему, терапевт опять-таки должен искать различные симптомокомплексы. Может быть, если мы думаем о невротических симптомах, пациент запутался в подробностях из-за своих обсессивных тенденций? Может быть, он говорит неопределенно и осторожно из-за параноидных тенденций? Если его нарушения лежат в сфере тестирования реальности и психотических нарушений, может быть, его уклончивость связана с параноидным бредом или другой формой психотической интерпретации взаимодействия с терапевтом на интервью? А может быть, он теряется в подробностях из-за нарушения когнитивных функций: в сфере ощущений или из-за хронической недостаточности памяти и интеллекта? И тут снова тактичное прояснение, исследование возникающей трудности в ответе вместе с пациентом (конфронтация), гибкое исследование причин данной трудности в общении (интерпретация) могут помочь нам сфокусировать внимание на тех или иных ключевых симптомах, что сразу дает возможность подойти к описательным и структурным характеристикам пациента.

Если пациент способен понять начальные вопросы терапевта и ответить на них полно и ясно, давая цельную картину своих главных симптомов, которые заставили его к нам обратиться, а также описание других проблем и трудностей, то терапевт может задать дополнительные вопросы, вытекающие из полученной информации. Он, например, может попросить подробнее описать какие-то аспекты симптомов, может спросить, когда эти симптомы появились и как они развивались, какие еще явления связаны с ними. Так терапевт собирает полную информацию о невротических симптомах и одновременно косвенным образом убеждается в том, что у пациента нет нарушений в сфере ощущений, нет серьезного снижения памяти и нормально работает интеллект. Тем не менее, если сам пациент, описывая свои симптомы, отмечает недостаток внимания, памяти и когнитивных функций в целом, то терапевт должен сфокусироваться на симптомах острого или хронического синдрома органического поражения головного мозга, но уже понимая, что способность к тестированию реальности сохранена (так что пациент, даже если он и страдает органическими нарушениями, не является слабоумным).

Если ответы пациента не ведут в “органическом” направлении, но показывают прекрасный уровень функционирования сферы ощущений, памяти и интеллекта, можно предположить, что важнейшая информация о невротических симптомах уже получена. Тогда интервью, двигаясь по периметру, может перейти к исследованию патологических черт характера (см. схему 1).

Главным предметом структурного интервью является исследование патологических черт характера, фундаментально важное не только для того, чтобы оценить тип характера или обнаружить патологию личности, но и для оценки степени тяжести этих нарушений (и по этим же признакам оценить, не имеем ли мы дело с пограничной личностной организацией, где ключевым симптомом является

диффузная идентичность). Первый вопрос, когда интервью сфокусировалось на чертах характера,

может звучать так: “Вы рассказали мне о ваших проблемах, а теперь я хотел бы узнать побольше о том, какой вы человек. Если можете, опишите, как вы себя представляете; что, по вашему, мне важно узнать, чтобы действительно понять, что вы за человек?” Для пациента такой вопрос — непростая задача, он призывает к более глубокому исследованию, что при оптимальных условиях способно погрузить пациента в состояние саморефлексии. Он может начать описывать свои чувства по отношению к самому себе, важные стороны своей жизни (учеба или работа, семья, социальная жизнь, секс, культурные и политические интересы, отдых) и, в частности, основные взаимоотношения со значимыми другими.

Если пациент может спонтанно говорить таким образом о себе — это признак хорошей способности к тестированию реальности. Психотики, которые умело создают видимость нормального контакта с реальностью, до этого момента интервью могут и не проявлять никаких признаков серьезных нарушений. Но они совершенно не способны ответить на открытый вопрос, поскольку для этого требуется эмпатия по отношению к обычным аспектам социальной реальности (например, к интересу терапевта по отношению к их личности). Способность пациента глубинно исследовать свою личность показывает нормальную способность к тестированию реальности. В этом случае терапевт может исключить психотические нарушения (как ранее он исключил синдром органического поражения головного мозга) из типов предполагаемого диагноза.

Иногда пациенту чрезвычайно трудно говорить о себе в такой неструктурированной форме по причинам, связанным с его культурным уровнем или с его личностью. Тогда терапевт может попросить, чтобы пациент описал свои взаимоотношения с наиболее значимыми людьми, рассказал о своей жизни, учебе или работе, о семье, сексуальной жизни, социальных взаимоотношениях, о том, как он проводит свободное время. Пациентам с серьезными расстройствами характера, особенно с выраженными репрессивными или параноидными чертами, бывает трудно ответить даже на такие прямые и конкретные вопросы. Неспособность ответить на такие прямые вопросы может оказаться первым признаком, заставляющим подозревать серьезное расстройство характера. Тогда терапевт исследует признаки диффузной идентичности (для дифференциальной диагностики пограничной организации личности) или даже снова оценивает способность к тестированию реальности.

В таком случае терапевт указывает пациенту, что тому, кажется, трудно говорить о себе как о личности, а затем может спросить, что думает об этой проблеме сам пациент, в какой мере эта трудность зависит от обстоятельств интервью, от общего страха перед ситуацией, когда тебя расспрашивают, от конкретных страхов перед терапевтом или диагностической ситуацией (так исследуется возможность наличия параноидных черт), или же эта трудность отражает общую проблему пациента в понимании самого себя, кто он есть и каковы его взаимоотношения с окружающим миром и с другими (оценка шизоидных черт). У пациента с пограничной личностной организацией в качестве реакции на такой вопрос могут активизироваться примитивные механизмы защиты, такие как проективная идентификация, расщепление, примитивная диссоциация противоречащих друг другу аспектов Я, отрицание, величие, фрагментация аффектов, всемогущество или обесценивание. Интервью в данный момент фокусируется на определенном сегменте периметра ключевых симптомов, а именно, на том сегменте, который начинается с патологических черт характера, включает в себя диффузную идентичность и заканчивается тестированием реальности.

В первой главе я уже описывал, как клинически оценить способность к тестированию реальности. Если на ранних стадиях интервью мы видим неадекватность эмоций, поведения или мышления пациента, что заставляет предположить наличие психоза или синдрома органического поражения головного мозга, тогда надо с большей прямотой выяснить, нет ли у пациента галлюцинаций или бреда (этот аспект интервью описан подробно ниже). Если же мы не видим выраженных признаков психоза, и у терапевта нет оснований предполагать, что у пациента были галлюцинации или бред в прошлом, (или, если они были, что они присутствуют и в настоящий момент), тогда терапевт может сконцентрировать свое внимание на всем, что кажется наиболее неадекватным, странным, причудливым в эмоциях, мышлении и поведении пациента.

