

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ГОУ ВПО НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Новосибирский медицинский университет

Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева

Номо Postmodernus
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В
ПОСТМОДЕРНИСТСКОМ МИРЕ

Новосибирск 2009

УДК 159.923

ББК 88.37

Д 534

Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.

Номо Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире:- Монография/ Ц.П.Короленко Ц.П., Н.В.Дмитриева. – Новосибирск: Изд.НГПУ, 2009.-248с.

ISBN 978-5-85921-721-2

Предлагаемая вниманию читателя книга является **первым в России руководством по постсовременной психиатрии и психологии**. Авторы рассматривают психологические и психические нарушения нового века и их психотерапию как с биомедицинских, так и психологических, социальных и культуральных позиций. В книге излагаются данные о новых, не выделяемых в прошлом формах психических нарушений и их теневых синдромах, дается их классификация.

Впервые описанные варианты проявлений **повреждающей психической организации** свойственны не только лицам с психическими расстройствами, но и психически здоровым людям и в большинстве случаев являются реакцией на неразрешенные внутри/межличностные конфликты и трудные жизненные ситуации.

Использование в практической деятельности **психодинамических механизмов** психических дисфункций и **психологических портретов** лиц, страдающих этими нарушениями, позволит расширить горизонты их диагностики специалистам, склонным видеть патологию в любом варианте поведения.

Современный человек, находящийся под влиянием постоянных стрессовых ситуаций, вынужден ориентироваться только на себя, на свои внутренние ресурсы. Книга предназначена не только для усовершенствования знаний психологов, психиатров, педагогов и социальных работников, но и для самопознания любого человека.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	6
I. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОСТМОДЕРНИСТСКОГО ОБЩЕСТВА И ЕГО ОТЛИЧИЯ ОТ ТРАДИЦИОННОГО И СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА.....	10
II. ПОВРЕЖДАЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ.....	25
2.1.Нарушения аттачмента.....	25
2.2.Эмоциональная недостаточность (Дефицит седьмого чувства и отсутствие эмпатии).....	30
2.3.Синдром избегания.....	37
2.4.Импульсивность.....	57
2.5. Повреждающая дисфункция возбуждения..	58
III. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ В ПОСТМОДЕРНИСТСКОМ ОБЩЕСТВЕ	
3.1.Повреждающие психические организации:	
3.1.1.Обсессивно-компульсивная.....	63
3.1.2.Пограничная	79
3.1.3.Параноидная	91
3.2. Самоповреждающее поведение.....	102
3.3.Нарушения идентичности.Диссоциогенная идентичность	115
3.4. Антисоциальное личностное расстройство (теневая форма) и нарушение поведения.....	139

3.5.Нарушение дефицита внимания с гиперактивностью	149
3.6.Синдром Мюнхаузена прокси.....	159
3.7.Пищевые расстройства: нервная анорексия, булимия.....	171
IV. ПОСТМОДЕРНИСТСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ	196

HOMO POSTMODERNUS . MENTAL DISORDERS IN the POSTMODERN WORLD

Introduction

I. General characteristics of the postmodern society and its differences from the traits of the traditional and modern society

II.Harmful mental dysfunctions

- 1.attachment's disorder
- 2.emotional insufficiency
- 3.avoidance
- 4.impulsivity
- 5.need of excitement

III.Mental disorders prevalent in the postmodern society:

1. harmful dysfunctional mental organizations:
 - a. obsessive-compulsive
 - b. borderline
 - c. paranoid
2. Self-harm behavior
3. Identity disorders
4. Antisocial personality disorder
5. Munchausen syndrome by proxy
6. Eating disorders

Introduction

Postmodern culture creates the prepositions to the development of various mental disorders through the blocking the conditions necessary for the normal psychobiological growth from the earliest infancy and during the later life's periods.

The significance of the healthy parent-child relationships, especially, mother-child relationships in infancy for the decrease of the possibility of the appearance of mental pathology was demonstrated and analyzed in the works of M.Klein, Fairbairn, Winnicott, Kohut a. oth. specialists in the field of object-relation psychology and psychoanalysis.

Postmodern culture objectively intervenes in the process of the child-rearing through the transfer its main traits and approaches on the parents' mentality and activity damaging this way the psychological growth, inflicting serious harm for the development of basic trust, intimacy and competence as necessary building blocks of integrity in the critical development periods.

The acceleration of social processes and "no time" chronophagic syndrome are especially destructive in this context.

Mother's contacts and communications with her children (infants) are usually deficient since her overburdening with problems at the work place and home, the presence of the constant emotional tension, the signs of chronic fatigue, exhaustion, and development of severe negative emotional reactions and states (anxiety, rage, social phobia, depression).

Most of these conditions are very typical even for formally normal and non abusive two parents families without serious interpersonal conflicts. Even in these families Infants and children don't receive the necessary emotional feedback and support from the parents, suffer chronically from the feeling of the abandonment and deprivation.

These factors lead to the delay of the formation of cohesive identity. The children and the adolescents with non cohesive identity (identity diffusion) are precipitated to the development of mental disorders that are basically linked with the preservation of ego splitting and the absence of the personality wholeness.

These disorders clinically include, first of all, the non-adaptive behavioral styles which appear on the base of harmful dysfunctional mental organization. Among them it is possible to reveal identity disorders, self-harm behavior and suicides, factitious disorders, the development of various, including the new ones, forms of addiction, as an attempt of an escape from the feeling of an emptiness and existential terror.

The occurrence of conduct disorder and antisocial behavior became a growing tendency and is connected psychologically with the weakness of the superego, the absence of the self-discipline and willpower capable of resisting the seduction of temptation.

The undeveloped spirituality and the deficit of compassion are significant factors in this process. Feelings of guilt and fear are not registered in these persons, and they do not show the signs of real remorse or even regret over their wrongdoing.

Some of above mentioned disorders were already known in the past and were included gradually in the classification systems (DSM-III, 1980 ; DSM-III-R; 1982 DSM-IV, 1992; DSM-IV-TR, 2000). Others of them were included in the NOS category. In the postmodern society, in contrast to the traditional and modern societies, the evident tendency to the increase of these forms of disorders, and the appearance of the new ones, often not recognized before disorders, is observed.

The new challenge to the problem of mental health in the postmodern society consists in the presence of the increasing number of persons with mental problems that although are not sufficiently expressed to be classified as “mental disorder” formally, nevertheless, lead to the personal crises, interpersonal conflicts, and serious adjustment difficulties. This sort of disorders can be better not called by the term of “disorder”, but by the term the “ harmful mental dysfunction”, or the “shadow symptoms” (Ratey, Johnson, 1998), since these terms help, at least, to avoid the psychiatric stigmatization of many persons with psychological problems who objectively need the emotional and professional support. In general these persons present the traits of distorted mental organization, and the term the “harmful mental organization” is proposed to be coined.

The presence of the harmful mental organization precipitates the development of some non-adaptive styles of behavior, such as obsessive-compulsive, borderline, paranoid, histrionic. The persons with these life styles provoke usually interpersonal tension, produce conflicts among their relatives, friends, and coworkers. Most of them need a qualified psychological, psychotherapeutic, and in some cases (predominantly oriented on object-relation approach) psychoanalytical intervention. Unfortunately, as a matter of fact, they do not have, as yet, the real possibility to be oriented on the help of traditional psychiatry, since its practices are directed mainly on the treatment of the severe classical mental illnesses and disorders.

The same situation often appears in the field of the self-harm, suicidal, antisocial behavior. It concerns as well the cases of eating disorders, nonchemical addictions, especially pathological gambling, workaholism, internet and sexual addictions.

The postmodern culture in this context is a good time for the birth of new psychiatry – “postpsychiatry” (Bradley. 2006) founded on the ideas of humanism and social science.

We hope that the information presented can be useful for psychologists, psychoanalysts, as well as psychiatrists who had no possibility to receive these data in the process of studying psychiatry in medical academies and universities.

The book can be also interesting for reflexive persons struggling with the problem of the adjustment and survival in the postmodern society in the face of general public desensitization, when the sense of right and wrong within individual is frequently lost.

It can concern families and persons who don't express formal antisocial traits, live normal life, but can not be deeply affected and concerned about the well-being of others. These individuals do not exhibit the feelings of sympathy and compassion when others human beings, even who are close to them, seriously suffer.

For many people problem of self-control become very important. They must resist the improper or excessive desires, to judge what to choice under the concrete

circumstances , and act accordingly even when a temptation to do otherwise is so extremely strong.

The information presented in the book, possibly, induce the motivation to develop an ability to safeguard own integrity, to separate itself from the negative influences, to turn from everyday superficial troubles, from the “maddening imbecilities of the inanimate things”, to own as yet unrealized potentialities and “then encounter oneself” in the process of the disclose of the authentic self (Blackham, 1965).

References.

Blackham, H. Ed. (1965) Reality, Man and Existence : Essential Works of Existentialism. New York. Bantam Books.

Bradley, L. (2006) Moving Beyond Prozac. DSM and New Psychiatry. Ann Arbor. Michigan University Press.

Ratey, J., Johnson, C. (1998) Shadow Syndromes. New York. Bantam Books

ВВЕДЕНИЕ

Постсовременная культура создает предпосылки для развития различных психических нарушений, негативно влияя на условия нормального развития личности, начиная с младенческого периода и в течение всей последующей жизни. Одним из таких условий являются родительско –детские отношения.

Значение здоровых родительско-детских, и особенно материнско-детских отношений в младенческом возрасте для профилактики психических патологий анализируется в работах М. Klein, Fairbairn, Winnicott, Kohut и других специалистов в области психологии и психоанализа сэлф-объектных отношений. Постсовременная культура активно внедряется в процесс воспитания ребенка, перенося свойственные ей черты и подходы на ментальность и активность родителей. Овладение психики родителей структурами и динамикой постмодернизма создает реальную угрозу деформации психического развития ребенка, вызывая задержку формирования основного доверия, чувства вины и сострадания как необходимых базисных компонентов спаянной идентичности в критические периоды развития.

Общая акселерация социальных процессов и появление синдрома “отсутствия времени” оказываются особенно деструктивными. Современные родители испытывают нехватку времени для общения со своими детьми. Дефицитарность контактов матери и ребенка в постсовременной культуре обусловлена чрезмерной загруженностью матери производственными, домашними и личными проблемами, приводящими к хроническому эмоциональному напряжению, усталости, психофизическому истощению, частому возникновению таких отрицательных эмоциональных состояний, как тревога, ярость, депрессия, социальная фобия.

Большинство этих состояний ежедневно возникает даже в формально благополучных полных семьях, не имеющих ни серьезных межличностных конфликтов, ни случаев насилия над детьми. Младенцы и дети, лишенные

психобиологически необходимой связи с родителями, страдают от хронического чувства покидания и депривации. Эти факторы приводят к задержке формирования когезивной (спаянной) идентичности.

Дети и подростки с неспаянной диффузной идентичностью предрасположены к развитию психических расстройств, основой которых является расщепление эго и отсутствие психической целостности. К таким расстройствам, прежде всего, относятся: дезадаптивные стили поведения, возникающие на основе повреждающей дисфункциональной психической организации; нарушения идентичности; самоповреждающее и суицидальное поведение; факциозные расстройства; различные, в том числе и новые, не зарегистрированные ранее формы аддикций - попытки бегства от чувства пустоты и экзистенциального ужаса. Нарушения Поведения (conduct disorder) и антисоциальное поведение имеют печальную тенденцию к росту. Причинами их возникновения являются слабость суперэго, отсутствие самодисциплины, силы воли, духовности и сострадания – факторов, обеспечивающих сопротивление многочисленным соблазнам получения кратковременного поверхностного удовольствия в постсовременной культуре.

Одни из вышеназванных нарушений были известны в прошлом и постепенно включались в классификационные системы, например, DSM-III (1980), DSM-III-R (1982), DSM-IV (1992), DSM-IV-TR (2000), другие отсутствовали в классификаторах или относились к категории NOS (Без Дальнейшего Уточнения).

В постмодернистском обществе, в противоположность предшествующим ему традиционному и современному, наблюдается отчетливая тенденция к учащению ранее редко встречающихся нарушений, наряду с появлением новых, не выделяемых в прошлом форм.

Серьезным вызовом проблеме психического здоровья в постсовременном обществе является увеличение количества лиц, индивидуально-психологические особенности которых, хотя и не настолько выражены, чтобы формально определяться термином “психическое

расстройство”, но, тем не менее, предрасполагают к возникновению межличностных конфликтов, кризисов и адаптационных затруднений. Этот вид нарушений иногда называют “теньевыми синдромами” (Ratey, Johnson, 1998) или “повреждающими психическими дисфункциями”. Позитивность использования этих терминов заключается в возможности избежать психиатрической стигматизации.

Поскольку данную категорию лиц объединяют особенности, присущие нарушенной общей организации психики, для их определения мы предлагаем использовать термин **“повреждающая психическая организация”**.

Повреждающая психическая организация предрасполагает к формированию различных дезадаптивных стилей поведения, в том числе обсессивно-компульсивного, пограничного, параноидного, гистрионического. Большинство лиц с повреждающей психической организацией нуждается в квалифицированной психологической и психотерапевтической поддержке, а в некоторых случаях в психоаналитической терапии, преимущественно ориентированной на теорию и практику анализа сэлф-объектных отношений.

До настоящего времени у носителей таких нарушений отсутствует реальная возможность получения помощи в рамках традиционной психиатрии, так как последняя преимущественно ориентирована на диагностику и лечение расстройств психотического уровня.

В такой же ситуации оказываются многочисленные пациенты/пациентки с самоповреждающим, суицидальным, поведением, пищевыми расстройствами, лица, страдающие патологическим гэмблингом, виртуальной и сексуальной аддикциями.

К сожалению, до сих пор не разработаны сколько-нибудь эффективные подходы к коррекции аморальных социопатических индивидуумов, отвергающих общепринятые моральные и этические стандарты поведения, не испытывающие чувства вины, раскаяния и сопереживания. В особую категорию входят лица, умеющие внешне не проявлять антисоциальность,

виртуозно маскировать ее, используя многообразные приспособленческие приемы социальной демагогии.

Содержащаяся в книге информация безусловно полезна для психологов, социальных работников, педагогов, психотерапевтов, психоаналитиков, а также психиатров, которые не имели возможности ознакомиться с приведенными данными в процессе обучения в высших учебных заведениях.

Книга представляет интерес для рефлексирующих, склонных к самоанализу лиц, сталкивающихся с повседневной необходимостью успешно и качественно функционировать в сложных условиях постмодернистского общества, следствием жизни в котором является социальная десенситизация - утрата ощущения правильности и неправильности, приемлемости и неприемлемости происходящего.

Постсовременная культура – это время для рождения новой психиатрии – “постпсихиатрии” (Bradley, 2006), основывающейся на идеях гуманизма и социальных наук.

Предлагаемая читателю монография является первым в России введением в постсовременную психиатрию, оперирующую в рамках не только биомедицинской, но и прежде всего психологической, социальной и культуральной парадигм.

ЛИТЕРАТУРА

Bradley, L. (2006) *Moving Beyond Prozac. DSM and New Psychiatry* .

Blackham, H. (1965) Ed. *Reality, Man and Experience: Essential Works of Existentialism*. New York. Bantam Books .

Ratey, J., Johnson, C. (1998) *Shadow Syndromes*. New York . Bantam Books.

I. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОСТМОДЕРНИСТСКОГО ОБЩЕСТВА И ЕГО ОТЛИЧИЯ ОТ ТРАДИЦИОННОГО И СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Термины “постмодернистское общество” и “постмодернистская культура” в последние десятилетия все чаще встречаются в литературе по социологии, транскультуральной психологии и психиатрии. Они отражают специфику новых явлений и процессов, происходящих в конце 20-го и начале 21-го века, прежде всего, в наиболее развитых странах. Постмодернистская культуральная модель, являясь продуктом модернистского общества, сосуществует с ним, проявляя тенденцию к более или менее быстрому дальнейшему распространению. В разных регионах мира, в том числе и в сегодняшней России, обнаруживается мозаичность сочетания традиционной, модернистской и постмодернистской культур. Постмодернистская культура в современной России получает наибольшее развитие в крупных городах, метрополиях, зонах интенсивного промышленного роста. Для лучшего понимания особенностей постмодернистской культуры целесообразно остановиться на основных чертах предшествующих ей культур – традиционной и модернистской.

Присущая традиционной культуре патриархальность не только препятствует естественному развитию, но и является несовместимой с темпом изменений, имеющих место в высокоразвитых регионах. Ее относительно длительная стабильность во времени во многом обусловлена особенностями политических систем, искусственно сдерживающих спонтанно происходящие процессы.

Так, например, традиционная культура в СССР (бывший СССР, несмотря на специфику коммунистического режима, сохранял многие элементы унаследованной им от Российской империи традиционной культуры) характеризовалась сравнительно медленными изменениями в различных сферах жизни. Все события того периода происходили постепенно

и плавно, с многочисленными периодическими задержками, зависанием, стагнацией экономических и социальных процессов. Традиционному обществу типичны сильные связи как внутри ядерной семьи, так и между членами большой, расширенной семьи, включая весь родственный клан. Традиционная культура консервативна. Географическая подвижность ее членов ограничена. Люди очень привязаны к месту жительства, работы. В условиях СССР в течение длительного периода существовал закон принудительного распределения выпускников высших и специальных средних учебных заведений. Увольнения и переход на другую работу по собственному желанию без разрешения администрации были запрещены. Люди, работающие в сельском хозяйстве (колхозы, совхозы) не имели паспортов, что лишало их возможности переезда в город или на другую территорию. Фактически за железным занавесом, камуфлированным лицемерными демагогическими лозунгами о свободе и “вольном дыхании”, существовали элементы восстановленного крепостного права, отмененного в России в 1862 г.

Люди в традиционном обществе поддерживали тесные отношения как внутри ядерной семьи, так и с членами своего родственного клана, входящими в состав расширенной семьи. Создание эмоционально теплых отношений с соседями и друзьями обуславливалось традицией и жизненной необходимостью во взаимной поддержке. В то же время эти отношения далеко не всегда включали достаточную интимность и эмпатию. Традиционное общество было социально стратифицированным, подчинялось строгой регламентации и порядку, в котором каждый знал свое место. Любовь, проявления душевной заботы между родителями и детьми и между супругами ограничивались социальной дистанцией между поколениями и полами. В 18-19 веках 7-8 - летние дети считались “маленькими взрослыми” и часто отсылались в другие семьи в качестве прислуги или в школьные интернаты. Заключение брака и рождение детей основывалось, прежде всего, на экономическом принципе и законе, согласно которому мужа, в отличие от жен, имели почти неограниченные права. Жены находились в подчиненном

положении. Такое положение санкционировалось не только законами, но и религией, а также принятыми в обществе нормами. Церковь в традиционном обществе ограничивала сексуальность, разрешая сексуальные отношения только в браке с целью продолжения рода, мотив получения удовольствия исключался.

В модернистском обществе значение интимности и эмпатии в межличностных отношениях, особенно внутри ядерной семьи, между супругами, родителями и детьми возрастает. Семейная среда становится изолированной, во многом приватной крепостью, защищенной от внешних вмешательств посторонних структур, в том числе государственных и религиозных институций. В благополучных обеспеченных семьях среднего класса создаются хорошие условия для прогрессивного воспитания и обучения детей, приобретения ими разносторонних знаний в обстановке родительской любви и заботы. В целом индивидуум модернистского общества имеет реальные шансы выхода из системы ограничений и запретов традиционной культуры.

Cherlin (1992) констатирует, что семейные ценности в 1950-х годах содержали в себе более чем достаточное количество элементов культуры индивидуализма, называемого автором “индивидуалистским этосом”. Последний набирал силу на Западе со времени возникновения коммерческого капитализма. Люди с нарастающей интенсивностью искали смысл жизни в самореализации и интимности. Эти процессы происходили в рамках изолированной ядерной семьи, состоящей только из родителей и детей. С середины 1960-х годов поиск путей самореализации стал приобретать все более индивидуалистический характер, несмотря на то, что зачастую это приводило к распаду семьи.

Британский антрополог Marilyn Strathorn (1992) обращает внимание на изменение содержания самого понятия “индивидуализм” в процессе перехода к постмодернистской культуре. Для модернистского общества, по мнению автора, характерна тенденция, присущая не только представителям

английского среднего класса, но и общая для евро-американской цивилизации. Эта тенденция проявляется в стремлении каждого нового поколения быть более индивидуалистическим, чем предшествующее, в желании родителей видеть своих детей более индивидуальными, чем были они. В сознании англичан в ходе спирального развития сформировался гипериндивидуализм, характеризующийся потерей чувства индивидуального отношения и ответственности по отношению к другим. Индивидуум утратил не только часть необходимых для успешной социализации экстериоризированных черт личности. В нем начали происходить внутренние изменения, приводящие к деформации его отношений с обществом.

Модернистская концепция воспитания детей предполагает наличие у родителей чувства ответственности за формирование характера ребенка. К сожалению, в реальности дети часто лишаются родительского контроля. Они очень рано осознают свои права, их поведение далеко не всегда соответствует общепринятым нормам и правилам, становится агрессивным, бескомпромиссным. Дети не всегда понимают отрицательные последствия своих действий. Прививаемые ребенку чувства, самооценка его социального «Я» и оценка своих родителей, в особенности матери, хотя и делается не всегда правильно, но воспринимается им как зрелая и соответствующая истине. Это, с точки зрения Harris (1983), опасно и “напоминает вручение заряженного револьвера в руки ребенка пятилетнего возраста”. Автор полагает, что родительское, и в особенности, материнское чувство ответственности за формирующийся характер детей превышает возможности родителей и детей и наносит как тем, так и другим, серьезное психологическое повреждение. Если лица, осуществляющие первичную заботу о детях, воспринимают особенности их характера как оценку своей собственной компетентности, то тем самым они ввергают себя в состояние парализующего сомнения в последней.

Известный европейский социолог Zygmunt Bauman (1997) отмечает, что модернистская культура уже содержит в себе элементы постмодернизма,

которые легко развиваются на ее почве. К ним автор относит два ключевых компонента: капитализм и изолированный индивидуум. Капитализм господствует во всем мире и объединяет его, а люди, живущие в таких условиях, чувствуют себя в них изолированными и чужими, оставаясь наедине со своим эго. Таким образом, в то время, как мир объединяется и унифицируется в связи с универсальным влиянием капитализма, сфера взаимопонимания и межличностной эмпатии сжимается как шагреновая кожа до размеров одного индивидуума. Человек становится чужим среди чужих для него других.

Центральное место в постмодернистской культуре занимает шопинг (покупки). Постмодернистская культура является, прежде всего, культурой потребления. Шопинг имеет в ней особый психологический смысл, становится способом самоопределения. Шопинг бросает вызов осознанию идентичности, предлагая приобрести новую идентичность “человека-потребителя”. Основными психосоциальными факторами формирования идентичности личности модернистской культуры являлись работа, профессиональная деятельность, социальные связи и функционирование в обществе. И, если девиз модернистской культуры звучал как “ Я идентифицирую себя с тем, что я делаю”, то девиз постмодернистской культуры провозглашается как “ Я идентифицирую себя с тем, что я покупаю”. В постмодернистском обществе специалисты по рекламе с помощью средств массовой информации обучают человека с раннего детства думать именно таким образом.

Постсовременный мир эпизодичен, непостоянен, условен и случаен. То, что сегодня принято считать безусловно “правильным“, завтра может оказаться “неправильным”. Постмодернистской культуре свойственны онтологическая неуверенность, исчезновение критериев правильности общепринятых систем ценностей, положений, мнений, стратегий поведения, принятия решений. Психологическое содержание значений, декларируемых истин, правил, положений, регламентированных активностей оказывается неполным, незавершенным, двойственным. Сущность этих феноменов

изменяется уже с начала их возникновения и тем более применения в реальной жизни.

