



Клинический случай

# «Ловушка Кафки» и другие коммуникативные манипуляции в рамках и вне психопатологии. Случай Риммы Н.

В.Д. Менделевич✉, В.Н. Коновалова, М.К. Нестерина

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия  
✉mendelevich\_vl@mail.ru

## Аннотация

В статье на примере клинического случая проведен анализ различных коммуникативных манипуляций, использованных пациенткой. У нее обнаружился речевые и поведенческие стереотипы в виде феномена «двойного послания» и «ловушки Кафки» (провокативного формулирования вопросов), страха не понять происходящего, опасений быть неверно истолкованной, склонности к «застреванию» и многократному повторению задаваемых вопросов и уточнений (кэррилизм), «речевых задержек», проявлявшихся длительными паузами после задаваемых вопросов и проговариванием последних произнесенных фраз собеседника, стремления «договорить до конца» и требований ее выслушать (коммуникативная назойливость). Все перечисленные феномены сопровождалось критическим отношением к ним, и пациентка корректировала свое речевое поведение при настойчивом указании со стороны. Коммуникативные манипуляции пациентки были расценены не как психопатологические симптомы, а как психологические феномены в рамках смешанного расстройства личности, позволявшие ей сохранять целостность Я-концепции и обосновывать адекватность и целесообразность своего поведения.

**Ключевые слова:** коммуникативные манипуляции, феномен «двойного послания», «ловушка Кафки», коммуникативная назойливость, кэррилизм, расстройства личности.

**Для цитирования:** Менделевич В.Д., Коновалова В.Н., Нестерина М.К. «Ловушка Кафки» и другие коммуникативные манипуляции в рамках и вне психопатологии. Случай Риммы Н. *Клинический разбор в общей медицине*. 2025; 6 (4): 65–73. DOI: 10.47407/kr2025.6.4.00596

Clinical Case

## “Kafka’s trap” and other communications manipulations within and outside psychopathology. The case of Rimma M.

Vladimir D. Mendelevich✉, Veronika N. Konovalova, Maria K. Nesterina

Kazan State Medical University, Kazan, Russia  
✉mendelevich\_vl@mail.ru

## Abstract

Using a clinical case as an example, the article analyzes various communication manipulations used by the patient. She was found to have speech and behavioral stereotypes in the form of the phenomenon of “double bind” and “Kafka’s trap” (provocative formulation of questions), fear of not understanding what is happening, fear of being misinterpreted, a tendency to “get stuck” and repeatedly repeat asked questions and clarifications (carrillism), “speech delays”, manifested by long pauses after asking questions and pronouncing the last spoken phrases of the interlocutor, the desire to “speak to the end” and the insistence on listening to her (communicative importunity). All of the above phenomena were accompanied by a critical attitude towards them, and the patient corrected her speech behavior with persistent instructions from the outside. The patient’s communicative manipulations were regarded not as psychopathological symptoms, but as psychological phenomena within the framework of mixed personality disorder, which allowed her to maintain the integrity of her self-concept and justify the adequacy and appropriateness of her behavior.

**Keywords:** communicative manipulations, the phenomenon of “double bind”, “Kafka’s trap”, communicative importunity, communication disorders, personality disorders.

**For citation:** Mendelevich V.D., Konovalova V.N., Nesterina M.K. “Kafka’s trap” and other communications manipulations within and outside psychopathology. The case of Rimma M. *Clinical review for general practice*. 2025; 6 (4): 65–73 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.4.00596

Коммуникативные манипуляции (КМ) используются как здоровыми лицами с девиантными формами поведения, так и пациентами с различными психическими и поведенческими расстройствами. Под КМ понимаются специфические приемы ведения диалога с целью достижения лично значимых целей [1]. По мнению М. Wyrostkiewicz [2], «манипулировать кем-то означает держать что-то в своих руках, иметь над чем-то власть, относиться к чему-то как к объекту [а не субъекту] и использовать что-то для собственных нужд».

Психически здоровыми людьми КМ практикуются с целью получения выгоды от общения, скрытого оскорбления, обесценивания собеседников, а также низведения визави до нижних ступеней социальной лестницы. У лиц с психическими и поведенческими расстройствами КМ могут быть направлены на достижение субъективно значимых целей: к примеру, при гистрионическом личностном расстройстве – на привлечение внимания к собственной персоне, при нарциссическом – на подтверждение «собственной грандиозности», при параноидном – на получение подтверждений собствен-

ной правоты [3, 4]. При невротических расстройствах КМ могут отражать рентные установки, реализующиеся в виде феномена «вторичной выгоды» от психопатологических симптомов [5, 6]. При шизофрении КМ следует признать псевдоманипуляциями, поскольку они могут отражать нарушения мыслительных процессов, презентующих себя в искаженной речевой коммуникативной практике, а не целенаправленные практики [7]. В рамках расстройств аутистического спектра они также носят не вполне осознаваемый характер, учитывая нарушения способности пациентов понимать мотивы поведения собеседников и адекватно коммуницировать [8].