Как уже было упомянуто, когда пациенту, особенно пациенту с пограничной личностной организацией или с психозом, который пока еще не был выявлен в процессе интервью, предлагают свободно рассказать о себе, это может активизировать примитивные защиты, которые будут проявляться в межличностном взаимодействии пациента и терапевта. В таком случае сначала терапевт может почувствовать стресс или напряженность, он может ощутить, как уменьшается внутренняя свобода в его взаимодействии с пациентом. И потом он может понять, что на адекватные и реальные взаимоотношения в ситуации интервью наложилось особое регрессивное объектное отношение.

В этот момент терапевт может обратить внимание пациента на те эмоции, мысли или поведение, которые кажутся терапевту наиболее странными, и спросить, может ли пациент объяснить, почему у терапевта возникает чувство, что в его рассказе были странные ил озадачивающие аспекты. Ответ пациента проливает свет на его способность к тестированию реальности. Эта способность проявляется в том, может ли пациент чувствовать эмпатию к переживаниям терапевта, когда последний видит проявления странностей, и — более тонким образом — в том, может ли пациент чувствовать эмпатию по отношению к тому, как терапевт воспринимает самого пациента вообще.

Так, например, терапевт может сказать: “Когда я предложил вам рассказать о себе, вы сначала как будто удивились, а затем начали говорить о том, как относится к вам муж. Позднее, когда я спросил, есть ли у вас проблемы во взаимоотношениях с мужем в данных обстоятельствах и почему вы привели этот пример, вы заговорили о других сторонах поведения мужа. Похоже, что, когда я вам предлагал рассказать о себе, вы автоматически отвечали о том, как относится к вам муж. Это непонятно. Вы понимаете, что меня привело в затруднение?” Пациентка может понять удивление терапевта и ответить, например, что она настолько озабочена взаимоотношениями с мужем, что как бы не в праве думать о том, что чувствует по отношению к себе самой (такой ответ показывает нормальную способность к тестированию реальности). Или же она может испуганно и подозрительно ответить, что только пытается объяснить, как плохо муж с ней обращается, и спросить, не хочет ли терапевт своими вопросами сказать, что она сама во всем виновата (это заставит подумать о недостатке тестирования реальности и, кроме того, о параноидных чертах характера).

В случае с такой пациенткой терапевт может спросить, почему вопрос о том, как ее характер влияет на трудности с мужем, звучит как обвинение в том, что она сама во всем виновата. Таким образом, он последовательно применяет прояснение, конфронтацию и интерпретацию к конкретной арене нарушения взаимодействия, получая новую информацию о личности пациентки и одновременно проверяя ее способность к тестированию реальности.

Сначала важно понять, не является ли структура личности пациента психотической, о чем мы судим по отсутствию тестирования реальности (а это по определению означает, что мы имеем дело не с пограничным пациентом). После этого можно исследовать пациента на наличие синдрома диффузной идентичности. Именно по ощущению своей идентичности можно отличить пограничное расстройство характера (диффузная идентичность) от расстройства характера без пограничной патологии (когда сохранена целостность идентичности).

Если в процессе исследования характеристик личности или патологических свойств характера не возникает сомнений в том, что способность к тестированию реальности нормальна (или, если и возникают, быстро разрешаются положительным ответом), тогда интервью входит в среднюю фазу, в которой главным предметом исследования становится оценка идентичности (и, следовательно, проводится дифференциальная диагностика пограничной организации личности). Но если при исследовании личности пациента мы выявили признаки нарушения в сфере тестирования реальности, тогда интервью должно сфокусироваться на природе психоза у пациента.

Итак, мы видим, что интервью, начинающееся стандартным образом во всех случаях, далее предполагает различные варианты: какие вопросы задает терапевт, как взаимодействует с пациентом, каков характер всего интервью в целом, — все это зависит от психопатологии пациента. Так и должно быть при структурном интервью, в котором терапевт систематически связывает информацию, полученную от пациента, со взаимодействием пациента и терапевта.

Средняя фаза структурного интервью

Невротическая организация личности

Пациенты с симптоматическими неврозами и с расстройствами характера непограничного типа способны в начальной фазе структурного интервью осмысленно рассказать о том, что заставило их обратиться за помощью, в чем их главные трудности, чего они ожидают от терапии и что думают по этому поводу. Такие пациенты не проявляют причудливых, странных или абсурдных форм поведения, эмоций или мыслей. Сохраненная способность тестировать реальность позволяет отбросить предположения о психозе, а нормальные сфера ощущений, память и уровень интеллекта позволяют исключить синдром органического поражения мозга. Такие пациенты, когда терапевт просит их рассказать о чем-то подробнее, способны осмысленно развернуть картину своих симптомов или сложностей. Они ясно понимают не только содержание вопросов терапевта, но и более тонкий косвенный смысл этих вопросов.

Стороннему наблюдателю может показаться, что он видит нечто похожее на самое обычное стандартное психиатрическое интервью. Итак, главным фокусом внимания терапевта по периметру круга ключевых симптомов становится область патологических черт характера. Вопросы направлены на сложности пациента в сфере межличностных отношений, в сфере адаптации к окружению, а также на том, как он воспринимает свои психологические нужды.

Все затронутые ранее темы, касающиеся сложностей такого рода, должны быть исследованы, а затем следует более общий вопрос: “Теперь я хотел бы узнать побольше о вас как о человеке, о том, каким вы видите себя, как, по-вашему, вас воспринимают окружающие, обо всем, что помогло бы мне за это короткое время получить о вас достаточно глубокое представление”. С помощью такого вопроса можно искать дополнительные сведения о характерологических проблемах, он помогает поставить более специфический диагноз, касающийся основных патологических черт характера, доминирующей патологической констелляции. В то же время такой вопрос позволяет выявить синдром диффузной идентичности.