Происходящее неизбежно приводит человека к отчуждению, изоляции, возникновению экзистенциального страха аннигиляции, отсутствия существования, состояния, названного известным польским писателем Гомбровичем “паникой на фоне обломков”. В таком состоянии на сознательном и бессознательном уровнях появляется желание почувствовать себя хоть в какой-то степени и хотя бы временно внутренне интегрированным, спаянным, целостным. Это чувство находит выражение в стремлении испытать безответственное возбуждение и особую радость, становясь членом, частичкой толпы. Сливаясь с толпой, человек «присоединяется» к общему для всех ее членов коллективному бессознательному, что коренным образом изменяет субъективное восприятие себя, своего эго. Слабое фрагментированное эго временно насыщается энергией коллективного бессознательного, что сопровождается психическим подъемом, ощущением необычных возможностей, силы, единения с другими членами толпы. Образ такой толпы может иногда появляться в качестве воображаемого объекта, приводя в целом к аналогичному психологическому состоянию ощущения ослабления чувства одиночества, большей уверенности в себе, заполнения внутренней пустоты. Отсюда стремление к идентификации с командой, группой, какой-нибудь общей темой, общим интересом. Общественные структуры, создаваемые в постмодернистской культуре, часто объединяются на базе позитивных намерений. В них ищут стабильности, тепла, уверенности, возможности приобщиться к гуманистическим ценностям. К сожалению, подобные проявления социофилии в постмодернистском обществе обычно кратковременны, так как не имеют под собой сколько-нибудь глубоких корней, кроме изначального стремления к объединению. В случаях наличия у членов таких объединений экстремистских, фанатических идей и установок, возможно возникновение социально опасных активностей. В более мягком варианте встречаются нетерпимость к лицам, не входящим в группу,

всевозможные предубеждения, утрированная традиционность, неприемлемость каких бы то ни было оппозиционных взглядов.

Член постмодернистского общества практически чужд большинству людей, с которыми ему приходится встречаться. В модернистском обществе “чуждость” определялась указаниями “сверху” центральными авторитетами. Чужой в постмодернистском социуме это, с одной стороны, незнакомый сосед, а, с другой, – не совсем незнакомый человек. Чужим свойственны характеристики первого и второго вариантов. Чужие подобны соседям, и, в то же время, остаются непонятными и недоступными для понимания.

Человек постмодернистского общества сталкивается с объективным фактом изменения роли языка. В существующих до этого прежних социальных формациях язык использовался как средство непосредственного контакта с окружающим миром, в том числе как средство его описания. В постмодернистской культуре язык становится средством самого формирования мира. Человек постсовременного мира пользуется языком, выполняющим функцию поддержки самоопределения, помогая ответить на вопрос: кем и чем он/она является.

Индивидуум в постмодернистском обществе не просто фрагментарен. Фрагменты его психики нагружены огромным количеством сознательных и бессознательных значений. Социальная перенасыщенность личности сочетается с фрагментарностью, отдельные фрагменты (субличности) выражают различные, часто противоположные по смыслу и содержанию состояния и используют разный язык. Все это приводит к множеству не связанных друг с другом инкогерентных отношений (конфликтов между субличностями).

По мнению Gergen (1990), постмодернистскому миру важно хотя бы в какой-то мере быть стабильным и постоянным, поскольку само общество не позволяет опереться на него как на структуру, поддерживающую любое постоянство и последовательность.

Среди факторов постмодернизма особенное значение имеют следующие (Anderson, 1992): (1) чрезвычайная мобильность населения; (2) культуральный плюрализм; (3) мобильность символов; (4) культуральные изменения.

Как известно, в традиционном, а в определенной степени и в модернистском обществе, миграция населения была или девиацией или явлением нетипичным. В постмодернистском обществе миграция является нормой. Передвижение происходит в различных направлениях. Люди переселяются из сельской местности в города, из одного региона в другой, из одной страны в другую. Причины миграции различны. Люди меняют место жительства, надеясь на улучшение финансового положения, получение лучших возможностей для обучения, профессионального роста, спасение от дискриминации, обеспечение более безопасной и перспективной жизни своим детям.

Процесс глобализации в постсовременных обществах приводит к тому, что многие регионы, характеризующиеся ранее культуральной и этнической гомогенностью, становятся космополитичными, включают в свою структуру целые районы, населенные мигрантами из других культур и этносов.

Новые слова, непривычные выражения, зрительные образы заполняют окружающее пространство. Ранее неизвестные сигналы, знаки и символы транслируются по телевидению, радио, интернету, постоянно «бросаются» в глаза, встречаясь в рекламных щитах, вывесках фирм, банков, супермаркетов. Из материала этих символов формируется психическая реальность постсовременного человека.

Рост социального релятивизма делает человека постсовременной культуры все более восприимчивым к усвоению новых ценностей в различных сферах повседневной жизни. Это относится, в частности, к появлению новых речевых оборотов, изменению привычного традиционного диетического режима, введения новых ритуалов, традиций и праздников.

Постмодернистское общество характеризуется отчетливой дегуманизацией. Montagu и Matson (1983) называют этот феномен “Пятым

Всадником Апокалипсиса”, который хоть и непосредственно не убивает, и не причиняет видимого физического вреда, но потенциал и размеры вызываемого им разрушения человеческой психики превышают разрушения, вызванные войной или эпидемией. Их, с точки зрения авторов, просто невозможно оценить.

Одним из феноменов постмодернистского социума является потеря злом своего прежнего обличья. Внешне оно не выглядит как зло потому, что не проявляется признаками, на основании которых люди привыкли распознавать его как таковое. Зло “теряет рога” и другие внешние “дьявольские” атрибуты. Надевая маску банальности, оно выглядит как привычная повседневность. Обыденность зла является ужасом постсовременности, так как порождает качественно новую форму преступлений, совершаемых людьми, часто неосознающими и неощущающими преступности и античеловечности совершаемых ими деяний. Важно подчеркнуть, что новые проявления зла не являются маской, поскольку, если, по мнению такого человека, ему нечего скрывать, и совершенный им грех не осознается, а чувства вины и стыда отсутствуют, маска не нужна (Yablonsky, 1962).

Зло в постмодернистской культуре незаметно приобрело даже другое звучание, оно лишилось свойственных ему ранее зловещих интонаций. Носители зла стали говорить негромкими, монотонными, неэмоциональными голосами, которые можно сравнить с тональностью звукозаписывающих устройств, сообщающих сводки погоды или какую-либо коммерческую информацию. Вышеперечисленные особенности тембра и тона голоса злящихся личностей не случайны, они отражают отсутствие у них седьмого чувства, отсутствие эссенциальной эмоциональной привязанности к людям, событиям, ситуациям, того, что в психологии принято называть аттачментом. К особенностям вербальных проявлений зла в постсовременной культуре относится также своеобразная безжизненность нарратива, наблюдаемая во время диалогов. Эта безжизненность не связана с содержанием повествования,

она затрагивает не только нейтральные “скучные” темы, но и эмоционально окрашенные сюжеты, рассказываемые безучастно, вяло и педантично.

Анализ психологического портрета человека постсовременного общества выявляет ряд особенностей, к которым, прежде всего, относятся фрагментарность психики, диффузная (диссоциогенная) идентичность, специфическая эмоциональная недостаточность, препятствующая формированию эмоциональной привязанности. Фактически происходит дегуманизация человека, который лишается основных человеческих качеств, превращаясь в гибрид человека и машины.

Особенности, присущие постсовременному обществу, создают объективные условия для возникновения различных психологических и психических нарушений. Речь идет, с одной стороны, об увеличении количества некоторых ранее диагностируемых расстройств, с другой, – о появлении **не входящих в классификаторы (DSM – IV, ICD -10) нарушений**. К последним относятся, в частности, “приносящие вред дисфункции”, теньевые синдромы, личностные нарушения у детей и подростков, нарушения дефицита внимания, феномен “нормотической личности”, синдром выгорания, синдром недостаточности аттачмента, диссоциогенная идентичность и др.

Феномен хронической нехватки времени приобретает в постсовременном социуме особое значение. Все чаще возникают и становятся естественными ситуации, когда люди, находящиеся в дружеских отношениях и симпатизирующие друг другу, обнаруживают, что у них нет времени собраться вместе по какому-то случаю, отметить какое-то событие, значимую дату, чей-то день рождения, праздник, просто провести вечер во взаимном общении. Не хватает времени для просмотра интересных фильмов, посещения выставок, чтения художественной литературы. Его не хватает даже для самого себя, для самоанализа своих мотиваций, целей, ценностей и способов их достижения. Нет времени разобраться в обстановке, в себе, избавиться от необходимости подчиняться навязываемым социумом неприемлемым

суггестиям, найти свой путь в жизни, научиться управлять своей жизнью и отношениями с окружающими. Феномен нехватки времени особенно деструктивен в случае его распространения на исполнение родителями, и, прежде всего, матерью функции психобиологически адекватного парентинга (родительства), что является в постмодернистской культуре главной причиной материнской депривации.

Известно, что в самом раннем периоде жизни нуждаемость младенца в симбиотических отношениях с матерью или другим человеком, осуществляющим заботу о нем, чрезвычайно велика. В нормальных условиях в последнем триместре беременности мать постепенно все в большей степени фиксируется на еще не родившемся ребенке, пренебрегая многими психосоциальными функциями, в том числе, в определенном смысле фактически отказываясь от своего прежнего я, от прежней идентичности. В этом периоде жизнь матери подчинена ребенку, удовлетворению его потребностей, что особенно выражено у эмпатической, интуитивной матери. Если мать недостаточно интуитивна, переживает состояние стресса, страдает каким-либо психическим нарушением, этого не происходит. Младенец не получает необходимого “обратного питания”, обратной связи, что нарушает его психическое развитие уже на этом раннем уровне развития.

Наличие симбиотических отношений с матерью необходимо для младенца и в течение первых месяцев после рождения. Выход из симбиоза и развитие сепаратности должны быть постепенными, плавными, не травмирующими ребенка. В противном случае психическое развитие ребенка и формирование его характера также блокируются. В целом, такое нарушение психобиологической связи можно диагностировать как “раннее отбрасывание” или “отказ”. Возникают условия для последующего развития ряда отклонений. Последние, очевидно, включают как формально диагностируемые психические расстройства непсихотического уровня, так и феномены, относящиеся к описанным в данной книге “повреждающим дисфункциям”

Различным культурам свойственны присущие им факторы риска возникновения определенных психических расстройств. Согласно существующей концепции, каждая культура создает свойственные ей особые формы психической патологии, которые в гипертрофированном, максимально заостренном виде выражают присущие данной культуре проявления. Постмодернистский сэлф, вызывающий особый интерес специалистов, диагностируется по-разному. Наиболее часто он квалифицируется как фрагментарный или мультифренический сэлф (Gergen, (1991), в других случаях как тревожный (Massumi.1993), нигилистический и депрессивный (Levin,1987), осциллирующий между ужасом и хронической скукой (Petro, 1993). В исследованиях Gottschalk (1989), Короленко, Дмитриевой (2007) описываются варианты антисоциального сэлфа.

По мнению Gottschalk (2000), использование столь разнообразных терминов отражает ситуацию постепенного исчезновения характерного для модернистской культуры понимания сэлфа как стабильной и незыблемой консервативной структуры с заменой последнего на оценку сэлфа как динамического процесса, проявляющегося множественными, часто противоречащими друг другу состояниями.

В постмодернистской культуре сэлф становится нарративным ресурсом, историей, которую мы, в зависимости от тех или иных обстоятельств, по-разному рассказываем друг другу.

Кардинальные изменения в обществе, произошедшие за последнее десятилетие, привели к переоценке значимости большинства фундаментальных ценностей. Человек в постмодернистском обществе не имеет точки отсчета в оценке критериев правильности или неправильности различных эстетических, социальных и личных ценностей.

Присущая постмодернистскому обществу тревога в быстром потоке непрерывных изменений приобретает другое, в сравнении с модернистским периодом, содержание. Феномен тревоги в постмодернистской культуре ассоциируется с неуверенностью, которая “пронизывает все аспекты

каждодневной социальной жизни, оказывая особенное влияние на чувство идентичности” (Baudrillard, 1993). Тревога в постмодернистском обществе является наиболее часто диагностируемым синдромом (Maguire, 1996; Pitchot, 2008). Pitchot подчеркивает, что в настоящее время тревога все чаще протекает без ремиссий, приобретает хронический характер и провоцирует возникновение таких осложнений, как аддикции и депрессивные состояния. По мнению Maguire, постмодернистская культура содержит в себе «резервуары травмы, гнева и страха, без которых странная «декорация» каждодневного бытия не может быть правильно понята».

Massumi (1993), анализируя особенности феномена тревоги в постсовременной культуре, приходит к выводу о том, что она:

- имеет трудно определяемый характер,
- не является такой острой, как паника,
- не имеет типичной для истерии локализации,
- не имеет определенной проекции, определенного содержания и

поэтому не является фобией.

Автор пишет, что “...это и не сама тревога как таковая. Она более расплывчата. Это страх низкого уровня, вид основной радиации, насыщающей существование”.

Повседневная тревога и страх низкого уровня стали “климатом повседневного ландшафта” (Gottschalk, 2000), в котором протекает вся жизнь постмодернистского человека.

Человек постсовременного общества все чаще испытывает чувство стыда, одной из причин которого являются бесплодные попытки реализации эмоционально значимых целей и идеалов.

Согласно концепции психологии сэлфа (Kohut, 1977), человек постсовременного общества фактически лишен возможности адекватно осуществлять три вида важнейших для жизни переноса: идеального, зеркального и двойникового. Это связано со свойственным современности отсутствием сколько-нибудь стабильных идеалов, относительностью

убеждений и верований, непостоянством или недостаточностью социальной поддержки и необходимостью удовлетворения потребности в принятии, признании и тем более в восхищении. Возникающая вследствие отсутствия этих недостаточностей слабость идентичности приводит к невозможности почувствовать свое экзистенциальное родство с другими людьми, что исключает осуществление длительного полноценного двойникового переноса.

Следующая особенность постсовременной культуры заключается в росте значимости средств массовой информации и центральном значении телевизионной коммуникации в жизни человека. По мнению Altheide (1995), сама культура воплотилась в своей форме и в своем содержании в средствах массовой информации. Бесконечная череда бессодержательных, не вызывающих особого зрительского интереса имиджей неизбежно вызывают чувство отстраненности и удаленности от всего происходящего на экранах. Длительное пребывание в виртуальной телевизионной реальности приводит к изменению переживания категорий времени и пространства. Стирание границ между реальностью и фантазией, между серьезностью и развлекательностью приводит к фрагментации и дезорганизации сознания и создает условия для развития психических нарушений с шизофреноподобной клинической картиной (Frosh, 1991).

Вышеизложенные факторы квалифицируются нами как условия развития свойственных постсовременной культуре отклонений, включающих в себя как формально диагностируемые психические расстройства непсихотического уровня, так и подробно **описанные в данной книге феномены “повреждающих психических дисфункций”**

ЛИТЕРАТУРА

Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии: Монография.- Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006.-448с.

Altheide, D. (1995) *The Ecology of Communication. Cultural Formats of Control* (1995) New York. Aldine De Gruiter.

Baudrillard, J. (1993) *The Transparency of Evil*. New York. Verso.

Frosh, S. (1991) *Identity; Crisis: Modernity, Psychoanalysis and the Self*. New York and London. Routledge.

Gergen, K. (1991) *The Saturated Self.: Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. New York. Basic Books.

Gottschalk, S. (1989) *From the Cheerful Robot to the Charming Manipulator*. In D. Fee (Ed.) (2000) *Pathology and Postmodern*. Thousand Oaks, California. SAGE.

Gottschalk, S. (2000) *Escape From Insanity: "Mental Disorder" in the Postmodern Moment*. In D. Fee (Ed.) *Pathology and Postmodern*. Thousand Oak, California. SAGE.

Kohut, H. (1977) *The Restoration of the Self*. New York. International Universities Press.

Levin, M. (1987) *Clinical Stories: A modern Self in the Fury of Being*. In M. Levin (Ed.) *Pathologies of the Modern Self: Postmodern Studies on the Narcissism, Schizophrenia and Depression*. New York. University Press: 479-530

Maguire, J. (1996) *The Tears Inside the Stone*. In S. Lasch, B. Szerszynski, B. Wynne (Eds.) *Risk, Environment and Modernity: Towards a New Ecology*. London and Thousand Oak, California. SAGE: 169-188.

Massumi, B. (1993) *Everywhere You Want To Be: Introduction To Fear*. In B. Massumi (Ed.) *The Politics of Every Day Fear*. Minneapolis. University of Minnesota Press: 3-37.

Petro, P. (1993) *AfterShock . Between Boredom and History*. *Discourse*, 16 (2): 77-100.

Pitchot, W. (2008) *Anxiety Disorders*. In *Highlights in Psychiatry. Highlights of the Major Congresses and Publication*. Abstract Book. Brussel, 22 November: 13.

II. ПОВРЕЖДАЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ

2.1.Нарушение аттачмента

Нарушение аттачмента (стойкой эмоциональной фиксации на объекте) является термином, лишь недавно используемым в качестве обозначения синдрома психических нарушений непсихотического уровня, точнее обозначения нарушений, относящихся к повреждающей дисфункции (“harmful dysfunction “). Нормальный аттачмент представляет собой врожденный драйв стремления к отношениям, поиску младенцем близости с матерью. На основе этой первичной близости формируются последующие межличностные отношения. Человек рождается и умирает в системе отношений. Симбиотические отношения необходимы для выживания младенца, они позволяют еще не созревшей лимбической системе младенца использовать функциональные возможности материнского мозга в процессах организации своего сэлфа. Нормальное развитие возможно при наличии интуитивной эмпатической матери, инстинктивно улавливающей невербализованные потребности младенца и адекватно реагирующей на них. Таким образом происходит стимуляция положительных эмоций и ограничение и регуляция отрицательных эмоций, например, таких, как страх и фрустрация. В психике ребенка формируется ощущение безопасности, преобладания чувства базисного доверия к окружающему миру.

Адекватный аттачмент в младенческом периоде обеспечивает нормальное психическое развитие ребенка в последующей жизни. На основе нормального аттачмента развивается способность к саморегуляции, к более ранним воспоминаниям и к отсутствию “белых пятен” в системе автобиографической памяти.

Нарушение аттачмента как повреждающая психическая дисфункция диагностируется в том случае, если последний по определенным причинам не

сформировался в достаточной степени в младенческом возрасте. Причинами этого могут быть некомпетентность родителей, как правило, матери, оставление младенца в течение слишком долгого времени в одиночестве без психобиологически необходимых для него симбиотических контактов с матерью или другим человеком, осуществляющим непосредственную заботу о нем. Психологическая несостоятельность, некомпетентность матери может быть обусловлена психическим нарушением, эмоциональным напряжением, особенностями характера (холодностью, отстраненностью), альтернирующим отношением к младенцу. Если аттачмент не был сформирован в первые семь месяцев жизни, возникает его нарушение, при котором дети, подростки и взрослые оказываются неспособными к развитию эмоциональных привязанностей к другим людям, к животным, каким-то ситуациям, объектам, явлениям. Основной особенностью носителя выраженного нарушения аттачмента является феномен “человека без привязанностей” с присущими ему особыми психологическими чертами.

В экстремальных случаях нарушение формирования аттачмента способно блокировать инстинкт выживания. Об этом свидетельствуют, в частности, примеры последствий суперстерильных условий, искусственно создававшихся в некоторых детских приютах США в 19-ом и начале 20-го века. К младенцам не прикасались вообще, считая, что таким образом можно исключить возможность занесения инфекции. В результате увеличилась детская смертность, а выжившие обнаруживали задержку психического развития со слабо выраженной мотивацией, без устанавливаемой органической причины.

Martha Stout (2005) анализирует последствия нарушения аттачмента у румынских детей, взятых на воспитание в 1990-е годы семьями США, Канады и стран Западной Европы. В 1989г. после падения коммунистической диктатуры Чаушеску достоянием общественности стали опубликованные фотографии находящихся в ужасающем состоянии маленьких детей из румынских приютов. В Румынии, которая в те времена была страной с очень

низким уровнем жизни, запрещались контроль рождаемости и аборты. Несколько сотен тысяч детей были брошены родителями. Около 100000 детей попали в государственные приюты. Об условиях жизни в этих учреждениях можно было судить уже по тому факту, что на 40 детей приходился лишь один человек из обслуживающего персонала. Господствовала антисанитария, скудного питания едва хватало для выживания, дети и младенцы психологически и социально игнорировались.

После того, как многие из них были усыновлены/удочерены Западными семьями, приемные родители в ряде зарегистрированных случаев столкнулись с серьезными проблемами отклоняющегося поведения у таких детей. Некоторых из них (в возрасте от 10-ти до 24-х месяцев) нельзя было утешить ничем. Они постоянно кричали и плакали. Попытки взять их на руки, укачать и приласкать только усиливали их негативные эмоциональные реакции.

Дети трех-пяти лет проявляли необычную жестокость по отношению к животным, агрессивность к другим детям, особенно в ситуациях, когда последние не могли защитить себя. Приемные родители встретились с состояниями апатии, нежеланием устанавливать эмоциональный и речевой контакт, сменявшиеся приступами ярости и агрессии по отношению к объектам и людям.

Stout приходит к заключению, что наблюдавшиеся у приемных детей нарушения поведения являлись следствием тотальной депривации аттачмента в младенческом возрасте.

Нарушение аттачмента несомненно изменяет поведение ребенка, что приводит к патологии психического развития, особенно в эмоциональной сфере. Дети с нарушением аттачмента характеризуются импульсивностью и эмоциональной холодностью, иногда совершают акты насилия по отношению к родителям, сверстникам, сиблингам, мучают, калечат и убивают животных. Они склонны к воровству, вандализму, поджогам. Эти тенденции сохраняются и в последующие возрастные периоды.

Особенностью детей с нарушением аттачмента является их способность производить на окружающих их взрослых, иногда и родителей, необычное пугающее впечатление. В выражении их лица, во взгляде присутствует что-то непривычное, несвойственное обычным детям. При обмене взглядами, они не проявляют признаков эмоциональной связи, смотрят, как бы насквозь, не видя объекта, на который направлен взгляд. Те, кто контактировал с такими детьми, вербализовали свои впечатления с использованием таких метафор, как “ледяное выражение глаз” или “ глаза рептилии ”.

Следует обратить внимание, что в подобных случаях мы встречаемся с личностью, психическая структура которой принципиально отличается от личностной структуры носителя Нарушения Поведения (conduct disorder), описываемого в DSM-IV-TR (2000). Несмотря на антисоциальность, дети с Нарушением Поведения способны производить положительное впечатление на людей, которые их недостаточно хорошо знают, вводя их таким образом в заблуждение. Дети же с нарушением аттачмента в этом варианте не только неспособны очаровать других даже на короткое время, но даже и не предпринимают подобных попыток. Их эмоциональный “репертуар” обеднен, эмоциональные реакции отчуждены, не реактивны, проявления любви, симпатии, сопереживания отсутствуют. Четко представлена тенденция к выражению прямой враждебности.

Более детальный анализ данной формы нарушения аттачмента дает возможность диагностировать наличие свойственных данному виду расстройств следующих важных психических функций:

(1) Способ самовосприятия, самоопределения, восприятия и оценки других людей и событий.

(2) Диапазон, лабильность и адекватность эмоциональных реакций.

(3) Особенности межличностного функционирования.

(4) Контроль над импульсивностью.

Восприятие окружающего мира значительно нарушено неконтролируемыми драйвами и незрелыми стремлениями к недостижимым

целям. Лица с нарушением аттачмента хотят получать по максимуму, ничего не отдавая взамен. Они стремятся к постоянному самовозбуждению посредством пассивного наблюдения или активной организации событий, вызывающих у обычных людей страх, ужас или отвращение. Испытываемое при этом состояние внутреннего возбуждения не сопровождается обычно сколько-нибудь выраженными внешними проявлениями. Во всяком случае, эти сглаженные рудиментарные формы внешнего эмоционального реагирования неадекватны реакциям обычных людей. Например, при виде боли и страданий на их лицах появляется саркастическая улыбка, презрительная гримаса или отсутствующе мечтательное выражение.

Индивидуально-психологические особенности их личности противоречат базисным характеристикам человеческого существа – социальной природе, необходимости установления постоянных отношений, взаимодействий с другими людьми.

Людам с этой формой нарушения аттачмента не свойственно также стремление к поиску контакта с чем-то большим, чем собственное «Я», к связи с Высшей Силой в том или ином Ее понимании.

Лица с такими психологическими характеристиками могут быть ошибочно отнесены к категории личностных расстройств класса А (шизоидному или шизотипическому), согласно DSM-IV-TR. Существует также реальный риск установления у них до сих пор популярного в российской психиатрии диагноза простой формы шизофрении.