Для того чтобы признать какое-то речевое поведение манипуляцией, необходимо доказать, что за ним не скрывается какой-либо психопатологический симптом. Внешне сходно могут себя презентовать качественные нарушения мышления (шперрунг, резонерство, обстоятельность), расстройства внимания (рассеянность), а также расстройства речи (афазия, дислалия). Обнаружение КМ в клинической картине психического расстройства ставит перед диагностом сложную задачу по дифференциации осознаваемых пациентом искажений процесса речевой коммуникации от нарушений мышления. Приведенный ниже клинический случай Риммы\* Н. привлек внимание психиатров тем, что, помимо аффективных расстройств в рамках биполярного аффективного расстройства (БАР), у нее обнаружили нехарактерные для БАР речевые и поведенческие стереотипы в виде феномена «двойного послания» (провокативного формулирования вопросов), страха не понять происходящего, опасений быть неверно истолкованной, склонности к «речевому застреванию» и многократному повторению задаваемых вопросов и уточнений (кэррилизм), а также «речевые задержки», проявлявшиеся длительными паузами после задаваемых даже элементарных вопросов и проговариванием последних произнесенных фраз собеседника. Все перечисленные феномены сопровождалось критическим отношением к ним, и пациентка корректировала свое речевое поведение при настойчивом указании со стороны. Однако на протяжении последних лет она стала крайне назойливой в общении, особенно в отношении близких, «изматывая» их бесконечными вопросами-уточнениями, требованиями «более внимательно [ее] выслушать» и претензиями, когда этого не происходило. Таким образом, диагностически сложными оказались квалификация речевых стилей и поведения пациентки и обнаружение их потенциальных связей с имевшимся психическим расстройством (БАР).

### Клинический случай

Пациентка Римма М., 26 лет. Жалобы формулирует с трудом, делая упор на том, что «окружающие люди, и особенно мама, говорят, что у меня накопившиеся вредные привычки – дергать других людей, переспрашивать, задавать множество вопросов, долго прини-

мать решения даже в самых простых бытовых ситуациях, склонность перекладывать ответственность за принятие решений на других и медлительность». Соглашается, что отмечаемые окружающими проблемы в общении усугубляются, но главное, что она страдает не от них, а от «перепадов настроения и снижения работоспособности». Со слов родителей, в последние годы у Риммы снизилась продуктивность в работе, хотя формально со стороны работодателя к ней никаких нареканий не имелось. Помимо коммуникативных проблем, родители отмечают, что изменения характера дочери имеют тенденцию к нарастанию, в связи с чем отношения в семья становятся крайне напряженными, и своим поведением дочь провоцирует скандалы, поскольку ее «патологические сомнения» по любому поводу, просьбы помочь ей решить, как поступать в той или иной ситуации, наталкиваются на вторичные парадоксальные реакции. Например, «она просит совета, но почти всегда после его получения не соглашается ни с одним из предложенных вариантов решения проблемы, доводит близких до бешенства». С их точки зрения, за последние годы у Риммы испортился характер («стала невыносимой»), усилился эгоцентризм («ни о чем, кроме своих проблем, говорить не хочет»), интонации и манеры приобрели капризный оттенок. При этом известно, что Римма на протяжении шести лет наблюдается у психиатра с диагнозом БАР, получает терапию и отмечает улучшение эмоционального состояния.

*Анамнез.* Родилась первым ребенком в семье; отец математик, мама экономист. Младшая сестра родилась с разницей в пять лет. Раннее развитие – соответственно возрасту. В детский сад пошла в три года, была тихим, послушным ребенком, любила играть в куклы, «дочки-матери». Часто болела, перенесла отит в тяжелой форме, в пятилетнем возрасте – операцию на почках, после чего родители стали еще больше опекать дочь, оберегать от любых внешних факторов («буквально носили на руках, постоянно за меня переживали, боялись, что умру»). Наследственность отягощена злоупотреблением алкоголем со стороны родственников отца. Отношения с родными избирательные: с отцом – симбиотические («слияние», «безмятежность»), с матерью – зависимые, с младшей сестрой – напряженные («она меня не выносит»). С детства была домашней, ответственной, старательной, «высокомотивированной» девочкой, стремилась превосходить одноклассников по учебным показателям, быть лучше остальных. Всегда отличалась перфекционизмом и склонностью к «утрированному порядку в собственной комнате». В школьные годы была очень любознательным ребенком, многое успевала, одновременно посещала несколько кружков. Римме с детства было свойственно желание «докопаться до сути явлений». Со слов родителей, «сильно погружалась в детали», что в изучении школьной программы, что во время занятий в художественной школе. Свободного времени на развлечения себе не позволяла – все посвящала учебе,

\*Имя изменено.

предъявляла высокие требования к себе, училась преимущественно на «отлично», тяжело переживала неудачи в учебном процессе. Росла в «обеспеченной, интеллигентной» семье и посещала только «приличные места». Со слов Риммы, родители часто запугивали ее историями об изнасиловании, внедряли идею о том, что она красивая девочка и что ей опасно где бы то ни было появляться одной. В связи с этим жила в «узком, ограниченном мирке» – родители провожали за руку в школу и забирали вплоть до 11-го класса, после занятий сами возили ее на кружки, не давали никакой самостоятельности. Считает, что таким образом у нее сформировалось представление («защитная реакция»), что необходимо хорошо учиться, чтобы избежать мирских проблем. Считала, что старательная учеба позволит ей состояться в финансовом отношении («с детства чувствовала, что успех в профессии и деньги – это залог безопасности»). Круг общения в начальной школе был узким, была робкой, стеснительной. Позже появились приятели, но отрицает наличие близких друзей до времени окончания школы. Соглашается, что была и остается достаточно избирательной в общении со сверстниками («осуждала всех, кто нецензурно ругается, курит или пьет, они плохие и могли мне навредить»). Считает, что «не прошла необходимые этапы детства, когда надо было обжечься, обрести опыт, сделать выводы и пойти дальше». Противопоставляет себя младшей сестре, которая в подростковом возрасте перечила родителям, конфликтовала, отстаивала свои права.