Если на данном этапе интервью пациент сообщает сведения, которые в сознании терапевта не складываются в цельную картину, в частности, данные, противоречащие внутреннему образу пациента, который терапевт построил, надо тактично исследовать эти потенциальные или явные противоречия. Цель терапевта — оценить, в какой мере пациенту свойственны противоречащие друг другу Я-репрезентации (признак диффузной идентичности) или же насколько у него цельный, хорошо интегрированный образ Я. Довольно часто у человека существуют периферические области переживания своего Я, которые противоречат хорошо интегрированной центральной арене субъективных переживаний Я. Эти периферические переживания сам пациент воспринимает как нечто чуждое Эго или как Эго-дистонные переживания, не вписывающиеся в цельную картину. Такие изолированные арены могут быть важным источником интрапсихических конфликтов или межличностных сложностей, но они не являются признаком диффузной идентичности. Другими словами, мы не предполагаем полной гармонии у пациентов-невротиков, но у них должна существовать центральная субъективная цельная Я-концепция, на основе которой терапевт создает мысленный образ пациента.

Следующий вопрос касается значимых других в жизни пациента. Когда терапевт предположительно нашел ответ на вопрос об интегрированности Я-концепции у пациента, он может начать исследование целостности концепций значимых других. Пациенты с пограничной личностной организацией и сопутствующим синдромом диффузной идентичности обычно не могут глубоко интегрировать репрезентации значимых других. Таким пациентам сложнее обрисовать жизнь людей, которые для них важны, чем жизнь случайных знакомых. Терапевт может воспользоваться таким вопросом: “Расскажите, пожалуйста, о людях, которые много значат в вашей жизни. Попробуйте рассказать что-нибудь о них так, чтобы я, за то короткое время, которое есть в нашем распоряжении, мог себе их ясно представить”. Так можно исследовать интегрированность объект-репрезентаций или ее недостаток и, следовательно, степень нарушения межличностной жизни пациента. Как цельность идентичности или ее диффузность (поперечный структурный критерий), так и природа объектных отношений пациента (продольный, исторически-структурный критерий) выявляются в процессе такого исследования.

И снова, как только в рассказе пациента появляются противоречия, терапевт сначала их проясняет, затем тактично сообщает пациенту об этих явных или потенциальных противоречиях и оценивает, насколько пациент способен размышлять над наблюдениями, которыми с ним делится терапевт. Так терапевт изучает способность пациента к интроспекции. Наконец, если при исследовании этих противоречий ясно обозначаются темы конфликта — относительно Я-концепции или образов значимых других, — то за прояснением и конфронтацией может следовать осторожная, касающаяся исключительно здесь-и-теперь, интерпретация возможной динамики или стоящего за проявлениями конфликта.

По мере развития этой части интервью с типичным невротиком терапевт должен внимательно наблюдать за тем, какое действие это исследование оказывает на актуальное взаимодействие между ним и пациентом. Исследование запутанных тем, внутренних противоречий и потенциальных конфликтов могут усилить тревогу пациента и мобилизовать его основные защитные действия. В типичном случае у пациента, страдающего неврозом, эти защиты достаточно незаметны, так что на практике довольно сложно увидеть работу вытеснения, замещения, рационализации или интеллектуализации при первоначальных контактах с пациентом. Лишь формирование реакции и сдерживание, ставшее чертой характера и выполняющее непосредственные защитные функции, а также патологические черты характера вообще (которые, разумеется, всегда несут защитные функции) могут быть выявлены на ранних этапах взаимодействия с пациентами-невротиками. О работе защит высокого уровня можно судить лишь косвенно по содержанию общения, но напрямую во время первых интервью их редко удается обнаружить.

Как уже упоминалось, исследование синдрома диффузной идентичности у пациентов с пограничной личностной организацией (выявление диссоциации в Я-концепции и в концепциях значимых других) обычно вызывает активизацию примитивных защитных механизмов, что скорее проявляется во взаимодействии с терапевтом, чем в содержании вербального общения. Чем в большей мере актуальное взаимодействие пациента с терапевтом меняется, сдвигается или нарушается вследствие работы защитных процессов, тем больше оснований предполагать, что примитивные защитные механизмы у пациента являются основными. Это подтверждает значимый структурный критерий диагноза пограничной организации личности.

В том случае, если мы не видим проявлений диффузной идентичности или работы примитивных защитных механизмов у пациента, стоит перейти к исследованию главных арен конфликта, природы подавления эмоций или развития симптоматики. В этом исследовании стоит дойти до сознательной и предсознательной границы его понимания, другими словами, до границы его барьеров вытеснения. В этих случаях терапевт, ставящий диагноз, может сформулировать динамические гипотезы о действии интрапсихических конфликтов. Эти гипотезы нередко подкрепляются естественными связями между теперешними переживаниями пациента и его воспоминаниями о прошлом, но такие связи часто остаются в большой мере предположительными. Чем здоровей пациент, тем проще для терапевта уже на первых интервью создать гипотезы, устанавливающие связь между сознательным прошлым инастоящим, но, парадоксальным образом, тем труднее пациенту связать прошлое и настоящее, поскольку эти связи вытесняются.

Когда мы сталкиваемся с невротической личностной организацией, то пристальное исследование симптомов, исследование всей личности в целом и взаимодействия с терапевтом во время интервью, обогащающее или восполняющее другую информацию, на практике сочетается с систематическим исследованием истории болезни. Обычно в этих случаях информация, полученная в процессе структурного интервью, намного полнее, богаче и более ценна для терапии, чем информация, добытая при помощи стандартного подхода. Важные сведения о прошлом пациента естественно вытекают из исследования его личности в настоящем. Во всех случаях, когда мы имеем дело с невротической структурой личности, после того, как мы собрали достаточное количество сведений об актуальных нарушениях у пациента, стоит кратко исследовать его прошлое. Когда мы собираем сведения таким образом, часто можно установить предположительные связи между данными о личности пациента и его прошлым. Цель построения таких связей не в том, чтобы проверить динамические гипотезы, а в том, чтобы выяснить пределы, в каких пациент способен к спонтанному пониманию и интеграции своего прошлого со своим настоящим.

