

Применение методологии
клинической лингвистики в
исследовании
психоаналитического дискурса

Врач психиатр-психотерапевт,
доктор медицинских наук
Ганзин Игорь Викторович

Клиническая лингвистика – новая дисциплина, органично объединяющая в рамках психобиосоциальной парадигмы методологию медико-биологических, социально-психологических и лингвистических наук.

В основе клинической лингвистики лежит авторский метод комплексной диагностики речевого поведения при психических расстройствах.

Речевое поведение определяется комбинацией взаимодействующих разномодальных семантик: вербальной, просодической (невербальные компоненты речи) и кинесической (невербальное поведение, сопровождающее речевое высказывание).

Концепция речевого поведения при психических расстройствах предполагает изучение особенностей составляющих его семантик и их взаимодействий в зависимости от:

- Вида психического расстройства;
- Этапом течения расстройства;
- Особенности протекания патологии ведущего психопатологического синдрома;
- Состояния сознания пациента;
- Характера интенсивности и длительности применяемой психофармакотерапии;
- Наличия микроорганических поражений головного мозга или хронических интоксикаций;
- Пола и возраста пациента;
- Этнических, культуральных, микросоциальных характеристик .

МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКА РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ

I этап. Клинико-психопатологическое исследование

**II этап. Специальное психодиагностическое интервью
(подвергается аудиозаписи)**

Клинико-этологическое исследование

III этап. Анализ аудиозаписи интервью по следующим аспектам:

психосемантический;

просодический; анализ аудиограмм;

психолингвистический;

семантико-синтаксический;

семантико-прагматический.

IV этап. Интеграция и анализ полученных особенностей речевого поведения, сопоставление с клиническими характеристиками.

Обобщение результатов

Клинико-статистический анализ (выявление диагностических и дифференциальных критериев)

Области практического применения клинической лингвистики

1. Усовершенствование диагностического и дифференциально-диагностического процессов в психиатрической клинике с помощью разработанных дополнительных диагностических критериев, отражающих особенности речевого поведения
2. Ранняя диагностика психических расстройств, в том числе превенция общественно опасных действий больных и суицидального поведения.
3. Использование методик в экспертной практике
4. Мониторирование психофармакотерапии и психотерапевтических интервенций.
5. Изучение этнических особенностей речевого поведения в норме и при психической патологии
6. Разработка новых психотерапевтических методик:
 - Антиалекситимическая программа;
 - Методика диссимуляции бредовых переживаний;
 - Лингвистическое обоснование индукции трансовых состояний;
 - Диагностика трансферентно-контртрансферентных отношений :
7. Детекция поведения неискренности и лжи;
8. Тонкая идентификация эмоциональных состояний;
9. Использование методик в практике социально-психологических служб, в частности службы «Телефон Доверия».

ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНОЛОГИИ КОНТРАНСФЕРА В ПРОЦЕССЕ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ



Целью настоящего исследования является изучение контртрансферентных отношений психиатра (психотерапевта) в ходе диагностической и психотерапевтической работы.

Материал исследования составили данные нашего самонаблюдения и самоанализа в ходе диагностической (500 пациентов, представляющих практически все основные диагностические рубрики, в широком возрастном диапазоне, обоих полов) и психотерапевтической работы (семь пациентов с невротическими расстройствами, проходящими психоаналитическую терапию, длительность более шестидесяти сеансов; 25 пациентов с невротическими и личностными расстройствами, проходящие психоаналитически ориентированную психотерапию, длительность более 20 сеансов; 65 пациентов различных диагностических категорий, проходящих различные виды краткосрочных психотерапевтических интервенций (личностно-центрированная, когнитивно-поведенческая), длительность терапии - 4-10 сеансов). Исследование проводилось в последние 10 лет.

Методы исследования

В ходе исследования использовались клинико-психопатологический, клинико-феноменологический, клинико-лингвистический, аналитический методы диагностики. Для пациентов, проходящих психоаналитически ориентированную психотерапию, дополнительно использовалось структурное психоаналитическое интервью

контртрансфера на диагностическом этапе

- беспричинное возникновение различных по силе и полярностей эмоциональных реакций на больного;
- возникновение адекватных по контексту коммуникаций, но не адекватных по силе или полярности эмоциональных реакций;
- кратковременные реакции эмоциональной отстранённости от интервью, пустота и безразличие у терапевта, как проявления сопротивления контртрансферу;
- возникновение "странных" фантазий и представлений в отношении пациента, далёких от обсуждаемого контекста и личности больного;
- развитие у терапевта состояний, напоминающих феномены "уже переживаемого раньше" (являются, на наш взгляд, частой причиной врачебных ошибок в диагностике, оценке тяжести состояния, прогноза и терапевтической тактики);
- ощущение врача, что он общается с совершенно другим пациентом, который отдалённо напоминает настоящего