После окончания одиннадцати классов средней школы успешно сдала единый государственный экзамен, самостоятельно решила подать документы в Москву, не сообщив об этом родителям. Поступила в финансовый университет. Начала проживать в съемной квартире, но оставалась на обеспечении родителей. Описывает тот период как тяжелый в бытовом плане: столкнулась с большим количеством новых и необычных для себя трудностей, «резко попала в непривычные условия, банальные мелочи превращались в стресс – поломка стиральной машины, поход на почту». Необходимость добираться куда-либо самостоятельно на общественном транспорте вызывала страх, старалась не находиться на улице в одиночестве в вечернее время. Накапливалась «застрессованность» – учебная нагрузка, полуторачасовая дорога до университета в шумном переполненном пассажирами автобусе. Дома не могла расслабиться, ощущала нарастание усталости, но боялась признаться родителем из-за страха возвращения в родной город. На летней сессии I курса не смогла сдать экзамен по английскому языку и уехала домой, где «бесконечно прокручивала в голове мысли о передаче, перегружала себя учебой и подготовкой к переэкзаменовке». Вспоминает, что тогда впервые испытала «чувство выпадения из реальности, отстраненность – закрылась в своем мире, практически не вставала с кровати, не реагировала на происходящее вокруг»; в этот период даже поездка на отдых на море не принесла никакой радости и облегчения, там продол-

жала напряженно готовиться к передаче проваленного экзамена.

Родители отмечают, что после этого «кризиса» она стала заторможенной, молчаливой, иногда «зависала» (становилась отрешенной, рассеянной), плохо запоминала новый материал. При этом прекрасно помнила все, что изучала прежде, и в целом функционирование существенно не ухудшилось – ей даже удавалось в этот период эффективно работать репетитором по математике у старшеклассников. Тогда же по инициативе матери и вместе с ней посетила психолога. Психолог сказал, что Римма должна была прийти к ней самостоятельно, а не прятаться за спину матери («а если ее не станет, если она умрет, что будешь делать?»). Эта фраза сильно задела Римму, она испугалась, осознав, что не представляет свою жизнь без матери. Осенью пересдала экзамен в университете на высокий балл, но не ощутила облегчения, начала отставать по другим предметам («вокруг ребята были самостоятельные, здоровые, закаленные физически, а я нет. Меня все это подкосило, перестала справляться»). Стала ощущать сильные головные боли, в связи с чем обращалась к неврологу. Родители настояли на академическом отпуске, в который ушла перед летней сессией. Год проживала совместно с родителями. Испытывала ежедневные боли в спине, голове, шее, иногда из-за болей громко кричала, «устраивала истерики, проявляла по отношению к окружающим раздражение и агрессию». Регулярно ходила на массаж, плавание, йогу, занималась английским языком с репетитором. Дома самостоятельно осваивала программирование. Консультировалась с психотерапевтом, по рекомендации которого около года принимала сульпирид. Отмечает, что академический отпуск «прошел расслабленно, но после в учебу влиться было тяжело».

Со слов матери, восстановление в университете после академического отпуска еще большее дезадаптировало Римму – она совсем не вписалась в коллектив. Переехала в Москву вместе с матерью, которая волновалась за психическое состояние дочери и взяла на себя хозяйственную работу по дому. Состояние продолжало ухудшаться: вернулись страхи, напряжение, снизилась память, не могла описать события прошлого дня, совсем не усваивала материал, функционирование нарушилось вплоть до того, что не могла самостоятельно передвигаться по улице, решать повседневные вопросы. До учебы добиралась только за руку с матерью. Отставала по учебе, не могла усваивать материал, дома практически не вставала с постели. В связи с этим планировала бросить учебу, но ее остановили мысли о том, что она перестанет развиваться и не удовлетворится ее «главная ценность, чтобы ее окружали умные и развивающиеся люди», был сильный страх «опустить планку». Родители настояли на переводе в университет родного города («надавили, не было сил сопротивляться, была не удовлетворена таким решением родителей, поскольку чувствовала, что это решение не самостоятельное, и это по мне снова ударило»).

Со слов родителей, Римма «отчаянно цеплялась за московский вуз, это было для нее ценностью – окончить именно его», и сразу после перевода в местный университет ее психическое состояние еще больше ухудшилось – начались «зависания и застывания». Была подавленной, заторможенной, периодически была совершенно неконтактной, не отвечала на вопросы, не реагировала на окружающую обстановку, могла долгое время проводить в однообразной позе с застывшим взглядом, нарушилось бытовое функционирование, в связи с чем родители обратились к психиатру. На приеме врач обнаружил мутизм и отрешенность пациентки. Был поставлен предварительный диагноз «биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод», назначен антидепрессант (эсциталопрам) и стабилизатор настроения (карбонат лития). Позже Римма объясняла матери это состояние тем, что «не хотела верить в происходящее» (имея в виду перевод из московского вуза), а молчала на приеме по причине страха, что ее признают психически больной и госпитализируют. Состояние в процессе терапии стало постепенно улучшаться: быстро купировался мутизм, исчезли депрессия, пассивность, появился интерес к жизни. Спустя год-полтора, адаптировавшись к учебе, стала практически ежемесячно улетать на выходные в Москву к друзьям. Тогда появились нехарактерные для Риммы избыточная активность и веселость. Из замкнутого и нелюдимого человека она превратилась в «тусовщицу» – постоянно хотела с кем-то увидеться, испытывала сильное перевозбуждение и «переизбыток эмоций», из-за чего нередко не могла уснуть. Стала активно заводить знакомства с молодыми людьми, ходила на свидания, вступала в беспорядочные интимные отношения, хотя обычно относилась к этому строго избирательно. Сама не считала и не считает, что вела себя неадекватно и что это было отклонением, так как «развивала в себе общительность после школы». Подобное состояние было названо ею «московским стрессом» и длилось несколько месяцев. Впоследствии она согласилась, что это было похоже на гипоманиакальное состояние.