Пограничная личностная организация

Я уже упоминал о тенденции пациентов с пограничной личностной организацией смешивать информацию о своем прошлом со своими актуальными трудностями. Еще сильнее это проявляется у пациентов с функциональными психозами. Пристальное исследование жизни пограничного пациента в настоящий момент, с особенным вниманием к признакам синдрома диффузной идентичности — и, в этом контексте, к природе его объектных отношений — обычно дает нам ценные сведения, позволяющие уяснить тип и степень тяжести патологии характера. Эту информацию надо дополнить подробным исследованием невротических симптомов, которые выражены на данный момент. В таких случаях лучше собрать сведения о прошлом лишь в общих чертах, не пытаясь применять прояснение и конфронтацию или интерпретировать картину прошлого, описанную пациентом; информацию о прошлом надо принимать такой, какую ее дает пациент.

Пациентам с пограничной личностной организацией свойственна диффузная идентичность, но у нарциссической личности все осложняется еще одним феноменом. Обычно у нарциссической личности Я-концепция целостная, но патологическая и несущая в себе черты величия. Тем не менее, мы видим у нарциссической личности явные признаки недостаточной интеграции концепций значимых других, что свидетельствует о диффузной идентичности и о преобладания примитивных защит, в частности, всемогущества и обесценивания.

Структурные характеристики нарциссической личности не так скоро проявляются в процессе структурного интервью, как это бывает у не нарциссических пограничных пациентов. В типичном случае терапевт видит пациента, который способен к нормальному тестированию реальности и не проявляет каких-либо признаков нецельности Я-концепции. Но неожиданно в средней фазе интервью терапевт обнаруживает, что описания других людей, о которых говорит пациент, очень поверхностны, что пациент не способен глубоко обрисовать значимых других, и этому сопутствует неприметное, но все пропитывающее чувство собственного величия, часто параллельно с тонким — или не столь уж тонким — презрением к терапевту. Иногда, когда мы имеем дело с хорошо адаптированной нарциссической личностью, диагноз проясняется именно в тот момент, когда пациент начинает описывать свои взаимоотношения со значимыми другими, во взаимодействии же пациента с терапевтом нарциссизм незаметен.

В отличие от нарциссической личности, другие пациенты с пограничной патологией, когда терапевт начинает исследовать мотивы, заставившие их прийти на консультацию, и их представления о терапии, сразу выдают явно бессмысленный хаотичный винегрет из данных о себе, набор нереалистичных ожиданий, а также странные и неадекватные мысли, действия или чувства по отношению к терапевту, так что возникает необходимость немедленно исследовать у них способность к тестированию реальности. Так, например, пациентка в ответ на вопрос, что заставило ее прийти на консультацию, может начать плакать, а когда терапевт начинает исследовать причины ее плача (в частности, пытаясь понять, нет ли тут острой или тяжелой депрессии), она сразу отвечает, что плачет потому, что никто не слушает, что она говорит, и что все, в том числе и терапевт, на стороне ее матери, с которой у нее серьезные конфликты. И напротив, плач как проявление эмоциональной лабильности у пациентки с невротической структурой личности (например, у истерической личности) может легко исчезнуть при попытке его исследовать. Такая пациентка признает, что настроение у нее легко меняется и что плакать сейчас неуместно, и она может спонтанно реагировать эмпатией на реальность социального взаимодействия в процессе интервью.

Когда взаимодействие на ранних фазах структурного интервью приобретает эмоциональный накал (ощущаемый в поведении, в чувствах, в мыслях, которые сильно влияют на это взаимодействие), необходимо — после завершения исследования реакции пациента на первоначальные вопросы — исследовать эти феномены здесь-и-теперь. И тут возникает тонкий вопрос, требующий ответа: не свидетельствует ли серьезность межличностных нарушений пациента, проявляемых в момент взаимодействия с терапевтом, о недостаточном тестировании реальности? В таком случае лучше сразу

попытаться исследовать эти проблемы. Прояснение и конфронтация, направленные на нарушения взаимодействия с терапевтом здесь-и-теперь, помогут оценить способность пациента к тестированию реальности и удостовериться, что терапевт не имеет дело с психотической структурой. Затем можно вернуться к исследованию расстройств характера в связи с другими аспектами жизни пациента, а также сфокусировать внимание на примитивных защитах, которые проявляются по ходу интервью.

Но когда у нас нет оснований сомневаться в способности пациента тестировать реальность, тогда мы можем вслед за первоначальными вопросами углубиться в жизненную ситуацию пациента на настоящий момент и в его взаимоотношения с людьми. При этом мы ищем признаки диффузной идентичности в рассказах пациента о себе и о своей социальной жизни. Лишь позднее терапевт вернется к проявлениям примитивных механизмов защиты и патологических объектных отношений здесь-и-теперь. Ключевой вопрос будет звучать так: “То, что вы рассказали о своей жизни, перекликается с тем, что я видел сейчас, во время нашей встречи, и это заставляет меня вспомнить об упомянутых вами трудностях. Нельзя ли предположить, что (такое-то поведение на интервью) отражает в ваших отношениях со мной те проблемы, которые возникают у вас с другими людьми?”

Иными словами, если взглянуть на это с точки зрения стратегии исследования ключевых симптомов, можно сказать так: когда у пациента с очевидными проявлениями патологии характера мы находим такие нарушения в эмоциях, в мышлении или в поведении, которые заставляют нас поставить под сомнение его способность к тестированию реальности, тогда надо перейти к исследованию этой способности, и лишь после этого вернуться к дальнейшему углублению исследования патологических черт характера, проявляющихся вне диагностической ситуации. Если же мы убеждены, что способность к тестированию реальности сохранена, тогда стоит углубляться в черты характера и собирать сведения о сложностях в жизни пациента вне актуальной ситуации. Цель такого подхода — начать сбор сведений относительно диффузной идентичности и примитивных механизмов защиты со сравнительно “нейтральных” областей, и лишь позже связать эту информацию с исследованием проявлений характера, которые можно было наблюдать в ходе интервью.

Таким образом, можно окончательно выяснить вопрос о диффузной идентичности и, в какой-то мере, диагностировать наличие примитивных механизмов защиты. Правда, иногда встречаются пациенты с хорошей, на первый взгляд, способностью к тестированию реальности, и лишь позже мы видим проявления бестактности, социальной неадекватности, общей незрелости и категоричности суждений, что заставляет нас еще раз проверить их способность к тестированию реальности. Терапевт в таком случае должен проверить, в какой степени пациент способен чувствовать эмпатию по отношению к социальным критериям реальности, задавая вопросы по ходу рассказа пациента о своих взаимоотношениях с людьми, исследуя социально неприемлемую природу некоторых форм поведения, о которых бесстрастно рассказывал пациент.