В связи с этим следует обратить внимание на то обстоятельство, что в процессе диагностики данных нозологий под последние, очевидно, “подгоняется” другое, до сих пор не входящее в современные классификаторы нарушение, выделение которого в настоящее время представляется интересным и целесообразным. Имеется ввиду **связанный с особой формой нарушения аттачмента симптомокомплекс повреждающих дисфункций и психических нарушений.**

2.2. Эмоциональная недостаточность: дефицит седьмого чувства и отсутствие эмпатии

Этот симптомокомплекс характеризуется, прежде всего, практически не проявляющейся эмоциональной привязанностью к людям, включая наиболее близких, членов ядерной семьи – родителей и сиблингов. Отсутствует стремление к формированию эмоционально значимых отношений. Не представлены чувства долга, признательности и благодарности людям, которые проявляют участие, заботу, помогают справляться с задачами и трудностями, решать какие-то жизненные проблемы. Отношение к людям в целом носит жесткий, лишенный каких-либо моральных принципов манипулятивный характер. Психологические, физические проблемы и переживания других не только не вызывают адекватной эмоциональной реакции сочувствия, но могут сопровождаться появлением садистического удовольствия.

Лица с описываемым нарушением, **называемым нами нарушением седьмого чувства**, не стремятся даже на короткое произвести положительное впечатление, понравиться нужным им людям. Они не способны отложить возможность получения немедленного удовольствия даже при условии реально следующего за ним наказания. Все происходит по примитивному гедонистическому механизму удовлетворения драйва к получению удовольствия здесь и сейчас с игнорированием легко прогнозируемых последствий. Последние обстоятельства приводят к тому, что эти лица не в состоянии самостоятельно добиваться значительных достижений, продвигаться по службе, делать успешную карьеру.

Лица с отсутствием седьмого чувства пренебрегают социальными правилами и нарушают их. У них заблокирована естественная потребность в социальной кооперации и гармонизации межличностных связей. Они не думают о потребностях, мотивациях и чувствах окружающих, не переживают за их здоровье и благополучие. Выражаясь метафорически, у них нет

внутреннего голоса, который мог бы направлять, руководить их поведением. Эти люди достаточно интеллектуальны, они знают правила социально приемлемого в данной культуре поведения, но игнорируют их, используя только те из них, которые выгодны в данной конкретной ситуации.

Дефект седьмого чувства делает принципиально возможным совершение различных антисоциальных поступков, в том числе и тяжелых преступлений без каких-либо угрызений совести. У лиц с таким нарушением не сформированы представления о добре и зле ни на философском, ни на религиозном уровнях.

Анализ механизмов частой реализации антисоциального поведения при условии фактической неизбежности наказания показывает отсутствие существующей в норме связи между нарушением социального запрета и возникновением страха. Как известно, страх, ассоциированный с возможностью наказания за совершение определенного действия, способен предупредить его реализацию. Более того, страх может помешать возникновению самой идеи об антисоциальном акте или, во всяком случае, не дать развиваться такой идее. У лиц с отсутствием седьмого чувства этот механизм не срабатывает, так как он не сформировался на ранних стадиях развития личности.

Возможно, имеет значение и недостаточно развитая способность к фиксации внимания на нескольких ситуациях одновременно. Человек, концентрирующийся только на том, что его интересует, как известно, рискует не обратить внимание на что-то важное, в том числе и на сигнал об опасности.

Nare (1995) высказывал предположение, что у “ психопатов “ внутренний диалог либо отсутствует, либо лишен эмоциональной окраски и выражается в простом чтении линейного текста, содержание которого может, например, отражать цепочку планируемых антисоциальных действий без какой-либо адекватной эмоциональной реакции.

Лица с патологией аттачмента страдают особым видом хронической неуверенности в себе. Эта неуверенность уходит корнями в ранний период

жизни и затрагивает наиболее глубокое чувство бытия, экзистенциальное переживание жизни. В данном контексте такая неуверенность может быть названа первичной экзистенциальной или онтологической.

Как известно, для формирования и сохранения когезивной (спаянной) устойчивой идентичности человек нуждается в адекватной реализации трех видов переноса: идеального, зеркального и двойникового (Kohut). Зеркальный перенос заключается в ощущении наличия акцептации и поддержки себя другими людьми. Содержанием идеального переноса является чувство связи с идеализируемым объектом, непререкаемым авторитетом, Высшей Силой. Двойниковый перенос выражается в ощущении принципиального тождества между собой и другими людьми. Недостаточность или отсутствие этих трех компонентов делает невозможным ощущение человеком бытия в окружающем мире в качестве реального, живого, целостного индивидуума, обладающего чувством континуальности, непрерывности жизни.

Отсутствие седьмого чувства, очевидно, связано с феноменом первичной экзистенциальной неуверенности, так как на ее фоне нарушается возможность интегральной и адекватной оценки феномена зла.

Образы людей без идентичности с нарушением зеркального, идеального и двойникового переноса представлены в произведениях признанных мастеров художественной литературы 20-го века. Так, например, в романах Франца Кафки “Процесс”, “Превращение”, “Замок”, “Америка” описаны психологические портреты людей, чья личностная идентичность не противоречит ощущению зла. Герои Кафки лишены основных человеческих качеств таких, как любовь, сочувствие, лояльность, гордость, честь. У лиц, совершающих преступление, и их жертв, описанных Кафкой, отсутствует “точка отсчета” в оценке зла в любой его форме. Индивидуально-психологические особенности героев Кафки контрастируют с персонажами произведений более ранних классических авторов, например, Шекспира, отдающего предпочтение «живым», одолеваемым сомнениями и бурными страстями людям, в противовес лишенным чувств полуроботам автоматам,

обреченным жить, не испытывая радости от самого процесса проживания жизни.

Яркой иллюстрацией такой экзистенции является диалог двух бродяг в пьесе Сэмюэля Бекетта “Ожидая Годо”:

Эстрагон : Мы всегда находим что-то, что создает у нас впечатление как будто мы существуем, не так ли ?

Владимир : Да, да, мы маги. Но дайте нам возможность повторять то, что мы уже совершили.

Этот короткий диалог двух лишенных идентичности персонажей иллюстрирует постоянный поиск реализации зеркального переноса – внешнего подкрепления самого факта своего существования, с которым непосредственно связано и требование необходимости повторения переживания уже совершенного. Последнее отражает стремление к фиксации прошлых событий, в связи с отсутствием свойственного нормальному человеку чувства временной продолжительности происходящих в настоящем и имевших место в прошлом событий.

Лицам с синдромом экзистенциальной неуверенности на фоне недостаточности седьмого чувства свойственно легкое возникновение страхов определенного содержания. К ним относится страх поглощения и страх аннигиляции. Эти страхи фактически дополняют друг друга. Страх поглощения по своему содержанию приближается к страху прекращения существования (*de facto* полуживого существования) в результате полного захвата сознания другим человеком. Страх аннигиляции представляет собой экстремальную форму разрушения внутренней и внешней реальности, ужас небытия, отсутствия существования, космической пустоты, которая не может быть заполнена ничем.

Страх поглощения приводит к значительным трудностям в установлении социальных контактов. Любая форма общения несет в себе угрозу поглощения. Полноценное общение доступно только индивидууму с когезивной идентичностью, позволяющей иметь свою позицию,

аргументацию, соглашаться или оппонировать собеседнику, отстаивать свою точку зрения, находить возможности компромисса или критически оценивать взгляды, предложения и действия другого.

Лица с экзистенциальной неуверенностью, вступая в межличностные отношения, боятся лишиться остатков идентичности, окончательно потерять свою автономию. Отношения требуют динамики, предполагают изменения стереотипов психических содержаний и психологических состояний, в связи с элементами неожиданности, неполной прогнозируемости содержаний процесса. Все это содержит в себе экзистенциальную угрозу для индивидуума с экзистенциальной неуверенностью.

Страх поглощения при экзистенциальной неуверенности включает в свой диапазон **страх возникновения различных эмоциональных состояний**. Это не только страх агрессии, отрицательного отношения, но и страх сколько-нибудь глубоких дружеских отношений, тем более чьей-то любви.

Экзистенциально неуверенные лица чувствуют себя наиболее комфортно, судорожно фиксируясь на привычных постоянных активностях, стереотипно повторяющихся моделях поведения, что позволяет им до определенной степени сохранять хрупкую целостность в рамках дефицитарного статус кво.

Представляется возможным высказать **гипотезу о том, что у таких лиц имеет место предрасположенность к возникновению реакций кататонического типа**. Как известно, кататонический синдром наблюдается при одной из форм шизофрении, проявляясь состояниями кататонического ступора или кататонического возбуждения. В то же время кататония развивается при некоторых интоксикациях, например, бульбокапнином, и инфекциях, например, сепсисе. Кататонические состояния в форме восковой неподвижности, застывания могут быть вызваны гипнотическим внушением. Кататонические реакции возникают в экстремальных, угрожающих жизни ситуациях, при внезапном испуге, в случаях землетрясения, пожара,

наводнения. Кататонические синдромы воспроизводились также на животных в экспериментальной психиатрии.

Все это свидетельствует об определенной универсальности кататонии как одной из основных, заложенных в филогенезе и онтогенезе психических реакций. Предрасположенность к кататонии отражает, очевидно, фиксацию на шизоидно-параноидной позиции по Melanie Klein (1932). Возникновение нарушения психотического уровня в подобных случаях приводит к регрессу, к этой ранней позиции со свойственной ей фрагментацией, расщеплением элфа, что обуславливает тенденцию к неблагоприятному течению процесса.

Основной стратегией защиты от страха поглощения является стремление к социальной изоляции, что объективно приводит таких лиц к формированию стратегии избегания.

Отсутствие эмпатии

Дефицит седьмого чувства часто сочетается с недостаточно развитой эмпатией. В связи с этим следует обратить внимание на то, что в психологической, а тем более непрофессиональной литературе термин эмпатия часто идентифицируется с термином симпатия, хотя речь идет о различных психологических феноменах. Эмпатия подразумевает способность восприятия психологического состояния (в основном, эмоционального) на невербальном уровне. Симпатия подразумевает не только такую невербальную оценку, но и проявление искреннего неформального сопереживания, адекватного переживанию другого эмпатизируемого индивидуума.

В рассматриваемом варианте отсутствие седьмого чувства сочетается с отсутствием эмпатии. Подобная комбинация характерна для антисоциального и нарцисстического личностных расстройств.

Как известно, лиц с антисоциальным расстройством отличает неспособность идентифицировать себя с другим человеком, они не в

состоянии “сконструировать психологическое факсимилие другого”, “ходить в обуви другого” или “влезть в его шкуру”.

Антисоциальные индивидуумы фактически отождествляют других людей с неодушевленными объектами, которыми можно пользоваться для удовлетворения собственных потребностей, не обращая внимания на отношение к их действиям и переживаниям, которые эти действия вызывают.

Сочетание дефицита седьмого чувства и отсутствия эмпатии чрезвычайно деструктивно. Оно выражается в том, что за внешним обликом человека скрывается нечеловеческая андроидная сущность, изображаемая, например, в научно-фантастических литературных произведениях, в кинофильмах о вторжении инопланетян. Эти лица не воспринимают психологические и физические страдания даже наиболее близких людей. Так, например, в критических ситуациях (дорожно-транспортное происшествие) их в большей степени интересует техническое состояние автомобиля, чем психологический статус близких.

Но, поскольку сочетание отсутствия этих двух психологических феноменов недостаточно для формального диагноза антисоциального личностного расстройства (более того, отсутствие переживания и эмпатии не входят в признаки антисоциального расстройства в DSM-IV), эти лица оказываются вне диагностических рамок, принятых в психиатрии. Тем не менее, не вызывает сомнений, что, в связи с создаваемыми ими проблемами, они нуждаются как в квалифицированном психологическом диагнозе, так и в разработке особых подходов к коррекции этих состояний. Члены их семей должны получать объективную информацию о происходящем и быть заранее подготовлены к реальным негативным последствиям. К числу последних, например, относится предпочитаемая носителями антисоциального радикала стратегия паразитирования, постоянное стремление к эксплуатации и эгоцентрической манипуляции окружающими, что в первую очередь касается наиболее близких лиц, проживающих вместе с ними.

2.3. Синдром избегания

Стратегия избегания или дистанцирования широко распространена в постмодернистском обществе. Она включает в себя такие формы преобладающего поведения, как открытое незамаскированное дистанцирование; дистанцирование, скрытое за маской поверхностных контактов; запоздалое, отставленное по времени, дистанцирование; дистанцирование с развитием регрессивных отношений в рамках созависимости (Melody Beattie, 1987).

Kantor (2003) выделяет несколько типов избегающего поведения:

(1) Избегающие лица, дистанцирующие себя посредством изоляции. Они разделяются на подгруппы социальных изолянтов и лиц с социальными фобиями.

а. Социальные изолянты находятся в состоянии постоянного внутреннего конфликта. С одной стороны, они хотят установить близкие отношения и иметь возможность эмоционального участия, а, с другой, такие мысли вызывают у них предвосхищение разочарования и интенсивной эмоциональной боли, в связи с возможным неприятием себя партнером по общению. Предвосхищение разочарования провоцирует разные формы деструктивного поведения.

б. Лица с социальными фобиями характеризуются возникновением тревоги в определенных ситуациях, провоцирующих использование стратегии дистанцирования. Они проявляют особую чувствительность в распознавании специфических фобических сигналов или их символических заменителей.

(2) Амбивалентные избегающие лица, которые дистанцируются, используя стратегию установления многочисленных поверхностных контактов при отсутствии фактически каких-либо по-настоящему глубоких интимных отношений. Для них типичны легкие контакты с новыми лицами и затруднения в сохранении старых отношений, что обусловлено страхом психологической близости.

(3) Колеблющиеся и амбивалентные лица, которые в начале знакомства производят впечатление не избегающих, а искренне вовлеченных в контакт. В дальнейшем после истечения какого-то времени они неожиданно отстраняются от знакомства, полностью обесценивая прежние отношения.

(4) Зависимые избегающие лица, которые дистанцируются, глубоко вовлекаясь в регрессивные отношения.

Вышеперечисленные варианты дистанцирования объединяет страх новизны. Лица с поведением избегания проявляют отчетливый консерватизм в различных бытовых повседневных ситуациях. Они предпочитают ничего не менять в привычной домашней обстановке, придерживаться давно сформированных стереотипов в распорядке дня, личной гигиене, приеме пищи, уборке квартиры. Находясь вне дома, они посещают одни и те же кафе, рестораны быстрого питания, стараясь садиться за тот же, что и раньше столик, заказывать одну и ту же еду и напитки, и по возможности не вступать в контакт с другими посетителями.

Результаты психоаналитических исследований последних лет (Kantor, 2003) показывают, что содержания страха, лежащие в основе дистанцирования, имеют более сложный, чем считалось ранее, характер. Обнаруживается, что страх здесь имеет не только внешнюю проекцию в форме страха критики, боязни унижения, отвержения, но и глубинное внутреннее содержание, проявляющееся в боязни оказаться охваченным/охваченной накопившимися в бессознательной сфере и длительное время нереализованными драйвами, сексуальностью, агрессивностью, ненавистью, злобой. Содержание страха включает очень важный психологический компонент: эти лица боятся, в основном на бессознательном уровне, лишиться в результате прорыва, “выплеска эмоционального потенциала” последнего звена сцепления, удерживающего от полного распада фрагментированный сэлф.

Компонент потери эмоциональной энергетике обычно выступает в связке с потенциальной возможностью формирования значимых настроенных

на длительность отношений. Принятие таких отношений на фоне эмоциональной опустошенности и отсутствия адекватной ситуации энергетике, какими бы привлекательными эти отношения не представлялись, оказывается невозможным. Фантазии и мысли на эту тему провоцируют психоэмоциональное напряжение, свободно плавающую тревогу, сменяющуюся страхом с конкретной фабулой избегания.

Данная динамика может быть проиллюстрирована следующим клиническим наблюдением.

Нами наблюдалась пациентка Р. 24 лет, у которой процесс опустошения был настолько выражен, что она чувствовала себя лишенной всех воспоминаний, мыслей, способности задействовать свое воображение. Она характеризовала это психическое состояние как “ощущение нереальности”. Окружающий ее мир воспринимался как угрожающий. С целью психологической защиты пациентка значительно ограничила внешние контакты и передвижения. Перестала ездить на дачу, выходила из дома за необходимыми покупками только в ближайшие магазины. Конкретное содержание внешней угрозы определить не могла, ограничиваясь утверждением, что воспринимает всякий выход за пределы привычной зоны как нарушение какого-то внутреннего запрета, табу. Считала, что выход за рамки установленных ею границ приведет к чему-то ужасному. На рациональном уровне женщина понимала необоснованность, даже нелепость страха, но была не в состоянии преодолеть его.

В процессе анализа выявилось, что пациентка испытывала в прошлом периодически обостряющиеся состояния внутреннего эмоционального напряжения, связанные с “накоплением негативного материала” и возможностью вспомнить “что-то нехорошее, о чем не хочется вспоминать”. Фактически женщина балансировала между двумя состояниями, которые в определенной степени психологически исключали друг друга. Освобождение от внутреннего напряжения в результате эмоциональной разрядки приводило

не к психологическому комфорту, а к возникновению страха, связанного с чувством угрозы, исходящей из внешнего мира.

Объективный анамнез показал, что женщина воспитывалась в дисфункциональной семье. В возрасте четырех лет ее родители развелись. Через два года мать повторно вышла замуж. Отношения с отчимом не сложились. После повторного замужества, особенно после рождения брата, когда пациентке было девять лет, мать эмоционально отстранилась от нее, что переживалось ею очень болезненно. Женщина крайне неохотно рассказывала о событиях своего детства. Обнаруживались выпадения из памяти существенных по времени периодов жизни. В то же время она относительно хорошо вспоминала более ранние эпизоды, между тремя и четырьмя годами жизни. Очевидно, имела место защитная блокировка репрессированных в последующие годы переживаний, в связи с их психотравмирующим содержанием.

Таким образом, в приведенном наблюдении представляется возможным увидеть смену состояний от страха взрыва накопившихся в бессознательной сфере негативных эмоций к страху перед угрозой, исходящей из окружающего мира. Страх внешнего мира возникает в ситуациях очередной эмоциональной разрядки, что вызывает у пациентки чувство внутреннего опустошения, в свою очередь провоцирующее возникновение страха в отношении внешнего мира с развитием поведения избегания.

Результаты психодинамического анализа многих наблюдаемых нами клинических случаев показывают, что поведение избегания обусловлено также страхом зависимости. Здесь мы встречаемся с психологическими содержаниями, которые включают страх оказаться под чьим-то контролем, страх поглощения, лишения собственной аутентичности, недостаточно спаянной, но все же своей идентичности.

Такое содержание страха провоцируется любыми ситуациями, в которых присутствует хотя бы намек на потенциальную возможность возникновения интимных эмоционально значимых отношений.

Психологический эмоционально окрашенный контакт воспринимается как непосредственная экзистенциальная угроза. Происходит эмпатически тонкое раннее распознавание происходящего и дистанцирование становится реакцией выбора.

Раннее распознавание ситуаций близости, эмоционального контакта, интимности психодинамически объясняется участием в процессе “глубинной бессознательной системы разума” (deep unconscious wisdom system, Langs, 1996), которая обладает способностью моментального отслеживания сигналов, представляющих угрозу. В процессе эволюции у человека сформировалась особая психическая способность распознавания тончайших признаков обмана в социальных ситуациях. Система оперирует первично вне осознания и активизирует включение сознательного компонента. Langs пришел к заключению, что глубинная бессознательная система разума начала развиваться около 1,5 миллиона лет тому назад, когда наши прямоходящие предки начали создавать сложные социальные структуры. Появлялись и получали развитие сложные социальные роли и межличностные отношения, связанные с трудом, риском во время охоты, миграцией, попаданием в новую среду, различными приключениями. Влияние этой совокупности факторов стимулировало разум человека к “развитию и усилению механизмов, позволяющих совершать быстрые автоматические действия, на которые сознание было бы неспособно”.

Глубинная бессознательная система разума, в отличие от перегруженной психологическими защитами системы сознания, лишена свойственных последней психологических защитных реакций, поскольку смыслы и значения, которыми она оперирует, не имеют прямого доступа к осознанию.

Глубинная бессознательная система разума особенно чувствительна ко всему, что касается межличностных контактов и отношений. Эта система имеет определенный, хотя и суженный, когнитивный фокус, что не мешает ей молниеносно реагировать на любые оттенки социальных ситуаций. Как

только система улавливает признак неискренности или обмана в межличностных отношениях, сигнал передается в сферу осознания. В ряде случаев, несмотря на то, что осознания может не происходить вообще, возникает эмоциональное напряжение, развивается свободно плавающая тревога. Последний вариант, по мнению Smith (1999), можно охарактеризовать термином “бессознательная коммуникация”.

Функционирование глубинной бессознательной системы разума не всегда способствует адаптивному функционированию. По-видимому, ведущее к дезадаптации и нарушению социального поведения гипертрофированное функционирование бессознательной системы разума может быть обусловлено слабой фрагментированной эго-системой.

Sullivan (1953), описывая поведение избегания, использовал термин асоциальная личность. Автор имел в виду лиц, у которых избегание социальных контактов связано со страхом возникновения эмоциональных состояний и желаний, неизбежно приводящих к конфликтам и другим вариантам неприятных ситуаций. Sullivan различал “соединяющее” (conjunctive) и “разъединяющее” (disjunctive) поведение, соответствующие не избегающему и избегающему поведением. Соединяющее поведение подразумевает потребность в межличностных контактах, дружеских отношениях, любовных связях, интимности в широком понимании этого слова. Индивидуумы с таким поведением объединяет **психодинамический механизм**, заключающийся в преобладании страха одиночества над социальной фобией различного содержания. Sullivan противопоставляет соединяющему поведению разъединяющее, которое дезинтегрирует интимность. Дезинтеграция интимности называется автором феноменом “сомнолентного детачмента” (somnolent detachment).

Представляет интерес перечисление причин, с которыми Sullivan связывает возникновение сомнолентного детачмента. К последним автор относит, в частности :

(1) Длительную интенсивную тревогу, вызванную межличностными ситуациями.

(2) Диссоциацию между страстью и потребностью в интимности.

(3) Враждебность, разъединяющее свойство переживания недоброжелательности как приобретенный при социальных контактах опыт. Причиной развития враждебности является стремление сохранить самооценку посредством обесценивания подходов, точек зрения других лиц.

(4) Табу или фобические механизмы запрета в разнообразных социальных ситуациях повседневной жизни.

(5) Приводящие к изоляции социальные ритуалы, например, такие, как формирование гангов и остракизм. Изолированные от группового социума компании молодых лиц улучшают свою самооценку посредством общения только друг с другом, отказываясь от других продуктивных межличностных контактов.

Fenichel (1945) рассматривал избегание как механизм психологической защиты от возможной реализации насыщенных тревогой желаний. Избегание приравнивается автором к подавлению функционирования бессознательного инстинктивного уровня. Fenichel пришел к заключению, что скрытое избегание может быть причиной внешне проявляемого отсутствия интереса к каким-то активностям, нежелания участвовать во всевозможных встречах, антипатии к каким-то произведениям искусства, пониманию музыки. Скрытое избегание лежит иногда в основе возникновения чувства усталости в ситуациях, которые обычно вызывают ярость и агрессивное реагирование. Согласно выражению автора, избегание представляет собой “психогенную сексуальную импотенцию”.

Clara Thompson (1959) связывает избегание (стремление к изоляции) непосредственно с проблемой интимности, считая последнюю наиболее важным элементом, затрудняющим межличностные отношения. Невозможность установить контакт, утверждает автор, бывает обусловлена враждебными и деструктивными подходами. Индивидуум чувствует настолько

сильную угрозу со стороны окружающих, что должен отстраниться или разрушить их. Автор описывает лиц с поведением избегания в виде своеобразной отстраненности от происходящего в окружающей реальности. Они занимают позицию наблюдателей со стороны. При этом такие лица способны проявлять эмоциональную мягкость, которая сразу же исчезает при появлении признаков межличностной близости.

В 1981 году Millon выделил у детей раннего возраста синдром межличностной антипатии, отвращения к людям, проявляющийся в раздражительности, вычурности, напряжении и отстраненности от общения. Такие дети очень пугливы, у них нарушен сон, они легко пробуждаются, ночью кричат от болей в животе, связанных с мышечными спазмами. Они редко доставляют родителям чувство комфорта и тем более радости, вызывая скорее усталость, доходящую до истощения, чувство собственной несостоятельности и гнева. По мнению автора, возникающее в данном случае родительское отвержение связано с интенсивным и хроническим неодобрением поведения ребенка и имеет, таким образом, вторичную реактивную природу. Само же поведение детей является следствием влияния генетических факторов.