После очередной консультации с психиатром, отмены антидепрессанта и назначения монотерапии карбонатом лития состояние стабилизировалось. В это время поступила в магистратуру, по окончании которой начала работать финансовым аналитиком в банке. Учитывая стабилизацию психического состояния, исчезновение как депрессивных, так и гипоманиакальных эпизодов, по согласованию с психиатром психофармакотерапия через год была прекращена. Весной следующего года тяжело переживала расставание с молодым человеком, с которым состояла в отношениях около полутора лет. Отмечает, что причиной расставания стали несоответствия в жизненных планах, финансовом достатке – «я очень много работала, постоянно развивалась, загружала себя различными дополнительными курсами, а он работал простым барбером и больше ни к чему не стремился, я не смогла его замотивировать». Не понимала, как можно строить устойчивую семью,

планировать жизнь в условиях недостаточного финансового обеспечения со стороны мужчины. После расставания засомневалась в правильности своего решения, испытала тревогу, ухудшился сон. В дальнейшем встретила «амбициозного, целеустремленного человека», который работал в области IT, вместе переехали в Москву, «вновь ввела себя в московский стресс». Подчеркивает, что ощущала себя с ним спокойно, так как он решал большинство проблем. В этот период выраженного перевозбуждения не наблюдалось, но своим состоянием была довольна.

В тот же период жизни узнала, что у матери выявили онкологическое заболевание, предстоит операция, в связи с чем «провалилась в депрессию», не понимала, как выживет без матери, испытала выраженную тревогу. Несмотря на то что крайне беспокоилась о состоянии здоровья матери и что ей было тяжело смотреть на мать, как та тяжело болеет («сама начинаю болеть»), улетела с молодым человеком в отпуск, поскольку не хотелось терять уже потраченные деньги. Объяснила свой поступок тем, что ее нервная система не выдерживала и «необходимо было дистанцироваться от ситуации». С этого периода, родители заметили изменение состояния дочери – она сильно похудела (на 10 кг), выглядела крайне истощенной, стали меняться ее манеры, голос, интонации. В общении стала резкой, грубой, очень эгоистичной, замкнулась в себе, сократила круг общения и интересов, перестала справляться с рабочими задачами, стала медлительной. Начала испытывать выраженные трудности с принятием решений, обострилась потребность многократно спрашивать мнение окружающих даже по поводу несущественных проблем, перекладывать на них ответственность. Приводит в пример ситуацию, когда договорилась с подругой о встрече, но была занята покупкой одежды в магазине, долго не могла решить, что именно ей купить, вследствие чего не смогла вовремя прийти на встречу, и подруге пришлось ее ждать около пяти часов. Ухудшились отношения с родителями и сестрой, из-за того что в общении стала задавать множество уточняющих однотипных вопросов, требовала помочь с решением любого вопроса, настаивала на получении точного ответа, не принимая ни один из них. У матери складывалось впечатление, что Римма вела себя так осознанно, с целью вызвать у нее раздражение.

Психиатр, наблюдавший Римму на протяжении ряда лет, не отметил кардинальных изменений в стиле ее поведения и общения. С его точки зрения, девушка всегда была требовательной и бесцеремонной в общении, недовольной назначениями, вступала в дерзкие споры по поводу необходимости отмены или назначения препаратов, безапелляционно заявляя собственную позицию. Отмечалась нетактичность в общении с врачом: она могла писать ему десятки сообщений в день в соцсетях с отчетом об изменениях своего психологического состояния, требуя объяснить причины колебаний, механизмы возникновения симптомов и суть происходящего с ней. Особенно ее интересовало получение одно-

значного ответа на вопрос о том, являются ли ее переживания проявлением психической патологии (болезни) или отражением характера. Данный вопрос Римма задавала врачу неоднократно, каждый раз с просьбой подробно объяснить свою позицию и уточнить ответ. В частности, для нее стало типичным задавать вопросы и не соглашаться ни с одним из получаемых ответов. К примеру, собираясь в отпуск, она написала врачу сообщение с просьбой уточнить, не скажется ли на ее самочувствии длительный перелет. Получив ответ, что, вероятнее всего, это не является рискованным и можно на период перелета увеличить дозу успокоительного, но если она волнуется, то не стоит лететь на самолете, она задала врачу еще десяток вопросов о том, на основании чего он сделал такой вывод и какой конкретно совет он мог бы ей дать. При этом она с обидой сообщила, что билеты уже куплены и она не может себе позволить потерять уже потраченные деньги. Эта реакция указывала собеседнику на неуместность его ответа (несмотря на то что она сама просила у него совета). В другой раз она попросила ответить на конкретный вопрос о том, стоит ли ей на обратном пути с пересадкой задержаться на короткий период в Москве для того, чтобы отдохнуть и встретиться с подругами, или же желательно сразу лететь домой. На ответ врача о том, что «возможно, правильнее было бы сразу полететь в родной город, чтобы там уже и отдохнуть от перелета» она дерзко ответила: «Что, уже мне и с подругами запрещено увидеться?» Другие психиатры, курировавшие Римму, также отмечают ее нетактичность и назойливость. Она могла опаздывать на назначенные встречи, игнорировать оговоренный временной регламент общения и требовать «дослушать ее рассказ до конца», не считаясь с занятостью докторов. Однажды, не удовлетворившись длительностью общения, Римма на протяжении двух часов сидела под дверью отделения, в котором работали врачи, ожидая завершения их работы.