У типичного пограничного пациента невротические симптомы смешаны с диффузными, генерализованными хаотичными проблемами, отражающими серьезные личностные нарушения. Когда у пациента нарушена интеграция идентичности, тогда часто бывает трудно воссоздать ясную картину его жизни. По тем же причинам история прошлого такого пациента недостоверна, сильно искажена психопатологией. Другими словами, можно сказать, что чем тяжелее расстройство характера, тем менее достоверна и, следовательно, менее ценна история его жизни. Поэтому в данном случае, в отличие от случая невротической структуры личности, трудно или совсем невозможно связать основные теперешние конфликты с психодинамическими сведениями из прошлого пациента, так что попытка достичь этого дает весьма сомнительные результаты. И, парадоксальным образом, диссоциированные друг от друга интрапсихические конфликты проявляются очень быстро в содержании общения таких пациентов. Таким образом, главные конфликты пограничных пациентов непосредственно попадают в сферу нашего внимания уже на первых интервью, они доступнее исследованию, чем конфликты невротиков, но динамические связи с прошлым остаются неясными. По той же причине исследование личности пациентов с невротической личностной организацией естественно приводит к их прошлому. И наоборот, первоначальные сведения об истории жизни пациентов с пограничной личностной организацией часто оказываются всего-навсего актуальным конфликтом со значимыми другими, перенесенным в прошлое.

У пациентов с пограничной личностной организацией, особенно, у пациентов с нарциссической структурой личности (даже и в тех случаях, когда на внешнем уровне они функционируют не как пограничные пациенты) очень важно исследовать сферу антисоциального поведения. Антисоциальные тенденции и качество объектных отношений являются двумя главными критериями потенциальной эффективности интенсивной психотерапии с пограничными пациентами, так что эту область всегда надо тщательно исследовать до начала терапии. Важно, особенно у пациента с нарциссической личностью, тактично выяснить, не было ли у него проблем с законом, насколько ему свойственны воровство, кражи в магазинах, привычная ложь, необычная жестокость. На практике это исследование должно вписываться в цельную картину сведений, полученных из других сфер жизни пациента. Когда такие вопросы задаются прямо и естественно в контексте других данных, ответы бывают на удивление прямыми и честными. (Естественно, что пациент, который прямо говорит, что ему свойственно лгать или придумывать истории, как бы предупреждает, что вскоре, возможно, у него возникнет искушение проделать это с терапевтом.)

Психотическая организация личности

По наличию или отсутствию синдрома диффузной идентичности мы можем отличить на структурном интервью пограничную патологию характера от непограничной. А наличие или отсутствие тестирования реальности позволяет пограничную организацию личности отличить от психотической структуры.

Тут я говорю о пациентах с “функциональными” психозами, а не с психозами, которые развиваются как вторичный феномен при остром или хроническом синдроме органического поражения головного мозга. К этой группе относится весь спектр шизофрении, основные аффективные психозы и параноидные психозы, которые не вписываются в две предыдущие группы синдромов. У всех этих пациентов нарушена способность к тестированию реальности. В типичном случае психоза нарушение тестирования реальности проявляется у пациента уже при ответе на первоначальные вопросы терапевта, кроме того, неспособность дать понятные ответы заставляет терапевта начать исследование на предмет наличия разного рода функциональных психозов и острого или хронического синдрома органического поражения головного мозга.

В тех исключительных случаях, когда пациент совсем не способен ответить на первые вопросы, терапевт сначала должен попытаться убедиться в том, что пациент их услышал и понял. Если пациент был способен войти в кабинет и воспринимает окружающую обстановку, то его полный мутизм свидетельствует скорее в пользу функциональных психозов, а не церебрального синдрома. Тем не менее, терапевту стоит пройтись по полному кругу ключевых симптомов. Надо исследовать ощущения, затем память и интеллект прежде, чем подойти к тестированию реальности и важным психотическим симптомам в сфере поведения, чувств и мышления (его содержания и организации), а также оценивать наличие галлюцинаций.

Исследование сферы ощущений можно начать с проверки внимания пациента: “Я задал вам вопросы, и вы не ответили. Вы хорошо расслышали и поняли, что я сказал?” Если пациент продолжает молчать, то надо убедиться в том, что он слышит и понимает, что он может соглашаться или не соглашаться с терапевтом, выражая это кивками или еще какими-то сигналами. При таких сложных обстоятельствах важно выяснить, понимает ли он слова и пытается ли общаться, даже если не может говорить.

Когда, несмотря на все попытки, мы не получаем ответа, это обычно признак кататонического синдрома или вообще шизофрении или же тяжелой психомоторной заторможенности при самых сложных случаях депрессии. Иногда прямое исследование признаков кататонии, в частности, негативизма может вызвать у пациента поведение прямо противоположное предложенной терапевтом инструкции, может появиться также восковая гибкость и стереотипные позы или формы поведения, что указывает на шизофрению. В других случаях только полное исследование истории болезни, опирающееся на данные из других источников, может дать более ясную информацию. Пациенты с органическими нарушениями, у которых сознание работает в достаточной мере, чтобы воспринимать окружающее, обычно способны ответить на простые вопросы, проверяющие сферу ощущений, то есть, ориентацию пациента, сознание, понимание и суждение по отношению к актуальной ситуации. (Поскольку эта область широко представлена во всех руководствах по стандартному психиатрическому обследованию, я не буду их иллюстрировать и приводить конкретные примеры вопросов терапевта.)

Если при исследовании мы не выявляем каких-либо недостатков в сфере ощущений пациента, надо выяснить, почему он не отвечает на первые вопросы или почему отвечает запутанно: может быть, по причине плохой памяти или низкого интеллекта он не понял, о чем его спрашивали, или забыл вопрос, пока готовился на него ответить. И, не входя в детальный анализ недостаточности когнитивных функций у пациентов с синдромом органического поражения мозга, я хочу подчеркнуть один принципиальный момент: когда пациент в значительной степени не способен ответить на первые вопросы, надо сначала проверить ключевые симптомы, отражающие расстройства в сфере ощущений, памяти и интеллекта, и лишь потом можно вернуться к ключевым симптомам функциональных психозов.