Millon также полагал, что поведение избегания имеет органическую природу и возникает в результате дисфункции лимбической системы, в которой имеются “аверзивные центры”. В механизмах избегания участвуют нейро-гормональные факторы (чрезмерное количество адреналина, нарушение синаптической трансмиссии).

В работе 1999 года Millon приводит данные наблюдений психоаналитиков, свидетельствующие о наличии детских фантазий, из которых “вырастает” поведение избегания.

Siever (1991) обнаружил, что отстраненность от окружающего мира может быть обусловлена “редукцией норадреналитической достаточности”, в то время как повышенная ответная реакция норадреналитической системы приводит к усилению раздражительности в ответ на провокацию.

Поведение лиц с синдромом избегания может быть различным, оно не исчерпывается прямыми внешними проявлениями застенчивости, скромности или пугливости. Kantor (2003) описывает конверсию застенчивости в сексуальные расстройства в виде импотенции у мужчин и диспаренурии у женщин. Пациенты/пациентки скрывают свою основную тревогу за маской сексуальных расстройств.

Для лиц с выраженным избеганием характерны также проявления открытой или скрытой враждебности, в частности, пассивно-агрессивное поведение. Millon (1981) в этом контексте описывает собственные наблюдения, свидетельствующие о значительно выраженных нарушениях аффекта в виде эмоционального напряжения, грусти и гнева. Автор считает, что индивидуумам с поведением избегания свойственно состояние хронической "контрвраждебности", что свидетельствует о наличии смешанных характеристик избегания и пассивно-агрессивных проявлений. Таким образом, имеет место своеобразное сочетание страха и замаскированной враждебности.

Гнев у индивидуумов с поведением избегания, очевидно, носит характер психологической защиты от вступления в социальные контакты. Возможен вариант идентификации с агрессором, с занятием доминирующей, командной, императивной, осуждающей позиции, что помогает справиться со страхом критики со стороны других лиц.

Hendrick (1958) обращает внимание на необходимость дифференциации осознаваемого и иррационального гнева. Тенденция к иррациональному гневу обнаруживается в некоторых случаях уже во младенческом периоде (Benjamin, 1996).

Сознательный гнев может быть рациональным, являясь реакцией на внешнюю враждебность. В подобных случаях гнев может быть определен как реактивный. Иррациональный гнев не является следствием внешней ситуации, ему свойственны эксцессивность и неадекватность. Обнаруживается тенденция к придумыванию причин рационализации гнева, если в реальности

таковые отсутствуют. Поиск таких причин носит бредоподобный характер. Поступки других оцениваются односторонне и только отрицательно. Любые признаки доброжелательного отношения, стремления к нейтрализации или смягчению конфликта приводят к противоположному эффекту и усиливают враждебность и дистанцирование.

Лица с поведением избегания в ряде случаев критичны к своему состоянию. Они осознают, что их психологической проблемой является наличие связанного с межличностными отношениями страха. Эти индивидуумы обычно активно интересуются происходящим, знакомятся с литературой, пользуются интернетом, занимаются самоанализом, обращаются к специалистам за консультациями.

Критическое отношение к избеганию чаще бывает частичным и затрагивает только ограниченное число контактов и ситуаций, без попытки более глубокого анализа психического состояния. Такая тактика приводит к некоторым изменениям поведения, что может выражаться, например, в полном исключении из сферы общения каких-то конкретных лиц, прекращении посещения определенных сообществ, компаний, организаций, при сохранении общего относительно мягкого избегающего стиля поведения и свойственных последнему подходов.

В других случаях критика к избеганию отсутствует, оно оказывается “вмонтированным” в психику, интернализованным в ней. Понимание истинных причин постоянного психологического дискомфорта, общей неудовлетворенности жизнью и снижения самого качества жизни отсутствует. Избегание может иметь различное содержание, затрагивать сферу многих интересов, включать специфические ситуации, объекты, активности. Осознания наличия избегания не происходит. Лица не понимающие, что избегание стало доминирующим элементом их психики, не способны устанавливать по-настоящему глубокие интимные отношения, они удовлетворяются поверхностными межличностными контактами, не осознавая дефицитарность последних.

Sullivan (1953) называл такие отношения “ритуальными сверхзанятостями”, а Fenichel (1945) использовал для их обозначения термин “замещающие gratификации”.

Большинство лиц с избегающим поведением, не осознающие его наличия, маскируют последнее присущими им “предпочтениями” или “вкусами”. Они стремятся оправдать избегающее поведение необходимостью соответствовать принятым в обществе традициям, убеждая себя и окружающих, что “все поступают таким образом”.

Авторы, выделяющие различные типы лиц с поведением избегания, обычно упускают один из них, причем достаточно распространенный. Речь идет о так называемых аддиктах избегания (Mellody, 1992). Согласно наблюдениям автора, аддикты избегания обнаруживают доведенные до совершенства навыки соблазна, что сочетается у них со способностью безошибочно находить лиц, которые легко поддаются этому соблазну. Последние относятся Mellody к категории любовных аддиктов. У избегающих соблазнительей имеют место два противоречивых желания. Одно из них – желание добиться успеха, который отождествляется у них с восприятием себя своего рода Высшей Силой.

Для достижения этой цели аддикты избегания используют различные способы демонстрации своих необычных качеств. К их числу относятся создание имиджа Спасителя, способного решить все проблемы любовного аддикта, имиджа успешного во всех делах человека, обладающего большой силой и экономическими возможностями.

Кроме того проявляется страх глубокой эмоциональной близости, поскольку она неразрывно связана с угрозой поглощения, потерей личной свободы, лишением прежнего индивидуального пространства, возможностью оказаться под контролем любовного аддикта.

Таким образом, связи аддиктов избегания с любовными аддиктами представляют своего рода “взрывчатую смесь”. Как правило, неизбежный в таких случаях разрыв отношений провоцируется как поведением аддикта

избегания, так и поведением любовного аддикта. Любовный аддикт, находясь в состоянии влюбленности в аддикта избегания, старается все в большей степени сблизиться с последним, проводить с ним/с нею все больше времени, получать информацию о различных тщательно скрываемых ими сторонах жизни и др. Подобная тактика любовного аддикта резко усиливает эскапистские реакции аддикта избегания.

Анализ психологических особенностей лиц с этим вариантом поведения показывает, что их избегание не является эпизодическим, определяющимся исключительно контактом с каким-то отдельным человеком. Поведение избегания после разрыва отношений с одним любовным аддиктом повторяется в последующих контактах. Общий рисунок поведения и стиль избегания не меняется. Оно интернализировано в психике в качестве доминирующего элемента социального поведения.

Доминирование избегания сочетается с фактической невозможностью устанавливать близкие эмоциональные контакты, основанные на эмпатии, взаимопонимании, сочувствии, совместном искреннем переживании значимых событий, касающихся, прежде всего, личной жизни. Дефицит седьмого чувства, присущий таким индивидуумам, объективно лежит в основе постоянно возникающих межличностных конфликтов, имеющих драматические, а порой и трагические последствия для тех, кто попал в сферу влияния лиц с поведением избегания, специализирующихся на соблазнении.

Исследования психологических механизмов формирования последнего варианта избегания показывают, что их корни произрастают из детского возраста и связаны с особым характером парентинга (родительствования). Adams (1993) в данном контексте приводит результаты наблюдений о стиле парентинга, при котором родители делают своих детей психологически суррогатными взрослыми партнерами. Автор называет этот стиль взаимоотношений скрытым инцестом. Ребенок в такой семье чувствует себя привилегированным, занимающим специальное и очень значимое положение. При этом ребенок, как правило, идеализируется одним из родителей. Однако

за эту привилегию ребенку приходится платить слишком высокую цену. Становясь суррогатным партнером одного из родителей, он фактически лишается детства. Процесс воспитания имеет специфику “молчаливого соблазна”, жертвой которого становится идеализируемый ребенок.

В случаях скрытой инцестной ситуации один из родителей делает ребенка своим доверенным лицом. Она/он посвящает ребенка в свои интимные секреты, касающиеся обычно брачных отношений. Информация, которой нагружается ребенок, может касаться разочарований брачным партнером/партнершей, переживания одиночества и затрагивать даже нюансы интимных отношений.

Оказавшийся в такой ситуации ребенок испытывает эмоциональное потрясение. С одной стороны, он чувствует себя избранным, особенным, с другой – сложившаяся ситуация вызывает у него тревогу и конкретный страх оказаться не на высоте, не справиться с возлагаемой на него ответственностью и ожиданиями родителя.

Постепенно ребенок входит в необычную роль суррогатного брачного партнера/партнерши. В сценарии неизбежно участвуют оба родителя, один из которых удовлетворяет свои психологические потребности посредством контакта с ребенком, а другой может чувствовать облегчение в связи с возможностью избежать роли ответственного родителя.

Дети, являющиеся жертвами скрытого инцеста, часто сообщают, что родитель одного и того же с ними пола предлагает им после очередного семейного конфликта успокоить родителя противоположного пола (в момент его отсутствия). В таких случаях, ребенку, как правило, говорят, что на него надеются, что все убеждены в его способности исправить ситуацию, устранить конфликт. Его собственные желания и интересы при этом игнорируются.

Adams устанавливает, что нарушение психобиологической границы родительско-детских отношений может стимулировать возникновение других серьезных нарушений. Так, например, старший брат, находящийся в скрытых

инцестных отношения с матерью, может реализовать активизированную сексуальную энергию, вступив в открытые инцестные отношения с младшей сестрой.

Скрытые инцестные отношения отрицательно влияют на развитие личности не только в раннем периоде жизни, но и бросают тень на особенности дальнейшего развития в подростковом и взрослом периодах жизни. Они оказывают влияние на выбор брачного партнера/партнерши, принятие решений о разрыве брачных отношений, особенностей воспитания собственных детей.

Родители в скрытой инцестной семье не отказываются от существующей системы отношений с ребенком и в последующие периоды его жизни, касающиеся не только подросткового, но и взрослого возраста. На бессознательном и сознательном уровнях они воспринимают повзрослевших детей как “взрослых детей”, которые постоянно будут рядом с ними, исполняя прежние, навязанные им в детстве роли. В случае отсутствия реализации этих ожиданий у родителей возникает чувство глубокой обиды. Они обвиняют взрослых детей в неблагодарности, черствости, неспособности сочувствовать им, эмоциональной холодности и неадекватности. Следует отметить, что внешне такие семьи обычно производят впечатление функциональных, крепко сплоченных и даже идеальных, являющихся примером для других. Их дисфункциональность не бросается в глаза и не устанавливается при поверхностной формальной оценке.

Ядром дисфункциональности является синдром созависимости. В литературе имеются различные определения созависимости (Wegscheider-Cruse, 1984; Subby, 1984; Larsen, 1983 и др.). Каждодневная жизнь созависимых семей характеризуется соблюдением неписанных правил поведения, которые жестко регламентируют поведение их членов. Эти правила включают, в частности, следующие:

- Если возникают семейные проблемы, то не следует их обсуждать (согласно выражению «не будите спящую собаку»).

- Не следует открыто выражать свои чувства.
- Следует быть сильным, правым, совершенным.
- Не следует «раскачивать лодку», в которой плывешь.
- Не следует тратить время на игры и развлечения.
- Делать, как я говорю, а не так, как я делаю.
- Пользуясь услугами посредника, следует придерживаться непрямой коммуникации, используя модель “треугольных отношений”.

В подобной семейной системе отсутствуют необходимые условия для развития у ребенка полноценной эмоциональности, начиная с младенческого периода. Недостаточная эмоциональность родителей, прежде всего матери, ее неразвитая эмпатия и дефицит интуитивного восприятия ребенка, его основных психобиологических потребностей ведут к нарушению его психологического созревания, к невозможности нормального прохождения периода преодоления фрагментарности сэлфа с последующим формированием спаянной (когезивной) идентичности.

Младенец в дисфункциональной семье фиксирует в своей психике наиболее ранние переживания, касающиеся отношений с матерью, которые имеют отрицательно окрашенную аффективность. Эти переживания бросают тень (тень объекта по Bollas’у) на последующее развитие эго. Психологические состояния подростка и взрослого, их сенситивность оказываются под влиянием событий, происходивших в самые ранние дни осознания себя и окружающей среды. Имеет место неадекватное функционирование младенческо-материнской диады и отношений, сформированных в рамках этой диады. Младенец усваивает аффективность и ритмы происходящих процессов. Эмоциональные характеристики младенческого восприятия “консервируются” в психике и остаются интактными во внутреннем мире развивающегося человека.

Зафиксированные сэлф-состояния становятся перманентными чертами характера. Они способны вызывать необъяснимые внешними событиями изменения настроения, возникновение грусти, свободно плавающей тревоги,

ностальгических переживаний без отчетливого содержания, а также переживаний типа “уже виденного” или “уже пережитого”.

Аффективная тональность детских переживаний формирует ядерное чувство сэлфа. Эти ядерные аффективные состояния воссоздаются в ситуациях переноса. Недостаточность зеркального переноса по отношению к ребенку у матери неизбежно приводит к риску развития состояний, называемых “депрессией покидания” (Masterson, 1985). Депрессия покидания представляет собой “смесь сниженного настроения с чувством вины, беспомощностью, безнадежностью и массивной яростью”. Чувство возможности достижений отсутствует.

Исследования последних двух десятилетий выявляют базисную основу развития рефлексии в младенческом возрасте. Считается, что самоорганизация младенца вначале включает интеграцию связанных с физическим телом переживаний (Brownell, Kopp, 1991). После формирования физического сэлфа, в результате социальных взаимодействий младенца с окружающим миром происходит идентификация социальных границ. Несколько позже “схватывается” социальная обусловленность как своих поступков, так и поступков других людей. Способность понимать причины социального поведения постепенно становится центральной функцией сэлфа. Родители с помощью невербальной коммуникации могут распознавать интенциональную позицию ребенка сразу же после его рождения. В период от рождения до пяти месяцев жизни ключевую роль в развитии ребенка играют зрительные контакты с родителями, обмен мимическими реакциями, отражающими различные эмоциональные состояния. Таким образом происходит формирование аффективного ментального поля ребенка.

Веебе, Lachmann, Jaffe (1997) придают в этом процессе особенное значение следующим факторам :

(1) Вхождению младенца в интерактивный контакт с лицом, осуществляющим заботу. Контакт включает как саморегуляцию, так и сенситивность к аффективному состоянию другого.

(2) Выражению лица, которое возникает в результате обоюдного контакта, в котором поведение младенца в интервале одной двенадцатой секунды предсказывается матерью и *vice versa*.

(3) Пространству и степени контакта между младенцем и лицом, осуществляющим заботу, систематически изменяющимся в соответствии с обоюдными ожиданиями.

(4) Высокой степени координации, предопределяющей ранние когнитивные реализации, в то время как более низкие уровни координации оказываются оптимальными для уверенного аттачмента и социально адаптивных проявлений темперамента.

(5) Взаимодействию с незнакомым человеком, которое позволяет более точно, по сравнению с взаимодействием с матерью в том же четырехмесячном возрасте, предсказать будущее поведение младенца в Странной Ситуации (Mary Ainsworth) по достижению им годовалого возраста.

Интеракции, возникающие в раннем периоде жизни, осуществляются на досимволическом уровне, когда еще невозможна ментализация. Тем не менее, по мнению Fonagy с соавторами (2002), они имеют отношение к формированию в будущем умения ставить цели и объяснять поведение других. Они могут использоваться для предсказания поведения других людей. В то же время эти формы психической активности не обладают достаточной способностью изменять поведение окружающих лиц. Последнее требует наличия «интенционной позиции» (Dennett, 1983), в которой к возможности предвосхищения присоединяется способность к репрезентации желаний и убеждений.

Gergely, Csibra (1995) высказывают предположение, согласно которому во второй половине первого года жизни восприятие младенцем происходящего в социальной среде носит «телеологический» характер. По мнению авторов, младенец «видит» перспективу будущих событий, основываясь на принципе «рациональных действий», однако, в случае иррационального поведения он не способен выбрать оптимальный вариант.

Младенец расширяет телеологическую модель, выходящую за пределы предсказания поведения людей, включая в нее животных и неодушевленные движущиеся объекты. В дальнейшем при развитии способности к репрезентациям происходит переход от телеологической модели к ментализационной со свойственной последней способностью формировать в мыслях репрезентации будущих целей. Нормальный переход от телеологической модели к ментализационной находится в непосредственной зависимости от качества межличностных взаимоотношений младенца и родителей. Неадекватность родительства приводит к задержке перехода, что отрицательно сказывается на социальном поведении ребенка в последующей жизни.

Концепция телеологического периода, очевидно, нуждается в уточнениях и дальнейшем развитии. Так, например, в положении о первичной рациональности не находят отражения другие типичные данному возрасту психологические механизмы, непосредственно участвующие в формировании личностных структур.

Наблюдения специалистов в области детского психоанализа фиксируют внимание на значении наиболее ранних страхов, которые имеют психотическое содержание. Нормальное развитие младенца может рассматриваться как “комбинация процессов, в результате которых страхи психотической природы оказываются связанными, проработанными и модифицированными” (Klein, 1952).

При патологическом развитии младенца ранние страхи не связываются, не прорабатываются и не модифицируются. В результате чего не модифицированные первичные страхи и ужасающие персонажи, присутствующие в младенческом воображении, занимают все большее место в психике ребенка, доминируя в ней. Так создаются предпосылки к развитию психоза, что может произойти не только в детском, но и в подростковом и во взрослом периодах, когда нормальные психологические защиты расщепления и проективной идентификации используются с необычной интенсивностью.

Примитивные страхи овладевают эго, подвергают расщеплению отдельные его части, отвечающие за связи с внешней и внутренней реальностью, с последующей проекцией отдельных фрагментов на самые разнообразные окружающие объекты.

Отдельные признаки личностных расстройств

Среди нарушений, находящихся в промежуточной зоне между нормой и патологией в современных классификаторах, большое место занимают личностные расстройства. В этом случае речь идет не о психических нарушениях не психотического уровня, называемых ранее невротическими, а о расстройствах с длительным течением, мало изменяющейся в течение длительного времени клинической картиной, резистентных к различным терапевтическим подходам.

В постсовременном обществе большое распространение получают личностные расстройства, относящиеся к кластеру В DSM-IV-TR классификатора. Каждое личностное расстройство диагностируется на основании наличия в его клинической картине совокупности нескольких проявлений (обычно не менее пяти).

В то же время у довольно значительного числа лиц присутствует ряд из выделяемых в классификаторах признаков, но их количества недостаточно для нозологической диагностики какого-либо нарушения. Тем не менее, наличие меньшего количества признаков, а иногда даже одного, может приводить к серьезным проблемам, частым конфликтам, нарушениям в сфере межличностных отношений.

Индивидуумы, относящиеся к этой категории, испытывают, как правило, психологический дискомфорт, неудовлетворенность собой, которую пытаются компенсировать, используя сложные, так называемые зрелые психологические защиты. Последние включают сублимацию, прежде всего репрессию (вытеснение на сознательном уровне), формирование

реакции, рационализацию и интеллектуализацию. В дальнейшем возможно формирование более зрелых, по сравнению с вышеперечисленными способов психологической защиты, к которым относится сохранение спокойствия в трудных ситуациях, рефлексия, самоанализ. Психологическое функционирование при этом происходит в основном без какой-либо значительной фиксации на незрелых примитивных психологических защитах, таких, как расщепление, acting out (замещение переживания физической активностью), отрицание, проекция, проективная идентификация.

Следует подчеркнуть, что особенности поведения, его динамика, характер межличностных отношений и эмоциональных проявлений у лиц с отдельными, недостаточными для диагностики личностного расстройства признаками нарушений, изучены сравнительно мало и о них в специальной литературе имеются лишь отрывочные сведения.

Недостаточность седьмого чувства является признаком, который может сочетаться с отдельными проявлениями, характерными для антисоциального, пограничного, нарцисстического и других личностных расстройств. Особое значение имеют такие повреждающие психические дисфункции, как импульсивность и потребность в возбуждении.

2.4. Импульсивность

Дефицит седьмого чувства может сочетаться с импульсивностью, что во многих случаях сопровождается социально опасными действиями, актами агрессии. Агрессивные действия при этом не связаны с яростью и лишены какого-то определенно вербализуемого содержания. Основная цель агрессии заключается в разрядке эмоционального напряжения, которое накапливается и достигает сверхпорогового уровня. Агрессивные акты, вызванные недостаточностью седьмого чувства, могут быть чрезвычайно жестокими, так как страдания жертвы не вызывают переживаний сочувствия и обычно просто игнорируются. Совершенная агрессия не приводит к возникновению чувства

раскаяния, а если таковое и возникает, то оно проявляется исключительно на абстрактном интеллектуальном уровне.

Импульсивность имеет различную степень выраженности. Сравнительно мягкая импульсивность попадает в категорию повреждающей дисфункции в форме недостаточного контроля за поведением, что выражается в повышенной чувствительности к многочисленным негативным внешним воздействиям.

Эти лица крайне обидчивы, несдержанны, неадекватно сильно реагируют на все, что их в какой-то степени не устраивает. Они сначала реагируют, а уже потом обдумывают причины и последствия своего поведения.

Импульсивные действия кратковременны. После их совершения эти индивидуумы ведут себя так, как будто вообще ничего не произошло. В ситуациях фрустрации, критики, разочарования, неудовлетворенности, неудачи такие лица могут вести себя крайне грубо, нецензурно браниться, прибегать к насильственным действиям.

Во всех подобных случаях обнаруживается бессознательное использование незрелой примитивной психологической защиты замещения переживания психомоторной активностью. Отрицательные последствия постоянной утилизации сохранившейся из раннего детского периода психологической защиты очевидны.

2.5. Повреждающая дисфункция возбуждения

К повреждающим дисфункциям относится также постоянная потребность находиться в состоянии возбуждения. Возбуждение не имеет при этом определенного психологического содержания. Оно в большей степени биологично, чем психологично. В его структуре не принимает участия вторичный процесс, то есть, рефлексия, логика и рациональность. Потребность в возбуждении в чем-то напоминает состояния, наблюдающиеся

при побочном эффекте приема некоторых нейролептиков, когда проходящие психофармакологическую терапию пациенты не могут даже в течение сравнительно короткого времени находиться в статическом положении. Они не способны лежать, сидеть, каким-то образом релаксироваться. Им необходимо постоянно менять положение тела, передвигаться, что лишь в какой-то степени временно смягчает непереносимое внутреннее напряжение.

Стремление приводить себя в состояние возбуждения как повреждающая дисфункция может сочетаться с импульсивностью, наряду с дефицитом седьмого чувства. В таких случаях импульсивность в конкретных ситуациях оказывается обусловленной необходимостью в возбуждении и “перекрывает” данный признак.

Нами наблюдались лица в возрасте от 16-ти до 24-х лет, у которых повреждающая дисфункция потребности в возбуждении выражалась в частых реализациях поведения, непосредственно связанного с риском для жизни. К ним относилось перебегание рельс перед движущимся поездом, “прогулки” по карнизам многоэтажных зданий.

Повреждающая дисфункция возбуждения может приводить к совершению различных правонарушений. Однако, в связи с особой важностью этого феномена он требует отдельного рассмотрения.

В исследованиях по аддиктивному поведению (Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева, 2001) выявлено значение раннего аттачмента (эмоциональной фиксации) в формировании аддиктивной психологической зависимости. Индивидуумы с повреждающей дисфункцией возбуждения используют аддиктивные реализации с целью временного освобождения от психологического дискомфорта. Состояния напряжения в одних случаях снимаются употреблением алкоголя, в других – наркотиков. Возможны и нехимические способы устранения напряжения, к которым, в частности, относятся патологический гэмблинг, сексуальное аддиктивное поведение, приступы обжорства, интернет аддикция.

Аддиктивные реализации у лиц с данной повреждающей дисфункцией в сочетании с недостаточностью седьмого чувства характеризовались особой брутальностью, неконтролируемостью ситуаций, полным пренебрежением к интересам других членов семьи и отсутствием сопереживания к их страданиям.

Согласно нашим наблюдениям, злоупотребление алкоголем пациентами/пациентками этой категории носит злокачественный характер, что выражается в приеме больших доз, превышающих толерантность, с быстрым развитием симптома потери контроля по Jellinek'у (1962). Симптом выражается в том, что прием начальной, даже минимальной дозы алкоголя приводит к неуправляемой “цепной” (доза за дозой, с очень короткими интервалами) выпивке, которая продолжается до развития тяжелой интоксикации, когда дальнейший прием алкоголя физически невозможен.