Типичные проявления

контртрансфера на диагностическом

этапе

- резкие и внешне немотивированные перемены внутреннего эмоционального состояния врача;
- возникновение неприятных или амбивалентных для терапевта агрессивных или эротических мыслей и представлений в отношении пациента;
- внезапные, кратковременные провалы в синтонности и эмпатии: отказ терапевта понимать и принимать несложные фрагменты переживаний пациента;
- проблемы в вербализации терапевта: сложность подбора точных понятий в определённых контекстах общения с больным, нарушения выбранной стратегии коммуникации, анализически значимые оговорки, необоснованные иронии и критика, неудачный юмор, необъяснимые жёсткость и грубость;
- тяжесть и невыносимость интервью для врача, желание поскорее избавиться от больного, ощущение, что с каждой минутой пациент "высасывает" энергию и силу;
- неоправданное затягивание интервью в целом или отдельных его этапов с нарциссическим самолюбованием терапевта на фоне конкретной психологической проблемы пациента или его определённого психотипа, с ригидностью объектных отношений.

Проявления контртрансфера на этапе терапии

- возникновение кратковременных ощущений провала, пустоты, эмоционально-волевого блокирования;
- крайне неприятные ощущения размытости границ собственного "Я", потери его вызывающие тревогу и страх;
- мистическое ощущение погружения в бездну, растворяющую и уравнивающую все психические феномены, вызывающее размытые и простые образы, фантазии, символы и ассоциации, несущее универсальную семантическую нагрузку;
- идентификация с психическими переживаниями пациентов с ощущением подмены собственного "Я" или единого психического пространства;
- возникновение по типу инсайта случайных образов, символов, ассоциаций с обсессивным ощущением их значимости и необходимости (М'Юзан).

Типология контртрансфера

- контрперенос, связанный с родительскими фигурами терапевта. Как правило, у терапевтов, имеющих опыт собственной терапии, легко распознается и носит всегда амбивалентный характер: повышенная забота, симпатия, потворство в необоснованных привилегиях, и, в то же время, жесткий контроль, демонстрация превосходства, месть в неоправданных неприятных диагностических мероприятиях и жестких вариантах терапии. Существенными могут быть колебания в диагностических суждениях: от гипердиагностики, обусловленной повышенной тревожностью до игнорирования явных симптомов в связи со слепой любовью или скрытой агрессией.
- контрперенос, обусловленный образами значимых, ключевых фигур в личной и профессиональной жизни терапевта. Определяется, одной стороны, идентификацией со знаковой персоной в своем поведении, а с другой стороны, предполагает отыгрывание значимых конфликтов, противоречий, либо сдвиг позиций и подчинение манипулятивному

Типология контртрансфера

- контрперенос особо важных и сложных клинических случаев в практике терапевта: сложная диагностика, терапевтическая резистентность, случаи агрессивного и аутоагрессивного поведения больных, летальные случаи, конфликты, в том числе судебные с пациентом и его родственниками, невыносимо тяжелые и конфликтные особенности личности последних. В данной ситуации терапевт стремится дистанцироваться, изолироваться, защититься, заручиться коллегиальной поддержкой, а лучше – обратиться в бегство, подыскивая законные варианты отказа от конкретного больного.
- контртрансфер «дружественных» фигур. Нахождение в поведении пациентов черт и поведенческих паттернов хороших знакомых и друзей. Ведет к излишнему субъективизму, панибратству, сокращению дистанции, неоправданным ожиданиям, что в большинстве случаев заканчивается горькими разочарованиями и крайне редко формирует крепкий терапевтический альянс.

Типология контртрансфера

- контртрансфер эротического характера. Базируется на нарциссическом голоде терапевта, его романтических идеалах, непроработанных комплексах. Хорошо описан в литературе, деструктивен, ведет к краху любых терапевтических отношений в рамках любой теоретической модели.
- контртрансфер, обусловленный особенностями жизненной истории терапевта, включаемый чрезвычайно несущественными и незначимыми паттернами поведения и личной истории пациента, дающими вторичную ассоциативную конгруэнтность, комплементарность и переживания некой общности. Может проявляться широким кругом феноменов: использование специфической жестикуляции, ямочки на щеках, грассирующее «р», особенности смеха, любимые произведения литературы, живописи, музыки, сходные реакции на явления природы, посещение детства музыкальной школы, страх перед пресмыкающимися... Носит вспомогательный, по отношению к другим видам переносов характер, но как правило, всегда придает позитивную окраску терапевтическим отношениям