Очевидно, что в случае, когда мы видим у пациента серьезные нарушения вербального или невербального поведения, но не находим у него нарушений в сфере ощущений, памяти или интеллекта, необходимо снова вернуться к первым вопросам о том, что привело пациента к нам, в чем заключаются его сложности, чего он ожидает от терапии и как сам ко всему этому относится. Если после второй попытки мы снова получаем неадекватный, путанный или сбивающий с толку ответ, или же когда такой ответ сопровождается неадекватными чувствами или поведением, терапевт должен обратить свое внимание на эти патологические мысли, эмоции или формы поведения, тактично поделиться своими наблюдениями с пациентом и досконально исследовать, в какой степени пациент может чувствовать эмпатию по отношению к реакции терапевта на все странное или необычное, исходящее от пациента.

Если поведение, мышление или эмоции пациента во время интервью явно свидетельствуют о недостаточном тестировании реальности, стоит подумать о наличии у пациента функционального психоза, и тогда терапевт может выбрать другой подход к таким видимым нарушениям, пытаясь выяснить вместе с пациентом их субъективный смысл. Иными словами, когда нам очевидно, что

способность к тестированию реальности у пациента снижена, есть смысл временно отложить конфронтацию и погрузиться в исследование субъективных переживаний пациента, соответствующих его поведенческим проявлениям. Исследование субъективных переживаний пациента может привести к пониманию связей между его эмоциями, мышлением и поведением, и это открывает дорогу для дифференциальной диагностики. Видим ли мы проявления шизофрении (с дезорганизацией этих связей) или аффективных заболеваний (в этом случае внутренняя организация связывает неадекватные эмоции, поведение и мышление, так что между этими функциями устанавливается гармония в контексте серьезно нарушенной патологической организации)? Исследование галлюцинаций может подтвердить предположение о нарушении тестирования реальности, ранее основанное на наблюдениях за взаимодействием с пациентом. Наличие галлюцинаций по определению говорит о нарушении тестирования реальности. Подобным образом, если мы находим признаки бреда, это также подтверждает диагноз нарушения тестирования реальности и обычно помогает лучше понять природу психоза.

Общая тактика проведения структурного интервью с пациентом, страдающим психозом, такова: когда прояснение и тактичная конфронтация подтверждают нарушение тестирования реальности, мы перестаем высказывать свои сомнения по поводу процесса мышления, искажений реальности или внутренних переживаний пациента. Напротив, в такой ситуации надо стараться найти в себе эмпатию по отношению к внутренней реальности пациента, чтобы углубить свое понимание психотического процесса. По той же причине на средней и заключительной фазах структурного интервью терапевт может незаметно приспособить свои техники к серьезным нарушениям общения, которые есть у пациента, так, чтобы заключительная фаза не пугала пациента или же снижала бы его тревогу.

Иногда мы встречаем пациентов с психозами, которые при первом контакте разговаривают достаточно адекватно и свободно. Лишь когда терапевт, полагая, что имеет дело с серьезной патологией характера, исследует тестирование реальности, он обнаруживает ее отсутствие. В таком случае ход интервью близок к исследованию типичного пограничного пациента. Фактически, пациенты с бредом и галлюцинациями иногда вначале подают свои бредовые идеи и галлюцинации как, соответственно, сверхценные (или даже навязчивые) идеи или иллюзии (псевдогаллюцинации). В таких случаях важно исследовать, в какой степени пациент пытается изобразить “разумную” или “нормальную” оценку своих мыслей и своего восприятия по той причине, что боится показаться другим “ненормальным”.

Вот пример вопроса, который показывает, как терапевт может подойти к данной проблеме: “Вы сказали, что иногда чувствуете себя Иисусом Христом, хотя, разумеется, знаете, что на самом деле вы — не Иисус Христос. Но, может быть, внутренне вы все же верите, что вы Иисус Христос, но боитесь, что, если об этом узнаю я или другие, они подумают, что это сумасшествие?” Иными словами, когда мы предполагаем, что у пациента могут быть бред или галлюцинации, в оценку тестирование реальности должна входить конфронтация, направленная не только на внешнюю реальность, но и на психотическую реальность, и делать это надо так, чтобы не испугать пациента.

Когда исследование неадекватных форм поведения, эмоций или мышления не помогает оценить способность к тестированию реальности и когда нет четких признаков галлюцинаций или бреда, можно применить более сложную технику ведения интервью: интерпретацию действия примитивных защитных механизмов здесь-и-теперь. Как уже говорилось (см. главу 1), интерпретация действия примитивных защитных механизмов здесь-и-теперь усиливает способность к тестированию реальности у пациентов с пограничной организацией личности, но уменьшает — у пациентов с психозом.

Вот пример типичной интерпретации проективной идентификации: “Я заметил, что вы говорили со мной подозрительно и испуганно, как если бы я представлял для вас опасность. Я также заметил, что вы хмурились, когда я задавал некоторые вопросы (как, например, …). Может быть, страх, что я плохо о вас подумаю или нападу на вас, связан с тем, что вы боитесь этого в самом себе; например, своего критичного отношения ко мне или направленной на меня злости?”

Интерпретация действия примитивных механизмов защиты сложна. Терапевт создает гипотезу о природе примитивных, фантастических и диссоциированных объектных отношений, которые активизировались. Он также должен иметь предположение о том, какова защитная функция действия примитивных защит. Затем он делится этими гипотезами с пациентом.

Иногда возникает резкое улучшение или ухудшение взаимодействия сразу после такой предположительной интерпретации. Иногда же реакция пациента не столь ясна. Пациенты с параноидным психозом, осознающие реальность в достаточной мере для того, чтобы скрывать свои настоящие мысли или страхи, после такого пробного вмешательства терапевта могут просто стать более уклончивыми. Самым сложным испытанием для терапевта, ведущего структурное интервью (впрочем, то же относится и к любому другому диагностическому подходу), является параноидный пациент, у которого нельзя четко провести дифференциальную диагностику, чтобы понять, имеет он дело с параноидной личностью или же с параноидным психозом. Тут, чтобы прийти к ясному заключению, могут потребоваться повторные диагностические интервью.