Симптом потери контроля в части наблюдаемых нами случаев возникал внезапно. В другом варианте ему предшествовали предвестники. К последним относились симптом “обрушивания дозы”, описанный Драгун (Dragun, 1990), и алкогольный блэкаут (палимпсест). Симптом обрушивания дозы обычно возникает на несколько недель раньше симптома потери контроля и выражается в том, что у человека, злоупотребляющего алкоголем, на фоне сформировавшейся психологической зависимости к последнему, резко изменяется привычный эффект приема алкоголя. Алкоголь в привычно употребляемой дозе не вызывает субъективного чувства опьянения. После приема средней и даже относительно большой дозы алкоголя сколько-нибудь четкие признаки алкогольной интоксикации не наблюдаются. Только лица, имеющие опыт наблюдения за такими состояниями, способны обнаружить появление специфических для них признаков и предупредить о возможных последствиях дальнейшего употребления, что приводит к внезапной смене состояния видимого отсутствия интоксикации состоянием глубокого опьянения с развитием оглушения или сопорозного нарушения сознания.

Смена состояний возникает сразу же после приема очередной, даже минимальной дозы алкоголя (один глоток).

Алкогольный блэкаут представляет собой тотальную амнезию определенного периода алкогольного опьянения и оказывается обычно драматическим психотравмирующим событием для индивидуума с алкогольными проблемами. Психотравмирующий эффект обусловлен тем, что данная амнезия качественно отличается от привычной, так как развивается при приеме сравнительно небольшой дозы алкоголя, которая не привела к развитию выраженного опьянения. Присутствующие при эпизоде лица не воспринимали поведение как характерное для опьяневшего человека. Речь не нарушалась, возможность участвовать в беседе и правильно отвечать на задаваемые вопросы сохранялась. Сохранялась также нормальная координация движений.

Человек, перенесший алкогольный блэкаут, воспринимает последний как нечто необычное, как нечто, отличающееся от его/ее прежнего алкогольного опыта. Восприятие необычности произошедшего сопровождается чувством совершения в периоде амнезии чего-то дискредитирующего в глазах свидетелей, что приводит к последующим попыткам осторожного косвенного выяснения содержания происходящих событий.

Возникший впервые алкогольный блэкаут в дальнейшем, как правило, не является единичным, а обнаруживает четкую тенденцию к повторению. Повторяющиеся алкогольные блэкауты у алкогольных аддиктов, в случаях отсутствия в анамнезе их жизни черепно - мозговой травмы с потерей сознания, является предвестником скорого (через несколько недель) возникновения симптома потери контроля.

ЛИТЕРАТУРА

Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии: Монография.- Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006.-448с.

Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология: Монография.-Новосибирск: Издательство «Олсиб», 2001.-251с.

Beebe, B., Lachmann, F., Jaffe, J. (1997) Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self and Object Representations *Psychoanalytic Dialogues*.Y. 7, 113 – 182.

Bollas, Ch.(1987) *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. New York: Columbia University Press.

Bollas, Ch.(1989) *Forces of Destiny*. London: Free Association Press.

Bollas, Ch.(2002) *Free Association*. Cambridge: Totem Books.

Draguns, J. (1990) The History, Issues and Current Status of Cross-Cultural Work. In A.Marsella, P.Pedersen (Eds). In *Cross-Cultural Counselling and Psychotherap*. New York: Pergamon.

Fenichel, O. [1937] (1954) Early Stages of Ego Development. In *The Collected Papers of Otto Fenichel*. H. Fenichel, D. Rapaport (Eds.). Second Series. New York: Norton.

Fenichel, O. (1945) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York. Norton.

Fonagy, P. (2002) *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York. Other Press.

Kantor, M. (2003) *Distancing. Avoidant Personality Disorder*. Westport, CT. Praeger Publishers.

Klein, M. ([1932] 1975) *The Psychoanalysis of Children*. London: Hogarth Press.

Klein, M. (1940) Mourning and its Relationship to Manic Depressive States. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol.21.

Kohut, H. (1977) The Restoration of the Self. New York. International Universities Press.

Langs, R. (1996) The Evolution of the Emotion-Processing Mind. London. Karnac; Madison, CT: International Universities Press.

Millon, T. (1981) Modern Psychopathology. Philadelphia. Sanders.

Smith, D.L. (1999) The Communicative Approach In Langs (Ed). Current Theories of Psychoanalysis Medison: International Universities Press., 297-324.

Smith, D. (2000) Communicative Psychotherapy Without Tears. In.: Unconscious Communication in Practice. Buckingham: Open University Press., 17-34.

Subby, R. (1984) Inside the Chemically Dependent Marriage: Denial a. Manipulation. In Co-Dependency: An Emerging Issue. Pompano Beach, Fla.: Health Communications, 29.

Sullivan, H. (1953) Clinical Studies in Psychiatry. Chapter in the Schizophrenic Dynamism. New York: Norton.

Sullivan, H. (1962) Schizophrenia as a Human Process. New York: Norton.

III. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ В ПОСТМОДЕРНИСТСКОМ ОБЩЕСТВЕ

3.1. Повреждающие психические организации

3.1.1. Обсессивно-компульсивная повреждающая психическая организация

Поведение, эмоциональные, волевые характеристики, стиль жизни в целом лиц с обсессивно-компульсивной повреждающей психической организацией (ОКППО) характеризуются рядом особенностей, которые снижают качество их жизни, создают затруднения в межличностных

контактах, препятствуют взаимопониманию, провоцируют конфликты и кризисные ситуации.

Базисным элементом ОКППО является ригидность, проявляющаяся в некоторой скованности движений, недостаточной плавности и тонкости мимических реакций; и в своеобразии психического состояния, которое можно назвать “ходульностью” психики с отсутствием гибкости, однообразным поведением в различных социальных ситуациях без ожидаемых естественных дифференциаций. Ригидность в первую очередь касается стиля мыслительных процессов, характеризующегося догматизмом, бескомпромиссностью, неизменностью взглядов, социальных и личностных оценок даже тогда, когда нелепость последних очевидна.

Дискуссия с лицами с ОКППО практически невозможна. Они как бы вообще не слушают собеседника, если последний выражает иную точку зрения, не обращая никакого внимания на его высказывания. На их позицию нельзя повлиять ни убеждениями, ни очевидными фактами. Все то, что не укладывается в их мыслительную схему, в сознании не фиксируется, внимания не привлекает или просто отвергается.

Особенностью данных индивидуумов является суженная фиксация внимания на каком-то отдельном факте, способе видения той или иной проблемы, отношении к чему-то, концепции, идее. Выделяется какая-то деталь, технический элемент, фрагмент, который часто не имеет не только существенного, но даже и относительно интересного в общем контексте значения. Поскольку все внимание концентрируется на нем, возможность понимания рассматриваемого вопроса утрачивается, интерес к дальнейшему анализу ослабляется или исчезает. Это происходит на общем фоне отсутствия какого-либо интереса к личностному фактору, к человеку, его психологическим характеристикам, переживаниям. Человеческий фактор, оказываясь в поле сконцентрировано суженного, зашоренного внимания, заслоняется техническими деталями.

Общая оценка ситуации лицами с ОКППО страдает выраженной эклектичностью, тенденцией к искусственному упрощению. Из поля зрения выпадают многие важные составляющие, если последние не укладываются в предпочитаемую примитивную схему. Внимание этих индивидуумов как бы не приспособлено для учета нюансов, общей тональности, психологической атмосферы, эмоциональных компонентов происходящего.

Лица с ОКППО представляют собой своего рода закрытую психологическую систему. Они не могут адекватно реагировать на намеки и сигналы, которыми обмениваются люди на невербальном уровне. Можно высказать предположение о недостаточной активации у них “глубинной бессознательной системы разума” (Langs, 1996), что неизбежно приводит к неадекватности адаптационных механизмов, отсутствию достаточной реактивности, неспособности правильно оценивать и действовать в условиях быстро изменяющейся обстановки, предчувствовать или предвидеть ближайшее развитие событий.

У лиц с ОКППО обычно слабо развита репрезентативная способность. Им свойственны постоянные затруднения в ментализации психических процессов. Неспособность формировать когерентные репрезентации внутренних объектов включает как обеднение содержания воображения, так и дефицит гибкости и плавных переходов с одного объекта на другой.

Это приводит, в частности, к спутанности между психическим и физическим компонентами активности. Возникающее желание требует немедленной разрядки в форме той или иной моторной компульсии.

В контексте теории Fonagy (1993), у индивидуумов с ОКППО “пре-рефлексивный сэлф” преобладает над “рефлексивным сэлфом”. Пре-рефлексивный сэлф представляет физическое тело, рефлексивный сэлф - это внутренний наблюдатель за психической жизнью.

Имеет место бессознательная тенденция к репрезентации психических процессов в соматических терминах. Психика и отношение к ней

приравниваются к соне и определяются характеристиками физических процессов.

Данная особенность психики лиц с ОКППО непосредственно связана с присущей им сниженной способностью к эмоциональному реагированию, состраданию, искреннему сочувствию к другим людям. Эти эмоциональные процессы не достаточно ментализируются и репрезентируются в психике.

Тем не менее, на уровне глубинной бессознательной системы разума различные отрицательные эмоциональные воздействия фиксируются и накапливаются, проявляясь, порою неожиданными и причинно неосознаваемыми “приступами” сниженного настроения, раздражительности, дисфории.

Нами консультировались лица, обеспокоенные наличием у них безпричинных внезапных, кратковременных и непонятных изменений настроения. Они, например, проявлялись в возникновении чувства стыда, вины без определенного содержания, снижении самооценки. Выявлялась потребность в необходимости вспомнить о чем-то существенно важном и, вместе с тем, неприятном, унижающем, случившемся в давнем прошлом. Пациенты относились к этим явлениям настороженно, объясняли их переутомлением, недосыпанием, перенесенным инфекционным заболеванием. Их интересовало наличие связи этих непривычных для них состояний с каким-то конкретным вредным внешним воздействием, например, интенсивным употреблением кофе, ночной работой на компьютере, изменившимися условиями профессиональной деятельности. У обратившихся к нам лиц отсутствовали признаки нарушений, достигающих уровня диагностируемых в качестве синдромов психических расстройств, согласно современным классификаторам (DSM-IV-TR, ICD-10), но выявлялись повреждающие дисфункции, характерные для ОКППО.

В процессе психоаналитической терапии устанавливалось наличие выраженного психологического сопротивления по отношению к раскрытию репрессированных негативных эмоций и связанных с ними ассоциаций.

Выявлялась фрагментарность памяти. В воспоминаниях обнаруживался разрыв между чувствами, мыслями, концепциями, событиями, паттернами поведения. Отсутствовала репрезентация себя как целостной интегральной личности.

Лицам с ОКППО свойственно постоянное эмоциональное напряжение, сочетающееся с недостаточной волевой активностью, неспособностью плавно переключать внимание, отвлекаться, продуктивно взаимодействовать с другими людьми. По существу, их психическая деятельность характеризуется наличием феномена активного невнимания к любым внешним влияниям, к новым подходам, идеям и концепциям.

В то же время эти индивидуумы способны к интенсивной работе, которая, как правило, занимает в их жизни центральное место. У данной категории лиц имеет место отчетливая предрасположенность к формированию работоголизма в его наиболее жесткой форме. Фиксация на работе позволяет полностью отвлекаться от эмоционального участия в жизни наиболее близких людей, приобретая часто гротескный характер. Работа используется в качестве способа психологической защиты, выступая как социально акцептируемое оправдание своей отстраненности, безучастности в решении серьезных семейных проблемах, воспитании детей, в принятии экзистенциально важных решений.

Одной из особенностей таких личностей является преднамеренность. Течение их жизни исключает спонтанность. В ней постоянно присутствует усилие, психологическое напряжение. Они фактически неспособны к получению истинного удовольствия, так как последнее всегда ассоциируется с ощущением необходимости решения какой-то задачи, исполнения долга, разыгрывания определенной роли.

Лица с ОКППО постоянно озадачены необходимостью постановки перед собой определенных целей с фиксированным сроком их достижения. Этот процесс зачастую мучителен, поскольку он подчиняет себе человека, заставляя проживать жизнь в состоянии постоянного эмоционального напряжения под

гнетом необходимости решения в установленный самим же собою срок той или иной задачи, что мешает расслабиться и получить удовольствие даже во время развлечений, в свободное время. Состояние хронического психологического прессинга и долженствования является обязательным компонентом структуры психики индивидуума с ОКППО. Формула “ я должен/должна” может проявляться в разных содержаниях: как непосредственная директива, императив, периодически возникающее, навязчивое воспоминание, эмоционально назойливое напоминание о своей необязательности, несовершенстве, неполноценности, как назидательное увещание.

Индивидуум с ОКППО живет в своеобразном состоянии отсутствия свободы волеизъявления, волевого напряжения, лишения себя возможности свободно выбирать маршрут своей жизни. Ему присуща интеллектуальная скованность. Эти психологические проявления пронизывают фактически всю структуру его переживаний. Выбор формы активности, принятие решения, изменение привычного стереотипа даются с трудом, происходят не спонтанно, а требуют напряжения, связанного с ощущением постоянного преодоления какого-то серьезного препятствия. Ситуацию осложняет наличие чрезвычайно выраженного сопротивления любому влиянию со стороны, отсутствие реактивности, невозможность отклониться от стереотипного стиля мышления, привычек и ритуалов.

В социальных контактах и структуре психики человека с ОКППО большую роль играет персона. Персона, согласно Jung'у, является маской, ролевым поведением, соответствующим исполняемой в данный момент социальной роли, профессиональной деятельности, общественной позиции. Персона у лиц с ОКППО полностью захватывает территорию аутентичной личности, она, по существу, съедает личность. В результате человек перестает быть самим собой, теряя свое настоящее Я. Лица с ОКППО нередко производят впечатление “живых машин”, действующих в рамках определенных заданных программ различного содержания. “Я являюсь

чиновником, и я должен вести себя так, как ему подобает”, “Я врач, и я веду себя так, как должен вести себя врач”. Влияние профессиональной персоны, профессионального Я распространяется на не связанные с профессией аспекты жизни: личные, семейные отношения, особенности общения со знакомыми, друзьями, все виды неформальных контактов.

Лица с ОКППО ведут себя так, как будто над ними давит какая-то высшая необходимость, какой-то “высший авторитет”, которому они вынуждены подчиняться. В основе ощущения вынужденной необходимости, очевидно, лежит необходимость следовать морально-нравственным ценностям, угроза внешнего или внутреннего осуждения и унижающей критики за нарушение табу. Табу может включать как конкретно формулируемые запреты, так и категории достаточно расплывчатых принципов, корни которых, по-видимому, следует искать в особенностях комплексов раннего периода развития.

Индивидуум с ОКППО находится в ловушке безостановочно создаваемой им/ею внутренней принужденности, необходимости выполнения бесконечных “обязанностей”, достигающих уровня ощущения особой ответственности, предназначения, миссии, своего рода священного долга.

Содержание таких относительно серьезных или малозначимых долженствований обычно сознательно не выбирается, оно ”приходит” из бессознательного, просто присутствует в психике, и воспринимается как неизбежность, как данность, как не подвергающаяся сомнению аксиома. Возникает необходимость функционирования в жестких рамках определенной программы. Результат ее реализации, как правило, эффектен, впечатляющ, часто сопровождается достижением профессионального успеха. В то же время другие аспекты психической жизни, включая эмоции, воображение, творчество, интуицию, эмпатию, сопереживание, значительно обеднены.

Еще в 1933 году W.Reich обратил внимание на существование особого психологического типа людей, лишенных наличия достаточной жизненной энергии (“оргонной” энергии). Автор назвал их “живыми машинами”,

неспособными ощущать себя свободными людьми. В ситуациях необходимости принятия решения и сколько-нибудь свободного выбора у таких лиц возникает тревога, дискомфорт, ощущение собственной некомпетентности, неполноценности. Именно этим объясняется плохая переносимость лицами с ОКППО периодов отдыха, отсутствия загруженности работой, выходных дней, каникул, отпуска.

Представляет специальный интерес оценка особенностей суперэго индивидуумов с ОКППО. Их суперэго характеризуется особой жесткостью, отсутствием достаточной интеграции с другими психическими структурами, отчужденностью от собственных желаний. Суперэго живет как бы отдельной жизнью, в значительном отрыве от повседневной реальности, постоянно формируя цепочки условностей, ограничений, запретов. Парадоксальность ситуации заключается в том, что любое, даже кратковременное высвобождение от ига требований и запретов суперэго не только не приносит облегчения, а, наоборот, мгновенно вызывает психологический дискомфорт, свободно плавающее беспокойство, перерастающее в тревогу. Таким образом, желаемое освобождение от давления суперэго приводит больше к потерям, чем к приобретениям.

Лица с ОКППО испытывают постоянную потребность в наличии неисчезающей преднамеренности, задействованности, загруженности “задачами” и нацеленности на их выполнение. В случае отсутствия работы, они чувствуют, что напрасно теряют время и должны, по крайней мере, хотя бы продумывать решение какой-либо проблемы, конструировать какие-нибудь планы, загружать себя вариантами решения различных задач. Любые виды активности, связанной с доставляющими удовольствие созерцанием, умиротворяющим наблюдением, любованием жизнью вызывают противоположный психологический эффект.

Перспектива избавления от прессинга суперэго сочетается также со страхом “потери контроля”, которое иногда воспринимается такими лицами как чувство “схождения с ума”.

Наличие ОКППО способствует появлению догматизма в оценках, мыслительных операциях, формируемых концепциях, взглядах на происходящие события, личностные качества и межличностные отношения.

Ригидность внимания приводит к значительному сужению воспринимаемой информации. Последняя, очевидно уже на бессознательном уровне отвергается, так как молниеносно оценивается как содержащая угрозу потенциального разрушения привычного стереотипа, реализующегося в рамках сформированных ранее подходов.

С этим связано характерное для лиц с ОКППО отсутствие любознательности, сопротивление получению информации, выходящей за пределы узкой профессиональной направленности, и деятельности, связанной с практической реализацией актуализированной в данный момент текущей потребности.

Жесткая технократичность жизненного стиля мешает творчеству, препятствует возникновению инсайтов, появлению принципиально новых идей, рефлексии, критического отношения к собственному видению происходящего.

Структура переживаний лиц с ОКППО обнаруживает парадоксальное сочетание догматизма с мучительными сомнениями, внутренней неуверенностью, тщательно скрываемыми от окружающих. Сомнения затрагивают сферу технических деталей, возможности совершения ошибок при расчетах, конкретных действиях. Типично недоверие к себе, к эффективности собственных психических процессов, например, памяти. Отсюда возникают многочисленные трудности, касающиеся повседневных бытовых активностей: частая перепроверка выключения электроприборов, закрытия помещений, утрированного соблюдения правил личной гигиены.

В ряде случаев происходит интенсификация сомнений, которые начинают доминировать в психической деятельности, что приводит к формированию обсессивно-компульсивного нарушения уже как клинической нозологической формы.

В психоаналитическом аспекте догматизм и сомнения лиц с ОКППО можно рассматривать как формы психологической защиты по отношению к возможности возникновения спонтанного самоосуждения (Shapiro, 1965). Тенденция к формированию ритуалов также является видом психологической защиты, что непосредственно связано с отвлечением от постоянной опасности прорыва в сознание репрессированных содержаний бессознательного. Анализ ритуалов показывает их алогичность, бессмысленность и даже абсурдность. Однако, для лиц с ОКППО они имеют особый герменевтический смысл, представляя собой замкнутую, изолированную от внешнего мира систему мыслительных операций с иногда интенсивными эмоциональными переживаниями.

Таким образом, использование ритуалов является эффективным способом отстранения от многих ситуаций, способных вызвать негативные переживания, от нежелательных размышлений и воспоминаний. Индивидуум с ОКППО обычно имеет в своем арсенале какой-то ритуал (или ритуалы), содержание которого не сообщается окружающим, а носит интимный характер персональной тайны.

Постоянно присутствующая в психике структура ритуалов объективно приводит к относительно частому повторению различных вариантов внутреннего “ухода” и определенных стереотипных поведенческих реакций. В процессе интроекции (введения) ритуалов в психику возможна их интернализация (усвоение), при этом они становятся элементом психической структуры. Подобная динамика часто сопровождается трансформацией содержания ритуалов, приобретением ими нового смыслового значения. Наиболее типичным для этого процесса становится появление в психическом содержании ритуала нового магического компонента, наряду с уже имеющимся защитным компонентом. В результате выполнение ритуала уже не столько защищает его обладателя от нежелательных мыслей и/или эмоций, сколько выполняет функцию магической протекции от физической угрозы, болезни, несчастного случая, неудачи, поражения.

Степень представленности отдельных составляющих в общей структуре ритуалов отражает степень вовлеченности в процесс бессознательной сферы. Чем большую долю участия в психологическом содержании ритуала имеет магический компонент, тем в большей степени задействовано влияние бессознательного. Магическая «окраска» ритуалов обычно клинически неблагоприятна и свидетельствует о риске развития эндогенного нарушения психотического уровня.

ОКППО является повреждающей дисфункцией, которая значительно чаще встречается в постсовременной культуре, чем диагностируется. Очевидно, в связи с этим можно говорить о скрытой эпидемии данного нарушения. Лица с ОКППО, несмотря на наличие критического отношения к собственной дисфункции (многие из них субъективно воспринимают свои переживания и привычки как иррациональные и стыдятся их раскрытия), не обращаются за помощью к профессионалам. Над ними постоянно давит выделяемая психоаналитиками структура наблюдающего эго, выполняющего функцию безличностно оценивающего со стороны образования. Таким образом, ОКППО является в значительной степени эго-дистонной структурой, то есть структурой, не сливающейся с эго, а чужеродной по отношению к нему. Естественно, что в отличие от клинической классической формы обсессивно-компульсивного расстройства в варианте ОКППО эго-дистонность менее выражена.

В то же время следует учитывать, что лица с ОКППО во многих случаях лишают себя возможности достижения успеха в сфере желаемых и потенциально доступных положительных результатов профессиональной самореализации. Так, например, они часто довольствуются мало оплачиваемой, не престижной работой, лишенной возможности реальных дальнейших продвижений.

Социологический анализ показывает, что особенности постмодернистского общества неоднозначно влияют на риск формирования ОКППО. С одной стороны, характерный для постмодернизма непрерывный

поток быстро происходящих изменений несомненно вступает в противоречие со стилем жизни, формирующимся как следствие данного нарушения. С другой, – сохраняющееся влияние бюрократических структур со все усложняющимися громоздкими системами планирования, отчетности, постоянного, зачастую необоснованного и обременительного многоуровневого контроля создает тепличные условия для задействованных в этой системе лиц с ОКППО.

В постмодернистском обществе функционирует значительно большее количество лиц с ОКППО, чем пациентов с официальным диагнозом обсессивно-компульсивного расстройства. В выраженной клинически классической форме обсессивно-компульсивное расстройство диагностируется у 0, 2 % популяции (Ratey, Johnson, 1998).

Лица с ОКППО, являясь составным элементом бюрократических учреждений, оказываются основой процветания различных аддиктивных организаций. Аддиктивные организации объективно значительно тормозят прогрессивное социальное развитие производства, образования, медицины, науки, культуры и др. Особенно отрицательно сказывается воздействие аддиктивности во всем, что непосредственно связано с творчеством. Аддиктивный компонент организации создает психологический климат, препятствующий реализации творческих подходов, ломке принятых стереотипов, видению новых возможностей и перспектив, возникновению инсайтов.

В аддиктивных организациях работают индивидуальные аддикты, которые на фоне уже сформированного ранее исходного сочетания индивидуальных аддиктивных механизмов с признаками ОКППО воспринимают организационную аддиктивность как благодатную почву и, в свою очередь, активно способствуют усилению социальных аддиктивных механизмов.

Психологические особенности лиц с ОКППО совпадают с основными принципами функционирования аддиктивной организации. Их объединяет

невнимание к человеческому фактору, игнорирование эмпатии и сопереживания, формализм, инструментальный стиль отношений, эмоциональное дистанцирование, отчужденность, ориентация на количественные показатели, постоянный мелочный контроль в отношении себя и других людей. Объединяющими моментами являются также закрытость, стремление производить впечатление отсутствия сколько-нибудь значительных проблем, создавать и искусственно поддерживать в глазах окружающих свой положительный имидж.

В имеющейся по проблеме литературе встречаются данные анализа влияния семейных факторов на формирование ОКППО. Levenkron (1992) в этом контексте специально выделяет роль зависимости, доверия, способности к проявлению достаточно тонких оттенков эмоциональных реакций, чувств, входящих в спектр нежности. По мнению автора, нормальное развитие этих психических образований предотвращает возникновение рассматриваемой повреждающей дисфункции.