*Психический статус.* На предложение провести углубленное обследование и поучаствовать во врачебном консилиуме по поводу ее клинического случая Римма откликнулась с воодушевлением. Была рада, что будет время для подробного обсуждения с кураторами истории ее жизни, особенностей переживаний, психологических проблем. На беседу на консилиум пришла в хорошем настроении с готовностью максимально подробно рассказать о себе. На протяжении всей беседы была спокойна, мимика соответствовала обсуждаемым темам, однако бурных реакций не проявляла – не тревожилась, не демонстрировала беспокойства, отвечала на вопросы скорее формально, чем заинтересованно. Лишь один вопрос являлся для нее значимым – имеется ли у нее психическое расстройство или все, что с ней происходит, является отражением ее характера. Особых жалоб не предъявляла, но соглашалась, что при общении с окружающими у нее имеются трудности, которые она не расценивает как болезненные и не считает, что их надо лечить. На любой задаваемый вопрос

отвечала не сразу, а после довольно длительной паузы. Говорила, что и сама замечает за собой такую особенность, и знакомые обращают на это внимание. Объясняла склонность не отвечать сразу тем, что выбирает наиболее подходящий ответ, который мог бы дать собеседнику максимально точное, а не ошибочное представление о ней. При этом просьбы отвечать быстрее выполняла без труда. В беседе практически каждый задаваемый вопрос сопровождала уточняющими вопросами, в задумчивости медленно проговаривая вслух вопрос врача. За время беседы не наблюдалось ни тревоги по поводу возможно неверного истолкования ее слов, ни раздражения, когда ей указывали на это. Не отмечалось также явных признаков демонстративности, но элементы манерности и наигранности можно было заметить – внешне такое поведение напоминало детские капризы и игру в «почемучку». Например, Римма спрашивает: «Нужен ли мне психолог?» Ответ: «На ваше усмотрение, вы же лечитесь от БАР». – «А может быть, мне стоит походить на психотерапевтические группы в психиатрическую больницу?» – «Эти группы для стационарных больных с шизофренией, поэтому вам туда ходить нет необходимости». – «Потому что я более здоровая?» – «Потому, что у вас не шизофрения, а БАР». – «То есть мне там не место?»

В беседе мышление последовательное, логичное, речь грамматически правильная, без признаков нарушений. Желание при разговорах с людьми многократно переспрашивать, уточнять задаваемые вопросы не признает чем-то патологическим, убеждена, что на это нет причин реагировать эмоционально. Не считает, что подобным речевым поведением «доводит» маму, которой в силу онкологического заболевания необходима спокойная обстановка. Не видит ничего предосудительного в том, что проявляла непоследовательность в общении с близкими и с лечащим врачом, когда, просив их советов и получив ответы на вопрос, не соглашалась с любым из них. Не увидела ничего необычного в примере, когда просила совета, лететь ли ей домой на пересадке сразу или задержаться, чтобы встретиться с подругами, и, получив совет лететь сразу, отреагировала парадоксально, обидевшись, что ей как будто бы не рекомендуют встретиться с подругами. Утверждала, что возникавшие в прошлом эпизоды депрессии и гипомании, длившиеся от нескольких месяцев до полугода, после терапии исчезли и что чувствует она себя стабильно. Объяснить мотивы обращения за проведением консилиума не может. Однако обращал на себя внимание тот факт, что она была рада тому, что ей была предоставлена возможность обследоваться «спокойно и тщательно». В беседе нередко повторяла «слушайте меня внимательно», «не торопите», «я должна высказать все, и вы должны меня понять». Фиксирована на себе, без стеснения говорит о том, что любит себя, что ей нравится ее внешность («красивая»). За время обследования никаких признаков наличия бреда или галлюцинаций не выявлялось. Интеллект высокий, внимание концентрировала достаточно, память не была снижена.

По окончании беседы долго не могла решиться встать со стула и выйти из аудитории – сидела в задумчивости и не стремилась уходить. Сообщила, что ей трудно завершить разговор и хотелось бы продолжить. После окончания консилиума, длившегося около двух часов, выйдя из аудитории, написала врачу, что хотела бы вернуться и кое-что добавить к своему рассказу, а также задать еще несколько важных вопросов. В частности, хотела бы уточнить, «какова логическая цепочка между избеганием и прокрастинацией», имеющимися у нее.

**Заключение клинического психолога.** Поведенчески: внешне аккуратна, двигателью спокойно, сенситивна, эгоцентрична и слабовольна (обращает внимание на отношение к себе, комментирует: «Вам не интересно», или, когда рассказывает о своем состоянии, на глаза наворачиваются слезы, вспоминает мать и в голос рыдает, проговаривая, что без нее не сможет существовать, хотя мама ей говорит, что чувствует себя хорошо). Много говорит о себе, чрезвычайно подробно, задает множество вопросов, много времени тратит на второстепенное, не может быстро переключиться, застрекает, вплоть до необходимости директивного с ней обращения. Отмечает за собой застреваемость, тормозимость, замедленность. По результатам экспериментально-психологического обследования: инструкции воспринимает правильно, без разъяснений или напоминаний, цель удерживает, без соскальзываний или потери хода. Темповые характеристики без замедленности, без нарушения переключения. В зрительно-моторной нагрузке – в быстром хорошем темпе и устойчивости (таблицы Шульце – 25, 22, 27, 26 с). Скоропись и слитность письма достаточные, но с моментами разрывов в длинных или значимых словах («справе дли вость», «удоволь ствие», «проб лема»), что интерпретируется как неустойчивость умственной работоспособности. В графике – признаки психомоторного напряжения (многократность линий в рисунке человека, подчеркивание, нажим, например в слове «болезнь»). Память в норме по объему и динамике запоминания, но с неточностью воспроизведения за счет мотивации «отгадывания». Осмысленное отсроченное запоминание (по пиктограммам – 100%). Уровень и характер осмысления отражают опору на субъективно значимое значение (например, работа – ноутбук; проблема – компьютер «сломался»; мечта – солнце, море; два больших и два маленьких человечка – «моя семья» и т. п.). Ни одного случая искаженного, схематичного, символического или отдаленного образа. Ассоциативный процесс связанный, без задержек или блоков ассоциирования (за исключением «факт...», «зависть...», «мне все равно...», «меня раздражает...», «в детстве...»), что свидетельствует о связности осмысления, наличии субъективных проблем в зоне аффективной неудовлетворенности и безразличия. Отмечается феномен стереотипии ассоциативных ответов (многократное повторение ответа «большой» на такие понятия, как «позор», «дело», «мечь», «задача», «слово», «терпение», «цель»), что свидетельствует о значимости данных понятийных категорий и их восприятию в еди-