В тех случаях, когда мы имеем дело с активным психозом, в частности, с шизофренией или с маниакально-депрессивным психозом, структурное интервью фокусируется главным образом на природе симптомов, которые на данный момент есть у пациента, с тем, чтобы определить тип психоза и его форму. В таких случаях, а также, когда мы принимаем пациентов с синдромом органического поражения мозга, у которых утеряна способность тестировать реальность, систематическое исследование истории болезни, как и истории жизни, должно опираться на дополнительные источники информации, и это уже выходит за рамки структурного интервью.

Острый и хронический синдромы органического поражения головного мозга

Как было упомянуто раньше, если пациент не способен адекватно ответить на первоначальные вопросы, это может быть признаком нарушения сферы ощущений (что типично для острого церебрального синдрома) или значительного снижения памяти и интеллекта (что типично для хронического). Когда пациент явно находится в сознании, но при том не отвечает на первые вопросы терапевта или же его ответ свидетельствует о серьезных нарушениях, когда он реагирует очень слабо или неадекватно или показывает признаки общего замешательства и запутанности, — в таких случаях надо от исследования жалоб пациента перейти к оценке сферы ощущений, памяти и интеллекта.

Оценка сферы ощущений, куда относятся спонтанное и произвольное внимание, ориентация, состояние сознания, понимание и суждение, помогает выяснить, имеем ли мы дело с запутанностью, характерной для острого синдрома органического поражения головного мозга, или же это признак острого функционального психоза, в частности острой шизофрении (шизофреноподобного — schizophreniform — заболевания в DSM-III)\*. При тактичном исследовании того, в какой степени сам пациент осознает, что ему трудно уловить суть вопросов терапевта или вообще понять ситуацию интервью, постепенно могут выявиться признаки дезориентации, снижения способности осознавать, общее снижение способности воспринимать понятия, — все типичные черты острого синдрома органического поражения мозга. И, напротив, в высшей степени идиосинкразические ответы пациента, в которых спутанность и замешательство соседствуют с хотя и странными, но организованными формулировками, характерны скорее для шизофрении. Серия прямых вопросов, в которых присутствуют прояснение и конфронтация, направленных на трудности общения пациента, а также исследование его способности к интроспекции помогают при дифференциальной диагностике, когда терапевт стремится понять, какова природа состояния спутанности: органическое церебральное нарушение или же шизофрения.

У пациентов, чьи сложности при ответе на вопросы терапевта отражают скорее недостаточность памяти и интеллектуального понимания, прямой разговор об этих проблемах может облегчить переход к систематическому обследованию памяти и интеллекта (в частности, способности к абстрактному мышлению). Например, терапевт говорит: “Мне показалось по вашему ответу, что вам трудно сосредоточиться и у вас проблемы с памятью. Разрешите задать вам несколько вопросов, чтобы оценить вашу память”. После таких слов можно начать стандартное обследование памяти и интеллекта.

Действительно обнаружив нарушения в сферах памяти и интеллекта, можно деликатно выяснить у пациента, в какой мере он сам осознает эти проблемы или озабочен ими, насколько его расстраивают плохая память и путаность мыслей. Если пациент не замечает, что у него явные трудности, или же страстно отрицает их наличие, то терапевт может применить тактичную конфронтацию по поводу несоответствия того, что он видел, тому, что говорит пациент. Если эта конфронтация усиливает отрицание, можно предположить, что мы видим у пациента недостаточность тестирования реальности по отношению к своим органическим проблемам, и тогда можно думать о диагнозе “деменция” (то есть хронический синдром органического поражения головного мозга с вторичным нарушением тестирования реальности).

В менее тяжелых случаях хронического церебрального синдрома пациент может в той или иной степени осознавать свои проблемы и говорить о них. Тем не менее, иногда можно заметить, что пациент не чувствует адекватной тревоги или депрессии по этому поводу, а это также является признаком изменения личности с потерей тестирования реальности, что свойственно деменции. В таких случаях — прежде, чем мы перейдем к исследованию несоответствия между потерей памяти и интеллектуальных способностей, с одной стороны, и эмоциональным состоянием пациента, с другой, — важно узнать, сталкивался ли он с подобными трудностями в учебе, работе, отношениях с людьми и в своей социальной жизни вообще. Так исследование признаков синдрома органического поражения мозга расширяется посредством кругового движения по ключевым невротическим симптомам и патологическим чертам характера в социальной жизни пациента.

Таким образом, структурное интервью помогает проводить дифференциальную диагностику спутанных состояний сознания (органической или же шизофренической природы) и оценивать степень тяжести изменений личности и потери тестирования реальности при хроническом синдроме органического поражения мозга, — то есть степень деменции.

Обобщая, можно сказать: когда терапевт видит, что пациент встречается с серьезными трудностями при ответе на первоначальные вопросы, или когда пациент показывает чрезмерно сильную тревогу,

депрессию или замешательство, — в этих случаях терапевту надо поделиться своими наблюдениями с пациентом. Далее, терапевт должен спросить, соответствуют ли эти состояния чувствам пациента по отношению к себе самому, и не относится ли часть настороженности и страха к ситуации интервью. Фактически, такой подход к проявлениям страха и опасений можно применять к пациентам с любой психопатологией. Пациенты с психозами и с органическими нарушениями, пациенты с параноидным складом личности и с чрезмерно сильной социальной скованностью (застенчивость, робость и т.д.) могут казаться чрезмерно тревожными во время интервью, особенно в начальной фазе. С другой же стороны, первые вопросы создают структуру, что может успокаивать или ободрять пациентов, у которых нет органических нарушений или психозов, изменяя их нереалистичные фантазии об интервью. Поэтому в случаях, когда сильная тревога сохраняется после первых вопросов терапевта, можно предполагать наличие серьезной психопатологии какого-либо рода.

Заключительная фаза структурного интервью

Закончив исследование невротических симптомов и патологических черт характера, оценив основные механизмы защиты, синдром диффузной идентичности, тестирование реальности и ключевые симптомы психозов или органических церебральных нарушений, терапевт должен сказать пациенту, что задача выполнена. Затем он должен предложить пациенту добавить то, что ему кажется важным или то, о чем он считает нужным сообщить терапевту. Можно задать такой хороший вопрос (из личной беседы с Робертом Мичелсом, 1981): “Что, по вашему мнению, я должен бы был у вас спросить, но не спросил?” В ответ мы можем получить новые ценные сведения или углубиться в уже исследованные сферы. Это также дает возможность пациенту выразить свои тревоги, пробужденные во время интервью, и тогда их можно исследовать глубже и также уменьшить, поставив в рамки реальности.