Если ребенок рождается в тревожной семье, у родителей, пребывающих в состоянии постоянного стресса, у него отсутствует уверенность в способности родителей позаботиться о нем. Такой ребенок переживает чувства опасности, неуверенности и недоверия. На фоне имеющейся недостаточности он выбирает вариант минимизации своих потребностей в родительской заботе, обусловленный страхом столкновения с отрицательной реакцией родителей.

Родитель становится для ребенка исключительно символом зависимости. Levenkron полагает, что на бессознательном уровне ребенок воспринимает силу родителей как связанную с его (ребенка) минимальной потребностью в заботе. Эта психологическая связка обратной зависимости фиксируется в психике. По мере развития процесса формируются отношения, в которых дети оказываются в ситуации необходимости возложения на себя ответственности за выполнение не свойственных их возрасту взрослых функций, например, функций посредничества и/или советчика в отношениях между родителями. В

результате возникает неадекватное, кратковременное повышение самооценки ребенка. Однако, в длительной перспективе такая ответственность воспринимается как все более обременяющая, что приводит к развитию стойких негативных эмоциональных комплексов. Ребенок чувствует, что положительное родительское отношение к нему связано только с его способностью удовлетворять желания взрослых. Это блокирует нормальное психобиологическое развитие и задерживает формирование спаянной (когезивной) идентичности.

Отец в таких семьях воспринимается матерью как человек отстраненный, эмоционально недоступный, интересующийся исключительно вне семейными, производственными проблемами и контактами с другими людьми. У отца отсутствует глубокое взаимопонимание с матерью, общение между супругами носит поверхностный формальный характер. Отец устраняется от необходимой для ребенка поддержки, не выполняет многих обещаний, ограничиваясь формальными ссылками на чрезвычайную занятость, загруженность делами, работой, ответственностью.

Причины эмоциональной недоступности и дистанцированности родителей в условиях постсовременной культуры могут быть обусловлены и объективными факторами: загруженностью событиями, необходимостью постоянно “быть на высоте” предъявляемых требований, приспособляться к нарастающему темпу изменений, преимущественной настроенностью на достижение успеха.

Одной из ключевых особенностей постсовременного общества является феномен покидания. Покинутыми оказываются дети, не получающие достаточного родительского внимания. Покинутыми чувствуют себя супруги, потерявшие радость эмоционального общения.

Лицам с ОКППО свойственна низкая самооценка, связанная с невыполнением родителями психобиологических требований, способствующих стимуляции формирования детской идентичности. Родители редко хвалят детей, мало говорят об их положительных чертах, что крайне

необходимо для становления идентичности ребенка. Вместо этого ребенка часто обзывают, награждая терминами “глупый”, “упрямый”, “невнимательный,” “тупой” и др.

Такие эпитеты и негативные характеристики усваиваются ребенком, интроецируются его психикой и интернализуются в ней. Отрицательное влияние на этот процесс оказывают недостаток внимания к ребенку, безразличие к его достижениям, отсутствие достаточного психобиологически необходимого зрительного контакта, пренебрежение привязанностями, хобби ребенка, его привычками, опасениями и страхами.

Постоянная недостаточность внимания к ребенку, урывочное общение “на ходу”, отсутствие эмоциональной поддержки приводят к формированию комплекса неполноценности, чувства своей незначимости, никчемности, безинтересности, невозможности представить интерес для других при сколько-нибудь длительном контакте.

Для лиц с ОКППО характерна низкая самооценка, сочетающаяся с задержкой развития способности к тонким эмоциональным переживаниям. Спектр эмоциональных переживаний обеднен, большинство чувств вытесняется в бессознательную сферу и так и не реализуется в течение жизни, что приводит к блокированию их развития, невозможности совершенствования, «шлифовки», приобретения адаптивных нюансов и навыков. Взрослые индивидуумы с ОКППО чувствуют внутреннюю пустоту, оценивая себя примерно так: “я чувствую себя никем”, “у меня такое ощущение, как будто внутри меня пустота, в которой никого нет”, “когда я пытаюсь думать о себе, у меня возникает чувство омертвения, как будто во мне нет ничего живого”.

Низкая самооценка препятствует полноценному общению из-за страха критических замечаний, отвержения. Самоизоляция становится психологической защитой. Эти лица на бессознательном уровне ограждают себя от неформального контакта, дружеских отношений, взаимной симпатии, любви. Они создают психологический барьер возникновению привязанности к

кому-либо, так как боятся неизбежного, с их точки зрения, покидания и связанных с ним тяжелых переживаний.

Ригидность, холодность, отстраненность, уход от “встречи” с негативными переживаниями создают у лиц с ОКППО почву для возникновения неожиданных эмоциональных взрывов, агрессии, совершения насильственных действий с аффектом ярости. На роль в таких проявлениях сверхконтроля, проявляющегося у этих лиц в повседневной жизни, указывают, в частности, авторы, занимающиеся судебно-психиатрическими аспектами убийств “яростного типа” (Meloy, 1992; Cartwright, 2002; Hyatt-Williams, 1998 и др.).

Satten et.al. (1960) при описании индивидуумов, совершающих внезапные убийства, используют личностные характеристики, свойственные ОКППО: рациональность, ригидность, когезивность, наличие сильного контроля над поведенческими актами. Совершаемые на этом фоне преступления носят необъяснимый, бессмысленный характер.

Hyatt-Williams (1998) обращает внимание на то, что у лиц с подобными психологическими особенностями выявляется ограниченная переносимость любых аффективных состояний, в особенности гнева, который может внезапно полностью овладевать ими. В то же время обычное выражение эмоций всегда крайне затруднено, следствием чего является преимущественно формальные отношения с другими. Типично также избегание потенциально конфликтных ситуаций.

При неспособности к сопереживанию, лица с ОКППО могут участвовать в совершении антигуманных активностей различного и даже преступного характера. Если последние санкционированы непосредственными начальниками, или вышестоящими представителями власти, индивидуумы с ОКППО так объясняют причины своих действий: “Я только выполнял приказ”, “У меня не было никаких чувств личной неприязни к репрессированным”, “Я просто подписывал/подписывала соответствующие бумаги”. Так выглядят

декларации попыток самооправдания в случаях привлечения данной категории лиц к юридической или моральной ответственности.

В заключение следует отметить, что ОКППО является элементом, присутствующим в психике так называемых “байстандеров” (bystanders) – лиц, со стороны наблюдающих за различными негативными процессами и событиями, включающими преступные действия по разным, например, политическим мотивам, занимающих позицию невмешательства или конформного пассивного одобрения.

ЛИТЕРАТУРА

Cartwright, D. *Psychoanalysis, Violence and Rage-Type Murder* (2002). New York . Brunner-Routledge.

Fonagy, P. (2001) *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York. Other Press.

Hyatt-Williams, A. (1998) *Cruelty, Violence and Murder: Understanding the Criminal Mind*. London. Jason Aronson.

Langs, R. (1996) *The Evolution of the Emotion-Processing Mind*. London. Karnac; Madison, CT: International Universities Press.

Levenkron, S. (1992) *Obsessive-Compulsive Disorders*. New York. Warner Books

Meloy, J. (1992) *Violent Attachments*. London. Jason Aronson.

Ratey, J., Johnson, C. (1998) *Shadow Syndromes*. New York. Bantam Books.

Reich, W. (1933) *Character Analysis*. (New York: Orgone Institute Press, 1949).

Satten, J., Menninger, K., Rosen, I., Mayman, M. (1960) *Murder Without Apparent Motive: a Study in Personality Disorganization*. *American Journal of Psychiatry*, 117, 48-53.

3.1.2. Пограничная повреждающая психическая организация

Современная Россия характеризуется, как уже отмечалось, одновременной представленностью в популяции трех культурных структур – традиционной, современной и постсовременной. Традиционная культура сохраняется в наиболее выраженном варианте в сельской местности, небольших городах и поселках, отдаленных от метрополий и промышленных центров. Современная и особенно постсовременная культура является прерогативой больших городов и метрополий.

Исторически сложившееся очень быстрое вытеснение традиционной культуры в ее советском варианте современной и постсовременной культурой вызвало аккультуризационный шок у большого количества людей, относящихся к различным социальным группам.

В психике значительного числа людей, даже успешных и социально приспособленных, воспринявших постсовременную культуру положительно и усвоивших ее подходы, элементы старой традиционной культуры остаются вытесненными в бессознательную сферу. Медленно и постепенно они приобретают архаичный характер, оказывая постоянное влияние на психический статус, эмоции, мышление и деятельность, находясь в противоречии с содержаниями психики, свойственными постсовременной культуре.

Подобная ситуация неизбежно вызывает хроническое эмоциональное напряжение и психофизический стресс. Интернализация (усвоение) проявлений постсовременной культуры часто носит поверхностный характер и не интегрируется с другими составляющими личности. Взаимосвязь этих двух факторов: влияния рудиментов традиционной культуры и недостаточно интернализированной постсовременной культуры происходит во многих случаях на фоне исходной диффузной идентичности и объективно не только блокирует формирование более спаянной идентичности, но и усугубляет ее фрагментизацию

В результате происходит насыщение современной популяции лицами с признаками диффузной идентичности, типичной для пограничных состояний. Некоторые из них обнаруживают набор симптомов, зарегистрированных как критерии диагностики пограничного личностного расстройства (ПГР), согласно DSM-IV-TR. Количество таких лиц стремительно нарастает. Однако, значительное большинство не “собирает” достаточного количества признаков, требуемых для диагностики ПГР.

Более того, диагностируемые у них признаки проявляются в мягкой форме, в течение длительных периодов времени компенсируются зрелыми психологическими защитами в виде сублимации, интеллектуализации, идентификации, и задействуются обычно только в стрессовых ситуациях.

Тем не менее, эти лица часто испытывают необъяснимое никакими причинами состояние психического дискомфорта, обнаруживают наличие “низкого уровня страха” (по Bauman, 2002); их межличностные отношения затруднены; наблюдается склонность к совершению немотивированных деструктивных действий, включающих самоповреждения, суицидальные попытки, рационально необъяснимую агрессию. Эта категория лиц отнесена нами к лицам с пограничной повреждающей психической организацией (ПППО).

Выделение ПППО может быть полезным для лучшего понимания структуры личности “проблемных” людей в постсовременном мире, создании их «психологического портрета» в целях организации квалифицированной помощи без возможной психиатрической стигматизации.

Имеющиеся в DSM-IV-TR симптомы пограничного личностного расстройства присутствуют в ПППО в количестве, недостаточном для диагностики личностного расстройства. Они менее постоянны, смягчены и, кроме того, сочетаются с не выделяемыми в классификаторе категориями.

Сэлф индивидуумов с ПППО функционирует в режиме быстро сменяющихся интенсивных психических процессов, которые осциллируют между полной индифферентностью и страстной вовлеченностью, между

интенсивной идеализацией и обесцениванием как конкретных лиц, так и концепций, идей, предметов, событий, явлений. Типичны смены состояний свободно плавающей тревоги и/или выраженного страха и хронического чувства экзистенциальной скуки. Недостаточность «корневой системы» базисной спянной идентичности влияет на диапазон границ последовательного целенаправленного поведения, сокращая их. Энергии для логического завершения многих начинаний не хватает и в то же время достигнутый успех доставляет лишь крайне кратковременное удовольствие, так как перестает быть актуальным.

Межличностные отношения лиц с ПППО определяются как “микроволновые” (Gergen, 1991) : интенсивный эмоциональный накал быстро превращается в холодную индифферентность. Принятые обязательства, договоренности, реализация установленных норм, правил и взаимных обязательств осуществляется только до появления новых, оказывающихся более привлекательными обстоятельств и возможностей.

Осевым психологическим механизмом возникновения ПППО является избегание длительной фиксации, в противоположность свойственному в норме стремлению к аттачменту. Понимание этой особенности может предотвратить или, по крайней мере, смягчить психические травматизации и неприятные переживания, неизбежно возникающие в процессе установления достаточно значимых эмоциональных и/или деловых контактов с лицами с ПППО.

Если для модернистского общества была характерна ориентация на прочность и длительность, как строения из стали и бетона, то постмодернистское общество находится в границах заданной нестабильности, “текучести”, оно построено из “био-деградирующего пластика” (Bauman, 1996).

У лиц с ПППО обнаруживается тенденция к совершению действий, граничащих с антисоциальными, что можно квалифицировать как предрасположенность к антисоциальному стилю поведения. Очевидно,

многие особенности постмодернистской культуры, оказываясь чрезвычайно соблазнительными, способствуют такой динамике. К ним относятся фрагментарность эмоциональных интеракций, эксплуативность, манипулятивность, нацеленность на немедленное получение удовольствия, игнорирование переживаний других с их обесцениванием по мере исчезновения ощущения их “полезности”.

Большое влияние на возникновение ПППО оказывают средства массовой информации и особенно телевидение, которое в буквальном смысле пронизывает жизнь членов постсовременной культуры. Нельзя недооценивать в этом ракурсе постоянную демонстрацию документальных и художественных фильмов, спектаклей, репортажей, изобилующих примерами различных вариантов психических расстройств, наиболее частыми из которых являются параноидные состояния. Происходит индоктринация различными вариантами психотизма сознательного и бессознательного уровней психики значительной части лиц, проводящих существенную часть свободного времени за экранами телевизоров.

Недостаточно интегрированная психика особенно предрасположена к интернализации подобных содержаний, что затрудняет разграничение между реальным и виртуальным миром, способствует усилению “рыхлости” психики, нарушению стойкости фиксаций, общей дестабилизации как общих процессов переживания, так и переживания времени и пространства.

В психологически трудных ситуациях лиц с ПППО характеризуют типичные для этих состояний фрагментация и слабая ориентированность сознания. В некоторых случаях возможно развитие состояний с шизофреноподобными проявлениями.

В этом контексте представляет интерес появившийся недавно специальный термин “телефрения” (Sass, 1992), более подробное описание которого содержится в разделе, посвященном параноидной повреждающей психической организации.

Наличие в психической структуре признаков ПППО часто комбинируется с элементами нарциссизма, которые особенно отчетливо проявляются в состояниях энергетического подъема с легкой эйфорией. В такие периоды появляется склонность к повышенной самооценке, желание рассказывать о своих нереализованных по разным “объективным” причинам способностях и талантах (“в детстве я прекрасно играла на фортепьяно, но родители заставили меня прекратить занятия”, “в школьные годы я писала очень хорошие стихи, но родители и учителя не одобряли моего увлечения, считая, что я зря трачу силы на занятия, которые не смогут меня прокормить”).

Проявления нарциссизма влияют на характер контактов с психологами и психотерапевтами, помогающими разрешать семейные, служебные конфликты, обиды и недоразумения. Нарцисстическая демонстративность, стремление показать свое превосходство над специалистом могут вызывать раздражение и привести к недооценке значимости рассматриваемых вопросов, что, в свою очередь, провоцирует смену настроения пациента, дисфорию и обесценивание идеализированного им ранее профессионала.

Другим вариантом взаимоотношений является возникновение отстраненного безразличия, во время которого проводимая специалистом работа адекватно не воспринимается и как бы проваливается в пустоту. Погружение пациента в такое состояние фрустрирует психотерапевта, вызывая чувство неуверенности, сомнения в себе, в правильности избранной тактики, самообвинения, ощущение профессиональной некомпетентности. Пациентка/пациент не воспринимает или воспринимает формально предлагаемые интерпретации, соглашаясь или пассивно выслушивая их. Ее/его психологический статус при этом не меняется. Тем не менее, в отличие от клинических случаев пограничного личностного расстройства, эти состояния возникают эпизодически, и при следующей встрече с терапевтом могут не повторяться.

Следующим **психологическим механизмом** формирования ПППО является отчетливо выраженное преобладание первичного процесса над

вторичным. Согласно классической психоаналитической концепции, первичный процесс является прерогативой бессознательной психической структуры “id” и характеризуется отсутствием категорий времени и пространства. В нем нет понятий “прежде”, “сейчас”, “после”, прошлого и будущего, все происходит во вневременном ракурсе.

Прошлое, настоящее и будущее сливаются в один временной континуум. Отсутствуют формально логические построения, в неограничиваемом логическими несоответствиями потоке фантазий все невозможное легко становится возможным, происходит быстрое переключение от одного содержания к другому, от позитивного аффекта к негативному, и наоборот.

Отсутствуют условности, противоречащие друг другу мысли и чувства совмещаются без какого-либо напряжения. Взаимоисключающие идеи мирно сосуществуют. Отрывки воспоминаний и мыслей используются для создания целостных образов и, в то же время, целостный образ легко распадается на отдельные фрагменты. Самые разнообразие идеи могут находить выражение в единственном имидже или мысли.

Первичному процессу, в отличие от вторичного, не свойственна вербализация. Отдельные слова и даже длинные словесные репрезентации обычно заменяются визуальными или другими сенсорными импрессиями. Происходит частая смена эмоциональных фиксаций, смещение катексов, Мобильность катексов (эмоциональных фиксаций) сочетается с конденсацией - слиянием различных образов, отрывков мыслей в один образ или одну идею. Первичный процесс энергетически насыщен либидинозным и агрессивным драйвами, которые оказывают воздействие на сознательную сферу – “ego” и стремятся к разрядке.

Активность первичного процесса поддерживает и периодически усиливает проявления ПППО в виде частой непрогнозируемости поведения, необъяснимой внешними причинами сменой настроения, импульсивности, постоянных проблем с установлением достаточно длительных эмоционально значимых отношений.

Преобладание первичного процесса имеет непосредственное отношение к импульсивности индивидуумов с этим видом дисфункции. Как известно, импульсивность является одним из симптомов пограничного личностного расстройства, являясь одним из главных факторов, нарушающих реализацию жизненных целей и планов, требующих наличия длительных мотиваций.

Импульсивность лиц с ПППО выражена в значительно меньшей степени, ее проявления в большинстве случаев не мешают осуществлению задуманного, не имеют “стратегически” разрушающего характера. Импульсивность сочетается здесь с сохранностью целей и интересов. Последние обычно сравнительно стабильны и постоянны, имеют приоритетное значение, по сравнению с внезапно возникающими желаниями и различными соблазнами.

Таким образом, импульсивность при ПППО носит более поверхностный и благоприятный характер, недостаточный для дезинтеграции психических структур, обеспечивающих возможность формирования значимых длительных эмоциональных отношений внутри ценностно-смысловой системы качественного мира. Содержание качественного мира включает, как известно, наличие наиболее эмоционально значимых людей, которых хотелось бы иметь в своем окружении; наиболее значимые события, в переживании которых хотелось бы участвовать; вещи и предметы, которые хотелось бы иметь в своем распоряжении; и суждения, мысли, умозаключения и убеждения, наполняющие ментальное пространство.

В то же время присутствие в психике структурных компонентов ПППО при прочих равных условиях, несомненно, снижает общую толерантность к стрессовым воздействиям, что оказывает специфическое влияние на проявления импульсивности. У каждого индивидуума с признаками ПППО имеется своя сфера психологической уязвимости, зона “наименьшего сопротивления”, прикосновение к которой легко провоцирует непродуманные внезапные аффективные реакции и действия, которые могут носить социально неприемлемый и даже опасный характер.

В отличие от пограничного личностного расстройства, импульсивные реализации при ПППО заставляют задуматься и критически отнестись к произошедшему. В ряде случаев такой анализ приводит к формированию защитных механизмов избегания, связанных с риском аффективного срыва ситуаций и навыка супрессии (сознательного подавления) внезапно “накатывающего” аффекта.

ПППО может присутствовать у лиц с различными личностными структурами. Особенный интерес данная дисфункция представляет в случаях наличия психологического феномена инкапсуляции в психике “плохого элфа”, содержащего в себе такие отрицательные образования, как, например, чувство униженности, неполноценности, стыда, гнев, ярость, агрессия.

Плохой элф отщеплен от положительного элфа, и в повседневной реальности обычно не проявляется. Поддерживает описанное выше состояние сформированный такими индивидуумами “нарцисстический внешний скелет” (Cartwright, 2002).

Данная психологическая структура является констелляцией лиц, оказывающих постоянную поддержку посредством одобрения, похвал, положительных оценок и отзывов. Прилагая значительные усилия к созданию таких констелляций, индивидуумы с ПППО часто попадают в ловушку зависимого, уступчивого поведения. Внешняя поддержка является для них абсолютно необходимой для сохранения относительно стабильной, интегрированной психической структуры, поскольку положительная часть их личности сама по себе слишком слаба, чтобы существовать, не подвергаясь деструктивному влиянию плохого элфа. Нарцисстический внешний скелет является структурой, которая позволяет в течение длительного времени сохранять статус кво. Тем не менее, ее негативное влияние заключается в значительном сокращении психического пространства индивидуума. Нарцисстический внешний скелет неизбежно снижает репрезентативную способность, ограничивая воображение, полет фантазии, творческую активность.

Для лиц со сформированным нарцисстическим внешним скелетом характерна приобретенная в детском возрасте недостаточность использования такой психологической защиты, как идентификация с одним из родителей или с другой авторитетной фигурой. Аналитические исследования показывают, что вместо идентификации используется имитация, являющаяся по существу ее более примитивным незрелым предшественником.

Механизм имитации сохраняется во взрослом периоде и участвует в процессе построения и существования нарцисстического внешнего скелета. Имитация отличается от идентификации тем, что ее объекты не интернализируются в психике, а непосредственно зависят от постоянного присутствия имитируемого внешнего объекта. Таким образом, сохранение внешнего нарцисстического скелета требует перманентной внешней поддержки от окружающих и связано с хроническим психическим напряжением. Для получения обратной связи от “группы поддержки” приходится многим жертвовать, по сути, жить неестественной жизнью, играть несвойственные роли, проявлять рационально неоправданную уступчивость, затрачивать энергию и время, чтобы любой ценой производить желаемое впечатление в соответствии с придуманным имиджем. В этом процессе окружающим лицам из группы поддержки обычно приписываются различные положительные качества, однако на уровне имитации они также не интернализируются в психике, а на бессознательном уровне провоцируют возникновение чувства недоверия.

Несмотря на это, индивидуумы с ПППО и нарцисстическим внешним скелетом умеют производить хорошее впечатление на окружающих (и на себя самих). Последнее обусловлено построением в собственном ментальном пространстве идеализированной системы объектных отношений, которая отражает часть их настоящего «Я». Именно поэтому совершаемые ими порою агрессивные действия и акты насилия оказываются неожиданными и необъяснимыми.

Индивидуум с развитым и стабильным нарцисстическим внешним скелетом плохо переносит стрессовые воздействия и тем более психические травмы, которые могут провоцировать аффективные взрывы, вспышки гнева, неконтролируемой ярости.

Наличие в структуре личности ПППО влияет в целом на содержание эмоциональной жизни, лишенной гармоничного сочетания глубины и продолжительности. Рефлексия отрицательных эмоциональных проявлений и отдельных составляющих процесса личностного роста практически отсутствует. Это касается, например, недостаточной представленности в эмоциональном репертуаре эмоции скорби, слабой рефлексией этого чувства, что, как известно, приводит к повышенному риску развития депрессивных состояний, в том числе и эндогенных депрессий. В последнее время встречаются сообщения о предрасположенности таких лиц к совершению актов насилия (Cartwright, 2002).

Акты внезапного насилия у лиц с диффузной идентичностью иногда объясняются активизацией деструктивного ауто-, гетеро-деструктивного драйва, “инстинкта смерти”. В то же время анализ агрессивного поведения лиц со сформированной структурой нарцисстического внешнего скелета показывает, что совершаемое ими насилие провоцируется разрушением или угрозой его разрушения.

Среди членов “группы поддержки” всегда присутствует наиболее слабое звено. Им, как правило, оказывается самый значимый человек, в идеализацию которого в течение длительного времени вкладывались значительные усилия. В результате возникает выраженная зависимость. Сохранение отношений с этой фигурой постепенно становится чрезвычайно важным и отождествляется с главной жизненной целью.

Другие персонажи группы поддержки также занимают важное, но уже второстепенное место. Если подводит или предает главный из них, вся структура защитного нарцисстического внешнего скелета распадается, возникает угроза катастрофы, личностной аннигиляции.

Скрытая склонность к агрессии и внезапному насилию у лиц без видимых психических отклонений рассматривается Hyatt-Williams (1998) как признак наличия тщательно замаскированной криминальной личности. “Криминальная личность”, согласно автору, “существует между невротическими и психотическими способами управления внутренними переживаниями”. Анализ влияния ПППО на упомянутые процессы проясняет механизм этой динамики. Криминальное ядро личности представлено замаскированным нарциссизмом, раскрытие которого вызывает редукцию общей картины мира к фрагментарным частичным объектам и дегуманизацию окружающего.