ном контексте. Отмечается смысловая фиксация на себе («я люблю... себя», «отдала бы все... не хочу все отдавать», «самый лучший человек... Я», «моя внешность... красивая» и т. п.), инфантильная привязанность («в трудную минуту... обращусь к папе», «я ненавижу... работать», «я доверяю... папе» и т. п.). Мышление без нарушений операций обобщения и различения, с хорошим уровнем понятийной категоризации, с опорой на существенные признаки объектов при оперировании, отсутствием надуманных или слабых признаков оперирования. Обнаруживается хороший уровень общей осведомленности, способности к актуализации полученных знаний. Результаты тестирования по Сокращенному многофакторному опроснику для исследования личности: код 26 – аффективная ригидность, идеаторная проработка эмоций, настроенность против других, застреваемость на негативных переживаниях. По шкале Бека – 23 балла («средняя тяжесть» депрессии). По данным проективного тестирования (Метод цветочных выборов – 34152076), чувствует себя исключительной личностью, имеет потребность выделиться, быть успешной, независимой, совершенной. По цвето-тематическому тесту отношений текущее состояние характеризуется как «радужное», сродни состоянию при путешествии, не связано ни с окружающими, ни с близкими, ни с учебой или работой. К папе отношение симбиотическое, «слияние», «безмятежность». К маме отношение пассивное, зависимое. По опроснику суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой) таковой отсутствует. Таким образом, выявлен поведенческий паттерн дисгармоничной личности с застреваемостью и фиксацией на себе, своих интерпретациях, без фактических нарушений темпа деятельности, без истощаемости. Отмечается нормативный вариант нейродинамики, мнестической и мыслительной деятельности в сочетании с субъективистским осмыслением, опорой на личные значения и смыслы, имеются гипертрофированный инфантильный Я-комплекс, наличие неудовлетворенной Я-концепции в сочетании с тестовым вариантом аффективно-идеаторно-ригидного типа личности.

**Результаты магнитно-резонансной томографии.** Полушария мозга симметричные. Граница серого и белого вещества мозга дифференцируется отчетливо. В веществе больших полушарий очаговых изменений не выявлено. Средние структуры мозга не смещены, признаков дислокации нет. Асимметрия боковых желудочков мозга. Умеренно расширен левый боковой желудочек – до 17 мм (норма 15 мм). III, IV, правый боковой желудочек не расширены. Умеренно расширены наружные субарахноидальные пространства, преимущественно в лобно-теменных областях. В стволе, мозжечке – без очаговой патологии. Турецкое седло обычных формы и размеров, гипофиз в размерах не увеличен, структурно не изменен. Визуализирующиеся черепные нервы (II, V, VI, VII) – без патологии. Аномалии КВП не выявлено. Небольшое утолщение обеих верхнечелюстных, решетчатых пазух за счет поствоспалительных изменений. Заключение: очаговой патологии

головного мозга не выявлено. Левосторонняя асимметричная компенсированная гидроцефалия.

## Обсуждение

Представленный клинический случай привлек внимание тем, что паттерны поведения Риммы, включая коммуникативные и особенно речевые, выходили за рамки традиционных представлений о проявлениях имевшегося у нее БАР. Данный диагноз не подвергался пересмотру по причине того, что в клинической картине расстройства на протяжении ряда лет присутствовали отчетливые депрессивные и один гипоманиакальный эпизоды. Кроме того, пациентка оставалась на поддерживающей терапии с использованием одного из стабилизаторов настроения (ламотриджина в дозе 175 мг/сут), на фоне которой аффективные симптомы купировались.

Обращало на себя внимание то, что, несмотря на стабилизацию эмоционального состояния, пациентка продолжала оставаться дезадаптированной, но уже по причине иных психолого-психиатрических факторов. На первый план вышли дезадаптивные особенности ее коммуникации с окружающими, которые до этого были компенсированы или замещены симптомами БАР. К ним были отнесены: частое использование пациенткой **парадоксальных коммуникаций** в виде склонности многократно переспрашивать и уточнять задаваемые ей вопросы (кэррилизм), что она объясняла страхом неверно понять происходящее или быть неправильно истолкованной, неспособности завершить разговор и настойчивости в продолжении общения с ней (**коммуникативная назойливость**), а также создания в процессе общения выраженной напряженности в связи с использованием ею безвыходных для собеседника коммуникативных задач (**феномен «двойного послания»**). Перед диагностами встала задача понять, носят ли перечисленные коммуникативные феномены психопатологический характер и являются частью каких-либо синдромов, или же они отражают дисгармоничные коммуникативные стереотипы, осознаваемые или не вполне осознаваемые КМ, направленные на достижение личных целей.