На конечную фазу интервью важно оставить достаточное количество времени: не только, чтобы дать возможность пациенту задавать вопросы, но чтобы и терапевт мог ответить на них и уделить внимание неожиданной тревоге или другим возникшим сложностям. Терапевт может решить, что необходимы добавочные интервью для постановки точного диагноза, или что обе стороны должны подумать прежде, чем начинать обсуждение терапии; иногда же к этим вопросам можно перейти сразу. В любом случае пациент должен участвовать в процессе принятия решения. Терапевт может сообщить пациенту, что достаточно понял его состояние, чтобы предложить терапию, или же сказать, что надо продолжать процесс установления диагноза. В любом случае терапевт может выразить желание получить дополнительную нужную информацию из других источников.

Окончание структурного интервью чрезвычайно важно: в этот момент можно оценить мотивацию пациента по отношению к диагностическому процессу и к терапии, можно принять меры на случай опасных, требующих срочного вмешательства, состояний (таких, например, как острый риск самоубийства у пациента с тяжелой депрессией), а также можно оценить, в какой степени пациент способен принять описание своих проблем терапевтом и может ли он относиться к нему позитивно. В любой консультации для терапевта должна существовать возможность назначить дополнительные интервью, если это необходимо. Большинство пациентов способны оценить честность терапевта, который признает, что, хотя многое узнал, этого пока недостаточно для принятия решения о необходимой (если она вообще нужна) терапии.

Дополнительные соображения по поводу установок терапевта, проводящего диагностическое интервью

Для структурного интервью нужно время, в том числе — для переживаний и размышлений в процессе самого интервью. Поэтому я рекомендую отводить на него по крайней мере полтора часа. В нашем проекте по исследованию диагностики пограничных пациентов (Kernberg et al., 1981) после долгого экспериментирования мы остановились на двух 45-минутных сеансах, разделенных 10—15-минутным перерывом. В моей частной практике я нередко отвожу два последних часа рабочего дня для интервью с новым пациентом.

Терапевт должен чувствовать себя комфортно, находиться “в хорошем состоянии”, то есть не ощущать себя расстроенным какими-либо посторонними мыслями, а быть эмоционально открытым и готовым отозваться, — но при этом “держаться в тени”, направляя все внимание на пациента. Несмотря на свою сдержанность и ненавязчивость (или благодаря ей), терапевт сначала может показаться пациенту “идеалом”. В пациентах, у которых сохранена способность к базовому доверию, он может пробудить тенденции к идеализации или к зависимости, несмотря на все тревоги и трудности, которые привели их к терапевту. У пациентов с серьезными нарушениями в сфере объектных отношений, неспособных к базовому доверию, с параноидными установками или сильной бессознательной завистью сами спокойствие, открытость и “неозабоченность” терапевта могут вызвать подозрение, обиду, страх или презрение.

В любом случае быстро устанавливаются двойные взаимоотношения между терапевтом и пациентом: реалистичные, социально приемлемые, и, одновременно (более-менее скрытые), отражающие расположенность к переносу пациента и соответствующую потенциальную расположенность к контрпереносу терапевта. Последний тип взаимоотношений активизирует конфликтные “фантастические” (как в смысле фантазии, так и в смысле “нереалистичные”) объектные отношения.

Раннее проявление сознательных или бессознательных эротических и агрессивных эмоций или тенденции к зависимости со стороны пациента порождают у терапевта в ответ не только когнитивное осознание, но также и соответствующие или дополняющие его эмоциональные реакции (Racker, 1968).

Перед терапевтом стоят одновременно три задачи. Он должен (a) исследовать субъективный внутренний мир пациента, (б) наблюдать поведение пациента в его взаимодействии с терапевтом в процессе интервью и (в) быть внимательным к своим собственным эмоциональным реакциям на пациента, поскольку они помогают выявить природу скрытых объектных отношений. Именно эти скрытые объектные отношения являются основой, на которой терапевт строит свои предположительные интерпретации в контексте здесь-и-теперь по поводу работы механизмов защиты у пациента, когда последние проявляются, доминируют и требуют исследования.

Можно взглянуть на все это и с другой точки зрения: терапевт строит в своем уме модель Я-образа пациента, модель его Я-репрезентации. В то же время он стремится понять, действительно ли общение с пациентом позволяет создать такую модель. Терапевт, кроме того, стремится представить себе значимых других пациента, храня в голове тот же вопрос: можно ли получить цельную картину этих людей? Так, разумеется, терапевт оценивает степень интеграции идентичности или же наличие синдрома диффузной идентичности.

Можно сказать и так: терапевт оценивает все наиболее неадекватное в эмоциях, мышлении или поведении пациента и готовится обсудить с ним свои наблюдения открыто, но тактично, наблюдая при этом, насколько пациент способен чувствовать эмпатию к переживаниям терапевта. Так он оценивает, с одной стороны, способность к интроспекции и инсайту и, на другом уровне, способность к тестированию реальности.

Выполнить все эти задачи нелегко; для этого требуются знания и практические умения в сфере стандартного психиатрического обследования, опыт интерпретации переноса в психотерапии, а также клинический опыт общения с широким спектром психиатрических пациентов. Тем не менее, это техника, которой можно учить талантливых стажеров в области психиатрии на третьем году их обучения, а далее она углубляется по мере приобретения практического опыта. Структурное интервью можно назвать “вторым поколением” предшествующего ему “динамического интервью”, которое отражало влияние психоанализа на диагностическое интервью в психиатрии\*\*.

Примечания

* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III, Руководство по диагностике и классификации психических расстройств Американской психиатрической ассоциации 1980 года. См. критический разбор классификации пограничных состояний, предложенной DSM-III, в главе 5 настоящей книги. — Прим. переводчика.

\*\* Об исследовательской стороне диагностического интервью можно прочесть у Carr et al. (1979) и Kernberg et al. (1981).