Рассуждая далее, Hyatt-Williams приходит к заключению, что всем людям в той или иной степени присуща тенденция к совершению насилия, как проявление инстинкта смерти. “Трудно перевариваемая идея смерти” является ядром патологической организации, которая постоянно угрожает психическому развитию и жизненному процессу. Автор называет эту скрытую систему “конstellацией смерти”. Большое значение в ее формировании имеет невозможность трансформации, переработки данной констелляции в течение жизни. Констелляция сохраняется в дремлющем состоянии в бессознательном до тех пор, пока какое-то индивидуально значимое травмирующее событие ее не активизирует.

Hyatt-Williams, будучи специалистом по судебной психиатрии, не уделяет внимания другой стороне затрагиваемого вопроса, заключающейся в предрасположенности данной категории лиц к совершению не только гетероагрессивных (направленных во вне), но и внезапных аутоагрессивных действий. Последние имеют одно существенное отличие от самоповреждающего поведения у лиц с пограничным личностным расстройством. Самоповреждения при личностном расстройстве совершаются часто и имеют тенденцию к повторениям с постепенно нарастающей степенью тяжести. Акты самоповреждения при деструкции нарцисстического внешнего скелета у лиц с ПППО более опасны, носят brutальный характер, феномен

постепенного нарастания отсутствует. Их аутоагрессия фактически приближена к серьезным суицидальным попыткам и всегда представляет реальную угрозу жизни. Хорошей новостью в данном контексте является то, что эти действия в повседневных ситуациях не повторяются, а возникают лишь при условии совпадения нескольких факторов, каждый из которых имеет избирательное психотравмирующее влияние на личность.

Встречается еще одна группа лиц с ПППО, в которую входят лица 20-30 летнего возраста, основной жалобой которых является невозможность устанавливать и поддерживать сколько-нибудь стойкие, теплые эмоциональные отношения с другими людьми.

Guntrip (1968) называет таких индивидуумов “заключенными”. С одной стороны, они стремятся к любви, а, с другой, - появление этого чувства сразу же вызывает психологическое сопротивление, протест и отвержение, обусловленные наличием в предшествующем опыте деструктивных последствий как для себя (для своего элфа), так и для любовного объекта.

Анализ показывает наличие в данном процессе следующего **психологического механизма**: установление неформальных отношений приводит к возникновению выраженной зависимости от партнера по интимно-личностному общению с дальнейшим нарушением у индивидуума с ПППО и без того недостаточно спаянной идентичности. Возникает феномен быстрой и в то же время нестойкой идентификации с объектом выбора с одновременной потерей себя, чувством фрагментарности, растворением своей идентичности, что сопровождается развитием экзистенциальной, свободно плавающей тревоги.

Не имея способности к установлению приносящих удовлетворение эмоциональных контактов, эти лица могут испытывать чувство безжизненности, мертвой апатии. Способом, изменяющим психическое состояние, оказывается использование химических и нехимических агентов. К числу последних относятся промискуитет, сексуальные извращения,

причинение себе физической боли (с целью хотя бы на время освободиться от тяжелых психических переживаний).

ЛИТЕРАТУРА

Bauman, Z.(1996) From Pilgrim to Tourist – or a Short History of Identity. In S.Yall and P. du Gay (eds.), Questions of Cultural Identity. London and Thousand Oaks, CA, Sage, 18-38.

Bauman, Z. (2002) Liquid Fear . Cambridge, MA. Polity Press.

Cartwright, D. (2002) Psychoanalysis, Violence and Rage-Type Murder. Hove and New York. Brunner-Routledge.

Gergen, K. (1991) The Saturated Self: Dilemmas of Identity in Contemporary Life New York. Basic Books.

Guntrip, H. (1968) Schizoid Phenomena: Object Relations and the Self. London. Hogarth Press.

Hyatt-Williams, A. (1998) Cruelty, Violence and Murder: Understanding the Criminal Mind. London. Jason Aronson.

Sass, L. (1992) Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art, Literature, and Thought. New York. Basic Books.

3.1.3. Доминантно-подозрительная (параноидная) повреждающая психическая организация

Описание психологических особенностей лиц, приближающихся к характеристикам доминантно-подозрительной (параноидной) повреждающей психической организации (ДПППО), можно найти в работах Краепелин (1921). Краепелин считал, что эти характеристики присущи преморбидным параноидным состояниям. Автор в первую очередь фиксировал внимание на наличие у этих лиц неуверенности и подозрительности на фоне выраженной эмоциональной раздражительности, постоянной неудовлетворенности и недовольства.

Индивидуумы с ДПППО обращают особое внимание на неопределенные намеки, неулавливаемые другими людьми. Подобные реакции привлекают особое внимание и порождают у окружающих неадекватные оценки. В результате “...вещи выглядят не так, как должны выглядеть, везде видятся заинтересованные мотивы, присвоения, интриги”. Kraepelin также полагал, что в таких случаях наблюдается сочетание неуверенности с “эксцессивно высокой самооценкой”. Симбиоз неуверенности и высокой самооценки приводит к тому, что индивидуум вынуждает себя вступать во враждебную оппозицию с окружением в самых разнообразных социальных ситуациях. Автор обращал внимание на возможность активизации воображения и “окрашивание мыслей живыми чувственными тонами”.

E. Bleuler (1906), описывая похожие или идентичные с вышеперечисленными клинические случаи, подчеркивал, что эти индивидуумы делают не больше ошибок и неправильных интерпретаций жизненных событий, чем нормальные люди. Их главной патологической чертой являлась чрезвычайная «привязанность» к своим ошибкам. Резистентность к изменениям способствует всевозрастающей ригидности убеждений, невозможности соотносить свои мнения с фактами объективной реальности.

A. Meyer (1908) в качестве дополнения к перечисленным особенностям упоминал о наличии у этой категории лиц тенденции к социальной изоляции и готовности к энергетически выраженному противодействию любым попыткам коррекции их явно ошибочных представлений.

Menninger (1940) связывал сочетание подозрительности и значительной однонаправленной переоценки событий с анальным периодом развития детского эротизма. Автор отмечал: “Черты характера анального экспульсивного периода - это главным образом мегаломания и подозрительность. Постоянная чрезвычайно выраженная самонадеянность и предъявление необоснованных заявлений о своих способностях вынуждает

атрибутировать свои поражения завистью соперников, речь идет о фиксации в основном на анальном экспульсивном периоде».

Cameron (1963), описывая особенности подозрительных лиц, которых он относит к категории «параноидных», использовал следующую формулировку: “Параноидная личность является личностью, основной чертой которой является отсутствие базисного доверия. Имеется доказательство, что во многих случаях параноидная личность в период раннего младенчества подвергалась садистическому обращению, в результате чего сформировала садистические подходы в отношении себя и других. В связи с отсутствием основного доверия к другим людям, параноидная личность должна проявлять бдительность, являющуюся самозащитой от предательства и нападения. Она чрезвычайно чувствительна к проявлениям враждебности, презрения, критики или обвинения” (с.645).

Millon (1969), характеризуя параноидную настроенность, уделяет особое внимание значению подозрительности и бдительности. Millon делает акцент на значении завуалированной враждебности, тенденции к повышенной самооценке, а также наличию фиксированной, хотя и иррациональной системы убеждений. Случайные действия других лиц расцениваются как признаки злонамеренности и предательства. Повышенная сенситивность к восприятию угроз, ревность и зависть создают предпосылки к возникновению сложностей в социальных контактах. Автор считает, что подозрительность и бдительность выступают в виде отчетливых личностных особенностей таких лиц уже в подростковом возрасте.

ДПППО является следствием неблагоприятного проживания в младенческом возрасте психосоциальной стадии доверия versus недоверия по Е. Erikson’у. В течение первого года жизни у младенца развивается либо базисное чувство доверия, либо базисное чувство недоверия. Основное доверие позволяет оценивать других людей как позитивно предсказуемых индивидуумов, на которых можно полагаться и от которых можно ожидать необходимой поддержки. В процессе онтогенетического развития личности

чувство доверия к другим сопровождается формированием доверия к себе (Erikson, 1968). Чувство базисного доверия основано на хорошем парентинге (родительствовании), в особенности хорошем материнстве, включающем своевременное кормление, благоприятное, лишенное эмоционального напряжения и тем более негативных чувств, психологическое состояние матери. Огромное значение для младенца имеет исходящая от матери сенсорная стимуляция в виде улыбок, прикосновений, взглядов.

Процесс становления базисного доверия вначале протекает относительно пассивно, активно нарастая в более поздний младенческий период. Младенец стремится к получению материнской заботы, фиксации ее внимания на себе и, в то же время, исследует ближайшее окружение, используя тактильные, зрительные, слуховые, обонятельные и вкусовые ощущения.

В тех случаях, когда младенец обнаруживает, что окружающий его мир не соответствует ожиданиям и потребностям этой стадии, вместо базисного доверия формируется базисное недоверие. Младенцу психобиологически необходима определенная степень базисного недоверия, так как без нее невозможна средовая адаптация в реальном, не заслуживающем полного доверия мире.

У психологически здоровой личности конфликт между базисным доверием и недоверием разрешается в пользу доминирования базисного доверия, что обеспечивает нормальное функционирование эго на последующих стадиях психосоциального развития.

Преобладание базисного недоверия над доверием создает благоприятные условия для формирования ДПППО, что приводит к возникновению ряда интрапсихических особенностей, влияющих как на характер переживаний, так и на многие аспекты межличностных отношений.

Лучшему пониманию **психодинамических механизмов** образования ДПППО способствует анализ процесса с позиции теоретических концепций Melanie Klein (1940), касающихся особенностей психического развития ребенка в младенческом периоде. Автор считает, что раннее младенческое эго

сразу же после рождения способно переживать чувство тревоги, использовать психологические защиты и формировать примитивные объектные отношения, как в фантазиях, так и в реальности.

В самом начале жизни актуализируется защитный механизм репрессирования инстинкта смерти. Несмотря на неорганизованность раннего эго, ему присуще четкое стремление к нарастающей интеграции. Если тенденция к интеграции нарушается, преобладающей становится дезинтеграция.

В начальном периоде развития интегративные свойства эго крайне лабильны, они постоянно и часто меняются.

Непосредственное воздействие на эти процессы оказывает динамика взаимоотношений между инстинктом жизни и инстинктом смерти. Доминированию инстинкта жизни (либидо) способствует положительное влияние окружающей среды, и, прежде всего, матери, обеспечивающие младенцу возможность получения психобиологически необходимых ему любви, эмоционального тепла, ощущения присутствия значимых близких и ласки.

Эффективность отклонения инстинкта смерти обеспечивается проекцией на мать (на материнскую “хорошую грудь”) своих “хороших” частей эго в виде положительных чувств, а также трансформацией инстинкта смерти в агрессию. Эго младенца расщепляется и его “плохие“ части, содержащие в себе инстинкт смерти, экстернализируются, проецируясь вовне. Подобная проекция осуществляется прежде всего на грудь матери. Последняя воспринимается младенцем как “плохая грудь”.

Плохая грудь отсутствует, когда адекватно удовлетворяются стремления младенца к утолению голода и к материнским прикосновениям. Плохая грудь - это грудь, от которой отнимают ребенка до ощущения физического и эмоционального насыщения. Плохая грудь представляет собой грудь матери, находящейся во власти отрицательных эмоций, раздражения, гнева, озабоченности, тревоги.

Младенец на эмпатическом уровне воспринимает нюансы негативного эмоционального состояния матери и реагирует психологическим дискомфортом, отказом от груди, несмотря на наличие физического чувства голода. Плохая грудь воспринимается младенцем как объект, угрожающий эго. Таким образом формируется первичное отношение к груди как к объекту - преследователю, внутренний инстинкт смерти при этом трансформируется в страх внешнего преследователя.

По мнению Klein, результатом проекции инстинкта смерти в виде негативных структур эго младенца на плохую грудь является восприятие ее расщепленной на множество отдельных элементов. Таким образом, эго младенца оказывается в конфронтации не с одним, а с множеством преследователей. Остающиеся в структуре эго неспроецированные части инстинкта смерти трансформируются в агрессию, которая также направлена на преследователей.

Либинозный драйв проецируется на хорошую грудь, являющуюся для младенца объектом, обеспечивающим сохранение жизни и выживание. В условиях нормального развития младенец стремится к идентификации с идеальным объектом (хорошей грудью) и к защите плохих структур эго и плохих внутриличностных объектов от тех частей эго, которые содержат в себе инстинкт смерти. Ведущим содержанием тревоги при этом является ожидание возможного вторжения внутрь эго преследующего объекта, который не только разрушит идеальный объект, но и аннигилирует весь сэлф.

Klein полагает, что характер ведущей в данной динамике тревоги является параноидным, а присутствующее при этом расщепление шизоидным. Отсюда происходит термин «параноидно-шизоидная позиция». Параллельно с расщеплением происходит одновременное усиление идеализации идеального объекта с целью сделать идеальный объект менее уязвимым к повреждениям со стороны преследователей и со стороны плохих частей собственного эго. Чрезмерная идеализация обеспечивается значительным отрицанием, включающем экстремальную активизацию собственного младенцу чувства

всевластия. Н.Segal (1974) называет это чувство термином “магическая omnipotencia”. Если преследователь воспринимается как слишком сильный, он может полностью отрицаться в фантазиях младенца, подвергаясь тотальной аннигиляции.

Встречаются парадоксальные ситуации идеализации преследуемого объекта с последующим его превращением в своего рода псевдо-идеал с формированием к нему соответствующего отношения. Такие “совершенные дети” поражают своей покладистостью, уступчивостью. Они никогда не протестуют, никогда не плачут. Возникает ощущение, что все, происходящее с ними, их полностью удовлетворяет. Во взрослой жизни у таких индивидуумов отсутствует дифференциация между хорошим и плохим, с четкой тенденцией к фиксации на отрицательных объектах и их идеализации. Данный психологический механизм лежит в основе возникновения идентификации с агрессором в рамках Стокгольмского синдрома.

Каждый из вышеописанных психодинамических механизмов участвует в формировании ДПППО.

В случаях преобладающего влияния отрицательных воздействий на формирующиеся младенческо-материнские отношения, когда плохая грудь доминирует над хорошей грудью, создаются условия для консолидации в психике установок на исходную подозрительность и агрессивное отношение к первичному внешнему объекту, которое иррадирует и на другие средовые объекты и отношения с ними.

Наличие в структуре личности ДПППО искажает оценку субъектом реальности, которая утрачивает свою естественную многогранность и воспринимается как принципиально недоброжелательная, подозрительная, не заслуживающая доверия. Происходит фильтрация поступающих извне сигналов, с тенденцией к игнорированию или недооценке положительных аспектов реальности и эмоциональной фиксации на ее отрицательных составляющих.

Привычно доминирующим способом выбора становится аттачмент к объективно существующему или к воображаемому отрицательному отношению, которое распространяется на многочисленные жизненные ситуации, включая контакты с психотерапевтом. В таких случаях клиентка/клиент крайне избирательно выслушивает интерпретации аналитика, пропуская мимо ушей информацию, содержащую критическую оценку тех или иных очевидных предвзятостей. Связь этой особенности с каким-либо органическим дефектом внимания, например, с нарушением дефицита внимания (attention deficit disorder) отсутствует.

Лица с ДПППО очень внимательно слушают и наблюдают за всем, что имеет к ним непосредственное отношение. В разговоре с психотерапевтом они обращают повышенное внимание на различные детали и нюансы, по сравнению с обычными людьми без ДПППО. В то же время общий и, казалось бы, очевидный контекст информации не усваивается и в психике не фиксируется. В результате ничего не меняется, а в межличностных отношениях продолжают доминировать предвзятость и подозрительность.

Исходная настроенность индивидуума с ДПППО на избирательный поиск в окружающем мире стимулов, поддерживающих его/ее схему восприятия, приводит к тому, что последняя не только не корригируется, но, наоборот, становится с возрастом еще более ригидной, приводя к значительному преобладанию субъективного восприятия над объективной реальностью. В последнем варианте происходит трансформация ДПППО в состояние, названное Shapiro (1965) параноидным стилем.

Подозрительность ведет к консолидации в психике лиц с ДПППО постоянной генерализованной настороженности. Индивидуум с ДПППО психически напряжен, в поведении осторожен, что проявляется, прежде всего, в сфере межличностных контактов. Выражаясь метафорически, он боится собственной тени. Состояние базисной настороженности мешает реальной оценке происходящего, способности обращать необходимое внимание на факты реальной, а не воображаемой угрозы.

Теряется чувство меры, заключения и выводы делаются на основе малосущественных признаков, категорические оценки даются только на основании отдельных фактов, вписывающихся в доминантно подозрительную функциональную модель. Рациональные и объективные критические деловые замечания других лиц воспринимаются как демонстрация агрессии, стремление оскорбить и унижить.

Ошибки других лиц, совершаемые в контексте взаимного сотрудничества, расцениваются как свидетельство сознательного обмана. Беззлобные шутки и юмористические замечания воспринимаются болезненно.

Индивидуально-типологической особенностью лиц с ДПППО является выраженная способность неправильно и предвзято интерпретировать очень точно воспринимаемые детали, факты, информацию, конкретные события. Ошибочно интерпретируется в первую очередь поведение других людей, включенных в систему взаимных интересов, взаимных обязательств и ответственностей. Их высказывания, эмоциональные реакции часто провоцируют неожиданный парадоксальный ответ, что создает атмосферу непонимания и социального недоверия в коллективе.

Субъективный интрапсихический доминантно подозрительный психологический модуль создает специфическую аперцепцию, которая предшествует интерпретации, определяя ее содержание. Этот психодинамический процесс вторгается в основную функцию эго системы, нарушая механизмы равновесия между психическими структурами, способствуя личностной и социальной дезадаптации, вызванной неадекватной оценкой внутренней и внешней реальности. Благоприятной почвой для подобной психодинамики являются исходная недостаточность личностной целостности и диффузная идентичность.

У лиц с ДПППО на бессознательном уровне присутствует выраженное стремление к освобождению от вызывающего дискомфорт психического напряжения. С этой целью используется психологический защитный механизм проекции. Отрицательные комплексы и деструктивные

переживания проецируются во внешний мир, как правило, на какого-то человека из близкого окружения.

Проекция сопровождается возникновением феномена проективной идентификации. Последний заключается в том, что проецированные содержания становятся для индивидуума, производящего проекцию частями объекта, на который была направлена проекция. Такой объект воспринимается проецирующим индивидуумом как носитель спроецированных переживаний и идентифицируется с ним. Так, например, в случаях проекции отрицательных частей собственного эго, что особенно характерно для лиц с ДПППО, носитель проекции практически полностью идентифицируется с этими плохими частями эго.

Внутренняя угроза воспринимается как страх аннигиляции хороших частей эго его плохими частями и в процессе проекции трансформируется во внешнюю, более контролируемую и управляемую.

Содержанием проекции являются не только интерпретации непосредственных действий других людей, но и “догадки” об их намерениях, скрываемых чувствах и желаниях. Проекция насыщается предубеждениями, корни которых могут находиться в далеком прошлом.

“Крючками” для проекции являются отдельные поведенческие паттерны и высказывания, которые встраиваются в подозрительные аперцепции индивидуума. Особенностью восприятия вербальной продукции лицами с ДПППО является отсутствие нарушения процесса формального считывания слов и фраз. Нарушения касаются только интерпретации считанного материала. Нарушение интерпретации в одном варианте происходит параллельно и фактически одновременно с процессом считывания, в другом - неправильная интерпретация формируется не сразу, а по истечению определенного промежутка времени. Требуется период “вынашивания”, во время которого в психике (в глубинах бессознательной системе разума) происходит распознавание возможности существования в считанной информации определенной скрытой угрозы.

Обнаруживается отчетливо выраженная способность к группировке окружающих людей в соответствии с их восприятием в рамках существующей повреждающей психической организации.

В отличие от лиц с условно нормальным психическим состоянием, индивидум с ДПППО не умеет быть спонтанным, ему трудно релаксироваться, проявлять необходимую уступчивость в различных социальных ситуациях. Ему трудно соглашаться с мнением других, изменять привычные подходы, точки зрения и поведение.

В случаях вынужденной уступчивости возникает обостренное чувство унижения и капитуляции.

Лица с ДСППО особенно чувствительны к различным авторитетам, от которых они зависят на работе, в системе родственных связей или личных знакомств. Любые даже самые незначительные проявления недовольства, пренебрежения или недостаточного внимания со стороны авторитетных лиц провоцируют серьезный психологический дискомфорт, тревогу, страх потерять лицо, снижение самооценки и мысли о собственной неполноценности.

Рост внутреннего напряжения приводит к усилению психологических защит с активизацией одной из основных функций глубокого бессознательного разума – опознавания потенциальных опасностей в ближайшем окружении. В их число в первую очередь входят значимые лица и коллеги. Возникают предположения об их общей отрицательной настроенности, готовности в чем-то навредить, организовать заговор, испортить отношения с начальством, разрушить карьеру.

Анализ внешних факторов, воспринимаемых наиболее болезненно, показывает, что к ним относятся воздействия, прямо или косвенно задевающие чувство собственного достоинства и представляющие угрозу разрушения нарциссического имиджа.

ЛИТЕРАТУРА

- Bleuler, E. (1906) Affektivitat, Subjektivitat, Paranoia. Halle. Mathold.
- Cameron, N. (1968) Personality Development and Psychopathology. Boston. Houghton Mifflin.
- Erikson, E. (1968) Identity: Youth and Crisis. New York. Norton.
- Kraepelin, E. (1921) Manic Depressive Insanity and Paranoia. Edinburg. Livingstone.
- Klein, M. (1940) Mourning and its Relationship to Manic Depressive States. International Journal of Psychoanalysis. Vol.21.
- Menninger, K. (1940) Character Disorders. In J.Brown (Ed.) The Psychodynamic of Abnormal Behavior. New York. McGraw Hill, 384-403.
- Meyer, A. (1908) The Problem of Mental Reaction-Types, Mental Causes and Diseases. Psychological Bulletin 5, 245-261.
- Millon, T. (1969) Modern Psychopathology. Philadelphia. Sanders.
- Segal, H. (1974) Introduction to the Work of Melanie Klein. New York. Basic Books.
- Shapiro, D. (1965) Neurotic Styles. New York Basic Books.

3.2.Самоповреждающее поведение

Феномен самоповреждения документирован в библейские времена. Первые упоминания о нем мы находим в Евангелии от Марка 5:5: “ Всегда, ночью и днем, в горах и гробах, кричал он и бился о камни”.

Самоповреждающее поведение (СПП) широко распространено в современном мире. Особенно часто оно встречается в зонах постсовременной культуры. Levenkron (1998) приводит данные, согласно которым процент лиц, наносящих себе повреждения в виде порезов, равен количеству лиц (девочек), страдающих анорексией : один случай самоповреждения в виде порезов (cutting) приходится на 250 наблюдений. Автор приходит к заключению, что количество лиц, постоянно повреждающих себя, трудно

выявить, так как они тщательно и успешно скрываются, совершаются в изолированных укромных местах и, в том числе, в стенах собственного дома.

Часто встречающаяся гипердиагностика завершенных самоубийств объясняется отнесением к последним случаев слишком далеко зашедших самоповреждений без исходной суицидальной мотивации. В этом контексте следует принимать во внимание факт наличия существующей в течение длительного времени тенденции рассматривать различные формы СПП как “немое” или скрытое суицидальное поведение.

Несмотря на то, что с психологической точки зрения, стремление приравнять СПП к суицидальному поведению, возможно, связано с желанием упростить проблему, «закрыть глаза» на своеобразие, сложность и многогранность внешне бессмысленного и странного поведения, тем не менее, существуют факты, свидетельствующие о несостоятельности такой упрощенной трактовки. Так, например, оказалось, что определенные религиозные ритуалы, совершаемые в рамках некоторых культур, включают в себя санкционированную и приуроченную к различным праздничным церемониям практику самоповреждения. Во многих религиях самоповреждающие действия имели/имеют целью искупление грехов и совершаются с целью избегания более тяжелого наказания в виде попадания в ад. В то же время ритуалы самобичевания (флагелляция), получившие широкое распространение в средневековой Европе и охватившие, в частности, территории современной Германии, Италию, Францию и другие страны, были коллективной попыткой спасти себя и своих близких от эпидемии чумы.