Под **кэррилизмом** понимается явление, когда человек склонен переспрашивать, повторяя вопрос, который прекрасно слышал. Считается, что к этому приему прибегают как сознательно, так и неосознанно, с целью выиграть время для размышлений и формулирования ответа [9]. В случае осознанного переспроса человек медлит, переспрашивает, чтобы понять полученную информацию и хорошо обдумать свой ответ в условиях, когда нельзя ошибиться, когда у человека еще не подобран ответ на вопрос или когда он боится показаться некомпетентным [10]. Иногда кэррилизм рассматривается как защитная психологическая реакция в ситуации стресса, но это явление может также объясняться рассеянностью и невнимательностью [11]. У Риммы кэррилизм носил довольно устойчивый характер и распространялся не только на ситуации с повышенной ответ-

ственностью и риском неверных ответов. Он также не был связан с эмоциональной вовлеченностью, тревогой или стрессом. Подобный стиль речевого общения превратился для нее во «вредную привычку» и своеобразную КМ. Отношение к собственному кэррилизму у Риммы было двойственным: с одной стороны, она не видела в нем каких бы то ни было отклонений, с другой – пыталась этим объяснить причины собственной непродуктивности, нелюдимости, т. е. данная КМ выполняла функцию копинга и психологической защиты. По мнению ряда детских психологов, причинами повторяющихся вопросов могут быть стремление привлечь к себе внимание, желание избежать неудачи в случае сформированной «выученной беспомощности» и импульсивность. С позиции психиатрии, склонность к повторяющимся вопросам и неудовлетворенность полученными ответами может быть связана с когнитивными нарушениями (расстройствами понимания – объективными или субъективными), нарушениями ассоциативного процесса мыслительными (обстоятельностью, ригидностью мышления), а также с аффективными нарушениями (страхом ошибиться, неверно интерпретировать происходящее или быть неправильно понятым, что может привести к нежелательным последствиям).

К другой разновидности КМ следует отнести использование Риммой стратегии *«двойного послания»*. Считается, что данный вид речевой коммуникации направлен на формирование у собеседника чувства фрустрации в связи с тем, что он вовлекается в заведомо нерешаемую ситуацию и становится «жертвой». Выдвинутая Г. Бейтсоном концепция «двойного послания» [12] стала основой для создания модели так называемой «шизофреногенной матери». Классическим считается пример, когда мать, подарив ребенку две машинки (зеленую и красную), интересуется, какая из машинок ему больше понравилась. Любой ответ ребенка в рамках подобного стиля общения способен поставить его в заведомо проигрышную позицию, в которой он будет вынужден оправдываться. Если он ответит с благодарностью за подарок, что ему больше понравилась зеленая, то получит обиженный ответ матери: «А что, красная тебе не понравилась?» Долгие годы считалось, что специфическая коммуникация матери с ребенком с использованием «двойного послания» способна вызвать или спровоцировать у него шизофрению. Исследования последних лет опровергли данную гипотезу [13–16]. Однако изучение феномена «двойного послания» переместилось в область личностной патологии и даже креативности [17–19].

Считается, что данный стиль манипуляции характерен для пациентов как с пограничным личностным расстройством, так и с другими личностными расстройствами, а также для лиц с тревожными расстройствами [20]. Для Риммы использование феномена «двойного послания» превратилось в рутину – она таким образом создавала коммуникативные сложности в общении с родными, друзьями и врачами, чтобы защитить себя от

критики и обвинить окружающих в ее неудовлетворительном состоянии.

В связи с углубленным изучением психопатологии и патопсихологии личностных расстройств тема анализа коммуникативных особенностей стала повышенно актуальной. Помимо оценки вклада феномена «двойного послания» в формирование дезадаптивных коммуникативных стратегий, в число значимых был включен феномен, обозначаемый как «ловушка Кафки». «Ловушка Кафки» опирается на пример, представленный в романе Франца Кафки «Процесс», в котором главного героя обвиняют в преступлении, но ему не говорят, в чем оно заключается, и не предоставляют каких-либо доказательств правонарушения. Считается, что «ловушка Кафки» возникает, когда человека обвиняют в чем-то, а любая попытка отрицать или опровергнуть обвинение рассматривается как доказательство вины. По мнению R. Srinivas [21], «ловушка Кафки» может представать как «парадоксальное общение», в частности при нарциссическом, гистрионическом, пограничном, антисоциальном и уклоняющемся расстройстве личности, когда пациент склонен обвинять кого-то в эгоизме, а затем наказывать его за самозащиту, рассматривая эту защиту как дальнейший эгоизм. Разновидностью «ловушки Кафки» считаются «круговые

разговоры», при которых пациент неоднократно возвращается в разговоре к одной и той же теме, часто вращаясь вокруг собственных потребностей или обид. Автор констатирует, что различные варианты парадоксального общения, такие как «ловушка Кафки» или другие манипулятивные техники, часто встречаются в отношениях с людьми с расстройствами личности. Такие стили общения могут привести к замешательству, разочарованию и эмоциональному истощению участников общения.

Анализ клинической картины заболевания Риммы позволяет предположить, что у нее, помимо БАР, обнаруживается смешанное расстройство личности, основную дезадаптирующую роль в реализации которого играют КМ, позволяющие пациентке сохранять целостность собственной Я-концепции, обосновывать адекватность и целесообразность своего поведения и находить виновных в ее проблемах. Описанные в конкретном клиническом примере КМ нет оснований причислять к психопатологическим, поскольку они не соответствуют ни нарушениям мышления, ни нарушениям иных сфер психической деятельности.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

## Литература / References

- Bowers L. Manipulation: searching for an understanding. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003;10(3):329-34. DOI: 10.1046/j.1365-2850.2003.00603.x
- Wyrostkiewicz M. Manipulation and Communication – Manipulation as an Anti-Communicative Act. *Biuletyn Edukacji Medialnej.* 2014;2:21-32.
- Potter NN. What is manipulative behavior, anyway? *J Pers Disord.* 2006 Apr;20(2):139-56. DOI: 10.1521/pedi.2006.20.2.139
- Weinberg I, Ronningstam E. Narcissistic Personality Disorder: Progress in Understanding and Treatment. *Focus.* 2022;20(4):368-77. DOI: 10.1176/appi.focus.20220052
- Балунов О.А., Лукина Л.В., Михайлов В.А. и др. Непсихотические психические расстройства в неврологической клинике. Часть 1: конверсионные расстройства. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии.* 2012;(4):77-80.  
Balunov O.A., Lukina L.V., Mikhailov V.A., et al. Nonpsychotic psychic disorders in neurological clinics. Part 1: Conversion disorders. *Review of Psychiatry and Medical Psychology.* 2012;(4):77-80 (in Russian).
- Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец, 2016.  
Mendelevich V.D. Terminological foundations of phenomenological diagnostics in psychiatry. Moscow: Gorodets, 2016.
- Barch DM, Berenbaum H. The effect of language production manipulations on negative thought disorder and discourse coherence disturbances in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1997;71(2):115-27.
- Jieun Ch, Lee Y. Conversational Turn-Taking and Topic Manipulation Skills of Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Communicat Sci Disord.* 2013;18(1):12-23. DOI: 10.12963/csd.13002
- Jirout J, Klahr D. Questions – And Some Answers – About Young Children's Questions. *J Cognit Develop.* 2020;21(5):729-53.
- Hamdy RC, Kinser A, Depelteau A, et al. Repetitive Questioning II. *Gerontol Geriatr Med.* 2018;13(4):2333721417740190. DOI: 10.1177/2333721417740190
- Кэррилизм. Глоссарий. URL: <https://medpsy.world/2018/08/29/%D0%BA%D1%8D%D1%80%D1%80%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC/>  
Carrillism. Glossary. URL: <https://medpsy.world/2018/08/29/%D0%BA%D1%8D%D1%80%D1%80%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC/>
- Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland J. Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioural Science.* 1956;1:251-4.
- Harrington A. The fall of the schizophrenogenic mother. *Lancet.* 2012;7:379(9823):1292-3. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60546-7
- Johnston J. The ghost of the schizophrenogenic mother. *Virtual Mentor.* 2013;15(9):801-5. DOI: 10.1001/virtualmentor.2013.15.9.opedi-1309
- Мрыхина В.В., Солдаткин В.А., Мрыхин В.В. и др. Матери больных шизофренией: медицинские и психологические аспекты проблемы. *Медицинский вестник Юга России.* 2019;10(3):6-17. DOI: 10.21886/2219-8075-2019-10-3-6-17  
Mryhina VV, Soldatkin VA, Mryhin VV, et al. Mothers of schizophrenic patients: medical and psychological aspects of the problem. *Medical Bulletin of the South of Russia.* 2019;10(3):6-17. DOI: 10.21886/2219-8075-2019-10-3-6-17 (in Russian).
- Angermeyer M. Twenty years double bind: attempt at a critical review. *Psychiatr Prax.* 1978;5(2):106-17.
- Blizard RA. The role of double binds, reality-testing and chronic relational trauma in the genesis and treatment of borderline personality disorder. In: A Moskowitz, I Schäfer, MJ Dorahy (eds). *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology.* Wiley, 2008:295-306. DOI: 10.1002/9780470699652.ch21
- Cone DH. Double-Think, Double-Binds and the Secret History of Borderline Personality Disorder. *Brit J Psychother.* 2020;36:294-302. DOI: 10.1111/bjpp.12521"10.1111/bjpp.12521
- Пугачева Е.Ю., Березин С.В. Концептуальная условность и нелинейность идеи двойных посланий. *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования.* 2024;13(4A):49-58.  
Pugacheva E.Yu., Berezin S.V. Conceptual conventionality and nonlinearity of the idea of double messages. *Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches.* 2024;13(4A):49-58 (in Russian).
- Smith EK. Effect of the double-bind communication on the anxiety level of normals. *J Abnormal Psychol.* 1976;85(4):356-63. DOI: 10.1037/0021-843X.85.4.356
- Srinivas R. Kafka Trap and Paradoxical Communication in Personality and Character Disorders. URL: <https://srinivasaiims.com/kafka-trap-and-paradoxical-communication-in-personality-and-character-disorders/>

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Менделевич Владимир Давыдович** – д-р мед. наук, проф., зав. каф. психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет». E-mail: mendelevich\_vl@mail.ru

**Коновалова Вероника Николаевна** – ассистент каф. психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет». E-mail: veronikaveronika.3103@mail.ru

**Нестерина Мария Кирилловна** – ординатор каф. психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет». E-mail: mari.nesterina@mail.ru

Поступила в редакцию: 29.01.2025

Поступила после рецензирования: 05.02.2025

Принята к публикации: 06.02.2025

#### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Vladimir D. Mendelevich** – Dr Sci. (Med.), Prof., Kazan State Medical University. E-mail: mendelevich\_vl@mail.ru

**Veronika N. Konovalova** – Assistant, Kazan State Medical University. E-mail: veronikaveronika.3103@mail.ru

**Maria K. Nesterina** – Clinical Resident, Kazan State Medical University. E-mail: mendelevich\_vl@mail.ru

Received: 29.01.2025

Revised: 05.02.2025

Accepted: 06.02.2025