Самобичевание нашло свое отражение в одноименной работе Альбрехта Дюрера, созданной в технике резьбы по дереву. В ней акт самоповреждения изображается как епитимия (покаяние) с целью избегания попадания в ад.

По мнению Skinner (1969), самобичевание до настоящего времени встречается достаточно часто в различных национальных культурах.

Так, например, некоторые индусы до сих пор прокалывают свои тела, чтобы добиться таким образом благоволения со стороны бога Муруган.

Индейцы Майя, ацтеки в рамках культовых ритуалов смазывали кровью из поврежденных гениталий статуи священных идолов в знак поклонения и преданности. Повреждения различных частей тела в некоторых культурах являются частью ритуала, совершаемого в период окончания детства и вступления в возраст возмужания.

Такие звезды Голливуда, как Rosanna и Johnny Depp откровенно сообщали в интервью, что они практиковали СПП и с трудом справились с этой проблемой. Принцесса Диана также упоминала в одной из телевизионных передач, что она неоднократно и целенаправленно наносила себе порезы.

Совершал акты самоповреждения и известный сексолог Alfred Kinsey, согласно фактам его биографии (цит. по Conterio, Lader, Bloom (1998)).

Католическая церковь канонизировала многих святых, в течение длительного времени умерщвляющих свою плоть, имитируя страдания Христа.

Накапливались наблюдения над лицами, не страдающими психическими заболеваниями и не имеющими суицидальных тенденций, и в то же время часто или постоянно практикующих самоповреждения.

В результате появилась возможность определить СПП как целенаправленную активность не суицидального содержания, включающую желание повреждения собственного тела, а также стремление вызвать у себя чувство физической боли.

Начиная с 1970 годов прошлого столетия в психогенезе ритуалов СПП, в том числе и самобичевания, придается значение эйфоризирующему и смягчающему боль эффекту эндорфинов. Специфические опиатные рецепторы головного мозга, сконцентрированные в лимбической системе и церебральной коре, являются основными регуляторами эмоциональных состояний и связаны со многими другими частями мозга. Эндорфины представляют собой морфиноподобные субстанции, формирующиеся

эндогенно в тех ситуациях, когда боль и страх вызывают значительную дезадаптацию.

Понимание того, что СПП представляет собой сложный, многокомпонентный феномен и не ограничивается каким-либо одним содержанием приходило не сразу. Однако, до настоящего времени, к сожалению, обнаруживается тенденция к упрощенческим, обобщающим заключениям в отношении СПП не только в среде не профессионалов, но и у специалистов в области психиатрии, психологии, юриспруденции, педагогики.

Только в 1938 году Menninger пришел к выводу о необходимости разделения СПП на отдельные категории. В то же время автор считал, что все формы СПП объединяют общие психоаналитические механизмы. В качестве прототипа самоповреждающего поведения Menninger выделял генитальную кастрацию, при этом каждая поврежденная часть тела рассматривалась в качестве бессознательной репрезентации генитальных органов.

По мнению Menninger, самоповреждение представляет собой поражающий воображение компромисс в борьбе между агрессивным инстинктом и инстинктом выживания. Совершая акт самоповреждения, индивидуум жертвует благополучием одной из частей своей плоти ради сохранения всего тела, сохранения жизни. По словам Menninger, самоповреждение “репрезентирует победу, в ряде случаев дорогостоящую, инстинкта жизни над инстинктом смерти”.

В то же время Menninger в целом рассматривал самоповреждение как форму косвенного и неполного самоубийства, позволяющую индивидууму выжить, удовлетворяя одновременно непреодолимое стремление, посредством концентрации суицидального импульса только на части ээфа, выступающего в качестве заместителя всей жизненной экзистенции.

Сексуальный аспект самоповреждения в виде порезов у женщин описан Deutsch (1944). Автор рассматривала самопорезы как способ “разрешения менструального конфликта”. В связи с невозможностью контролировать

менструальное кровотечение женщины продуцировали “косвенную менструацию”, перемещая кровотечение из генитальной зоны в другие участки тела.

Ash (1971) также относит самопорезы у женщин, подвергавшихся в детстве сексуальному насилию, к желанию переместить генитальное кровотечение, указывая на то, что самопорезы редко возникают перед началом менструаций. Автор пишет, что “облегчение, наступающее при виде зияющей открытой раны, может быть частью рекреации, посредством идентификации с агрессором концепции менструации как беспомощного и пассивно переживаемого генитального повреждения”.

Дальнейшему развитию этой темы посвящает свои работы Miller (1994), фиксирующий внимание на том, что, несмотря на различия, всех женщин с СПП объединяет наличие общего синдрома. Речь идет о наличии психотравмирующей ситуации в истории межличностных или семейных отношений. Эти женщины повторно активируют повреждение, нанесенное им в детстве, усиливая тем самым убеждение в неспособности защитить себя и в последующие возрастные периоды. Miller выделяет у таких женщин с СПП синдром “повторного травматического задействия” (trauma reenactment syndrome), главной характеристикой которого является паттерн целенаправленного нанесения повреждения собственному телу.

Ключом к распознаванию синдрома становится обнаружение наличия связи между симптоматическим поведением женщины и присутствием в ее уникальной жизненной истории детской психической травмы. Женщины с синдромом повторного травматического задействия делают со своим телом то, что репрезентирует травму детского периода.

Наиболее детальное исследование СПП в форме нанесения порезов и прижиганий проводилось Favazza и Conterio (1989). Favazza, наблюдая пациенток/пациентов с различными психическими расстройствами, пришел к заключению о значительной распространенности данного вида нарушения в США. Автор предположил, что около двух миллионов американцев ежегодно

совершает акты самоповреждения в виде порезов или прижиганий тела. Эта цифра в 30 раз превышает количество завершенных суицидов и в 140 раз количество суицидальных попыток (Strong, 1998). По данным Favazza и Conterio, наибольшая частота СПП приходится на возраст между двадцатью и тридцатью годами.

Обследованные авторами лица сообщали, что посредством нанесения самоповреждений они освобождались или значительно смягчали явления тревоги, деперсонализации, крайне неприятного “бега (скачки) мыслей”. В ряде случаев СПП сопровождалось нарушениями диеты и злоупотреблением алкоголя. В случаях невозможности продолжать самоповреждения некоторые из наблюдавшихся лиц совершали суицидальные попытки. Детский период жизни индивидуумов с СПП описывался последними в негативных красках. В 62% случаев сохранялись воспоминания о физическом насилии, а почти половина обследованных лиц с СПП подвергалась в детстве сексуальному насилию.

Grunebaum, Klerman (1967) при изучении семей лиц с СПП установили, что отцы девочек с самопорезами проявляли по отношению к ним сексуально соблазняющее поведение и в большинстве случаев обнаруживали наличие постоянных алкогольных проблем. Матери характеризовались эмоциональной холодностью, формальным отношением. У них отсутствовала способность к одобрению и поощрению своих дочерей и обнаруживалось стремление к частой критике всего того, что они делают, с применением различных, в том числе физических, наказаний.

Подобное воспитание приводило к тяжелым и длительно незабываемым последствиям. Возникало чувство нереальности, потери себя, сравниваемое иногда с мертвенностью. Девочки ощущали себя плохими, сообщали, что в процессе самоповреждения происходило “выталкивание” наружу чего-то плохого с возникновением чувства освобождения. “Это было похоже на рвоту при тошноте. Вас вырвало, и Вам становилось лучше, так как все плохое выбрасывалось из Вас”.

В 1980 году Walsh и Rosen вновь обратили внимание на кардинальные различия между СПП и суицидальным поведением. В отличие от суицидальной мотивации, направленной на безвозвратный уход из жизни, СПП, по мнению авторов, стимулирует психическую реинтеграцию и вхождение в жизнь на новом уровне. Повреждения в таком контексте оказываются небольшой платой за достигаемый эффект.

В истории жизни наблюдаемых пациенток Walsh и Rosen устанавливали потерю родителя/родителей в детстве, факты физического и сексуального насилия. Дети были свидетелями агрессивных действий и драк взрослых. Характерной особенностью лиц с СПП было чувство потерянности в детстве, невозможность положиться на кого-то из близких, довериться им. Вспоминая детство, многие из опрошенных отмечали, что они не доверяли никому из членов своей семьи и не имели возможности поделиться своими переживаниями.

Нанесение порезов или прижиганий имеет для лиц с СПП особый смысл. Эти действия репрезентируют нечто, делающее их психологически более сильными, возможно впервые за долгое, предшествующее повреждению время. Самоповреждения сопровождаются появлением ощущения контроля над своим телом, чувством приобретения возможности контролировать свою жизнь без посторонней помощи и зависимости от кого бы то ни было. Самоповреждения часто вызывают мысли о том, что никто другой не в состоянии нанести им такое же повреждение, которое они могут совершить сами.

Анализ СПП позволяет в ряде случаев обнаружить сформированное отношение к актам самоповреждения, как к поступкам, выходящим за границы реальности. Индивидуумы с СПП устанавливали со своими действиями символически значимые связи. Они относились к самоповреждению как к единственному таинству, которое обладает магической силой, способностью понять и утешить в наиболее трудные моменты жизни.

Самоповреждения могут стать центром личностной интеграции, по сути дела ядром идентичности, спаивающим ее остальные части.

Происходящий в постсовременном обществе коллапс традиционной расширенной семьи, очевидно, облегчает возможность СПП в связи с преобладанием ориентации на модель ядерной семьи с ограничением взаимной поддержки и большей изоляцией ее членов.

Коллективное самоповреждение в постсовременном обществе встречается относительно редко, в основном у лиц, находящихся в закрытых коллективах, например, в пенитенциарных учреждениях. Иногда самоповреждения инициируются другими лицами, обычно близкими подругами или друзьями, переживающими аналогичную проблему (Smith et al., 1992).

Особый интерес вызывает факт наличия связи между СПП и насилием над детьми, особенно сексуальным. Глубинные психодинамические механизмы этого явления могут частично объясняться использованием такой психологической защиты, как идентификация с агрессором. Беззащитный ребенок, оказавшийся в безвыходной ситуации, идентифицирует себя с фигурой насильника агрессора, которым часто является отец или отчим, в более редких случаях мать или мачеха. Самоповреждения становятся способом ощутить себя более приближенным к агрессору. Парадоксальность ситуации заключается в том, что находящийся в психологической изоляции, страдающий от отсутствия родительской заботы и ласки ребенок воспринимает сексуальное насилие как единственное проявление к нему хоть какого-то внимания.

Различные формы агрессии родителей воспринимаются детьми как заслуженные, как реакция родителей на их недостатки, непослушание, “плохие мысли”, испорченность. Подвергающийся насилию ребенок думает, что родитель причиняет ему боль потому, что любит его.

Насилие воспринимается частично в качестве заменителя, суррогата позитивного эмоционального отношения в ситуации хронической депривации

любви. Некоторые жертвы incestа для поддержания психического равновесия стараются поддерживать систему отношений с агрессором родителем в последующем возрастном периоде. Совершая самоповреждения, они не только «воссоздают детскую драму, но одновременно контролируют ее исход, встречаясь с болью в безопасных измеряемых дозах» (Strong, 1998).

В процессе самоповреждения лица с СПП разыгрывают целые сценарии, последовательно выступая в роли жертвы, преследователя агрессора и спасателя, становясь человеком, осуществляющим заботу, лечащим полученные раны. Достижимое при этом состояние особого психологического комфорта ассоциируется с представлением о том, что никто другой не в состоянии нанести им те повреждения, которые они могут нанести себе сами.

Паттерн симптомов самоповреждения передает в зашифрованном виде историю отношений ребенка с родителями и другими членами семьи, историю того, как ребенок обучался взаимодействиям с окружающим миром и самим собой. Самоповреждение служит для ребенка средством выживания, несмотря на опасность и вред, заключающиеся в нем.

Функциональное значение СПП разнообразно. Каким-то странным образом оно, с одной стороны, позволяет дистанцироваться от других людей, а, с другой, – помогает избавляться от чувства непереносимого одиночества, напряжения, ярости или скорби. Самоповреждение является криком о помощи, призывом к защите, которой индивидуум был лишен в детском возрасте.

Favazza (1996) подчеркивал, что самоповреждения обладают определенным исцеляющим эффектом. Автор писал: “Человек, наносящий себе порезы, в действительности совершает примитивный акт само-хирургии, заверченный осязательным свидетельством выздоровления”.

Предположение о том, что феномен СПП является проявлением мазохизма, обусловленным желанием получить удовольствие от ощущения физической боли, не подтверждается. Факты конкретных наблюдений противоречат правильности такого утверждения. На это указывает Levenkron

(2006), приводя в качестве наиболее типичного следующее описание пациентки с СПП: “То, что я чувствовала, не являлось болью. Это было похоже на инъекцию новокаина в кресле у стоматолога. В процессе совершения самоповреждения боль уходила. И поскольку я контролировала боль, страха не было. Так что, возможно, это была не реальная боль. Когда я закончила порез, углубившись на дюйм, кровь стекала по моему предплечью вниз по направлению к свернутому бумажному полотенцу. Поток был темно красным и плотным, но я хотела видеть больше. Я наклонила руку, и поток превратился в три ручейка. Этого мне было достаточно. Страх и ужас рассеялись. Я подставила руку под холодную воду и использовала перекись водорода для остановки кровотечения. Потом наложила марлевую повязку с адгезивной лентой, вернулась в постель и заснула. Когда я проснулась, мне потребовалось два часа, чтобы вспомнить все детали, несмотря на то, что я знала, что сделала”.

Индивидуумы, совершающие акты самоповреждения, часто входят в состояние транса, изменяющее их восприятие себя и окружающей реальности. В некоторых случаях у них появляются смутные воспоминания детского периода, когда ощущение боли как-то ассоциировалось с фантазиями о домашнем уюте, с чувством необычного успокоения и комфорта.

По-видимому, здесь имеет место актуализация психологического механизма, известного как стремление к повторению привычных переживаний прошлого, несмотря на то, что последние были эмоционально ранящими. Аттачмент к переживаниям прошлого бывает очень сильным, определяя стремление к повторяющимся актам самоповреждения.

Поскольку индивидуум с СПП постоянно обращен внутрь себя, контакты с другими людьми постепенно утрачиваются и фактически исчезают из качественного мира.

Ребенок, не испытывавший в раннем детстве достаточного эмоционального участия со стороны родителей, или переживший жестокое обращение со стороны близких, и, особенно, сексуальное насилие, проявляет в дальнейшем

тенденцию к формированию диссоциативных расстройств в рамках СПП. Очевидно, механизм возникновения диссоциаций “нарабатывается” в процессе отчуждения от родителей, от других людей, и, в конце концов, от самого себя. Физическая боль и вид собственной крови оказываются достаточными стимуляторами развития диссоциативного состояния.

Поскольку недостаточность эмоционально значимых контактов в детском возрасте замедляет развитие речи, лица с СПП, как правило, характеризуются значительными затруднениями в вербализации актов самоповреждения и сопровождающих его мыслей и чувств. Они с трудом говорят о своем детстве, не могут адекватно описать взаимоотношения с родителями, другими членами семьи, знакомыми. Обнаруживается неспособность правильной оценки реакций других людей на их поступки и высказывания.

Подобное заключение делается из анализа совершенных индивидуумами с СПП одних и тех же ошибок в межличностных отношениях, отсутствия умения извлечь полезный опыт из прошлых промахов и ошибок (Levenkron, 2006). Вывод, сделанный автором, может вызвать возражение, так как неумение приобретать опыт находит более убедительное объяснение в феномене насильственного повторения (*repetition compulsion*), описанного в психоаналитической концепции.

В то же время, не вызывает сомнений отсутствие у лиц с СПП правильного эмоционального восприятия других людей. Анализ показывает, что в некоторых случаях лица с СПП вообще не принимают во внимание и как бы не осознают наличие у кого-то, кроме самих себя эмоциональных переживаний. В других случаях они оценивают эмоциональные реакции других неправильно, полностью подчиняя эти оценки сформированной в их сознании (как правило, не интегрированной, фрагментарной) когнитивной схемой.

Лица с СПП страдают от значительных затруднений в формировании межличностного аттачмента. Им трудно наладить с кем-либо сколько-нибудь

значимые неформальные интимные отношения. Они не способны к глубинному контакту как на вербальном, так и на невербальном уровнях. Это лишает их возможности получать эмоциональную радость от общения, от ощущения дружеской атмосферы душевного разговора, восприятия искренней поддержки, психологической помощи со стороны других людей. Выбор всевозможных тактик, позволяющих избегать общения с окружающими, делает их все более изолированными, отчужденными, заключенными в клетки одинокими членами толпы постсовременных мегаполисов.

Лишенные возможности проводить свободное время в беседах с членами семьи, друзьями и знакомыми, они вынуждены общаться с людьми, не входящими в структуру их качественного мира. В результате лица с СПП оказываются яркими представительницами/представителями той части постсовременной популяции, которая потеряла собственный голос и страдает социальной формой прогрессивной афазии (Locke, 1998).

Психологическим механизмом возникновения СПП может стать чувство гнева, которое постепенно и последовательно кристаллизовалось в бессознательной сфере психики как результат агрессии и физического насилия в семье. Подтверждением этого предположения является выявление синдрома баттеринга (battering) у лиц с СПП, подвергавшихся в течение длительного времени в подростковом и раннем юношеском возрасте избиениям.

Причинение боли себе является в таких случаях заменителем гнева в отношении лиц, наносивших побои, с бессознательным желанием причинить таким образом боль обидчикам. Причинение боли реальным обидчикам даже в фантазиях заблокировано культурально-этическими запретами, к числу которых относятся страх разрушения амбивалентного имиджа лиц (чаще всего родителей) и потеря сохраняющихся в воображении столь желанных чувств родительской любви и заботы.

Первая реакция на СПП окружающих, прежде всего наиболее близких людей, характеризуется недоумением, испугом, возмущением. Человека,

застигнутого на акте нанесения себе повреждений, обвиняют в глупости, неразумности, дикости и пр. Несмотря на то, что на бытовом уровне родители называют таких детей “ненормальными”, они не рассматривают сколько-нибудь серьезно возможность связи СПП с психическим нарушением и тем более с психическим заболеванием. Вместо этого часто возникает идея о демонстративности поведения или шантаже с целью получения каких-то выгод. Большинство родителей объясняет СПП “переходным возрастом” и надеется на то, что оно с возрастом пройдет само собой. Levenkron (2006), выделяя нарцисстический вариант реакции родителей на происходящее, описывает его так: “Ты стараешься вывести меня из себя или заставить чувствовать себя виновной/виновным, саботируя все хорошее, что делается для тебя. Какая неблагодарность!”.

Решающее значение в идентификации СПП имеет квалифицированная профессиональная оценка. К сожалению, до настоящего времени значительная часть психиатров, оставаясь недостаточно знакомой с данной проблемой, ошибочно пытается найти ее объяснение в попытках диагностики в рамках знакомых психических патологий. В связи с этим возникает опасность гипердиагностики шизофрении, большого расстройства настроения или в лучшем случае личностного расстройства. В данном контексте следует подчеркнуть, что СПП действительно встречается при различных психических нарушениях. Особенно типичным является развитие СПП при пограничном личностном расстройстве. СПП в структуре пограничного личностного расстройства может принимать характер доминирующего нарушения, во многом определяя специфику патологии, что требует фокусированной на устранении СПП коррекции.

В то же время во многих случаях СПП вообще не входит в структуру других психических расстройств и представляет собой отдельную форму отклоняющегося поведения.

ЛИТЕРАТУРА

- Ash, S. (1971) Wrist-Smashing as a Symptom of Anhedonia: a Predepressive State. *Psychoanalytic Quarterly* 40: 603-607.
- Conterio, K., Lader, W., Bloom, J. (1988) *Bodily Harm*. New York. Guilford.
- Deutsch, H. (1944) *The Psychology of Women*, v.1. New York. Grune and Stratton.
- Favazza, A., Conterio, K. (1988) The Plight of Chronic Self-Mutilators. *Community Mental Health Journal* 24: 22-30.
- Favazza, A. (1996) *Body Under Siege* Baltimore. John Hopkins University Press.
- Levenkron, S. (1998) *Cutting*. New York. W. Norton.
- Levenkron, S. (2006) *Anatomy of Anorexia*. New York. W. Norton.
- Locke, J. (1998) *De-Voicing of Society: Why We Don't Talk to Each Other*. New York. Simon and Schuster.
- Menninger, K. (1938) *Man Against Himself*. New York. Harcourt.
- Miller, S. (1994) *Women Who Hurt Themselves*. New York. Basic Books.
- Skinner, B. (1969) *Contingences of Reinforcement. A Theoretical Analysis*. New York. Appleton.
- Smith, G. et al. (1992) *Women and Self-Harm*. New York. Routledge.
- Strong, M. (1998) *Bright Red Scream. Self-Mutilation and Language of Pain*. New York. Penguin Books.
- Walsh, B., Rosen, P. (1988) *Self-Mutilation*. New York. Guilford.

3.3.Нарушения идентичности

Диссоциогенная идентичность

«Одно Я может подписать вексель,
по которому всем остальным придется
расплачиваться всю оставшуюся
жизнь».

Г.И.Гурджиев

Одним из характерных для постсовременного мира нарушений являются нарушения идентичности. Наиболее драматическим в этой группе является

диссоциативное расстройство идентичности. Не меньший интерес вызывают у профессионалов и мало изученные менее глубокие диссоциации.

Carter (2008) посвящает этой стороне проблемы монографию “Множественность”. Автор делает особый акцент на диссоциациях, не достигающих уровня диссоциативного расстройства идентичности, и встречающихся у многих практически здоровых людей.

Возникновение подобных диссоциаций, по нашему мнению, возможно при наличии особой **психической организации, названной нами диссоциогенной идентичностью**. Характерными **диагностическими признаками** такой организации являются:

- высокая подвижность психических процессов,
- легкая фиксация на различных ситуациях,
- отождествление себя с образами «Я», сформированными по принципу адекватного функционирования в новых условиях,
- повышенная внушаемость.

“Мягкие” формы диссоциации могут возникать уже в детском возрасте. Одной из них является появление “Воображаемого Компаньона./ Компаньонов” (ВК).

В постсовременном мире данный феномен встречается все более часто. И если в тридцатые годы двадцатого века он регистрировался у одного из девяти детей, то в девяностые - ВК возникал у одного из трех детей.

В настоящее время феномен ВК устанавливается уже у двух третей детей (Taylor, 2001). Автор и ее коллеги обнаружили присутствие ВК в психике и поведении детей не только дошкольного, но и школьного возраста. Число ВК может достигать 13 (Taylor, Kohany, 2002). Воображаемым Компаньоном могут быть дети, подростки, взрослые, образы сказочных героев, животные. ВК, как правило, дружески настроены, но возможны варианты с враждебностью и агрессивностью. Taylor указывает на значимость враждебных ВК, считая их помощниками в адаптации ребенка. Автор отмечает необходимость обучать детей умению удерживать ВК на дистанции

до усвоения (интернализации) их во внутриспсихические структуры. Taylor приводит в качестве примера пятилетнюю девочку с ВК в виде младшего по возрасту мальчика, которого она наказывает лишением еды и запираанием в туалете за плохое поведение и агрессию в ее адрес.

Для лучшего понимания диссоциативных явлений Carter (2008) предлагает использовать модель спектра, включающую “нормальные”, “адаптивные” и “патологические” (disordered) диссоциации. К нормальным диссоциациям автор относит “сны наяву”, поглощенность образами своего воображения. К адаптивным – отстраненность в травмирующих ситуациях. К патологическим – хроническую отстраненность и компартиментализацию.

Shirar (1996) и Putnam (1991), делая подробный анализ “нормальных” детских диссоциаций, отмечают, что дети и подростки обнаруживают большую тенденцию к возникновению диссоциации, чем взрослые. Дети используют диссоциации в игровой деятельности и в качестве защитных механизмов. В возрасте от 3 до 6 лет они обладают особенно активным воображением и стремлением к игре. С помощью воображения ребенок изменяет реальность в желаемом направлении, ускользает от дискомфортной действительности, создает новый воображаемый мир. Дети обладают способностью становиться теми, о ком они мечтают, жить в обществе воображаемых друзей, животных, фантастических существ. В воображении они легко превращаются в волшебников, героев комиксов, персонажей популярных мультипликационных и телевизионных фильмов. Они оживляют игрушки, наделяют их чувствами, желаниями и другими качествами “живых” людей. Они проецируют на игрушки свои мысли и чувства, вступают с ними в длительные диалоги, переживают их обиды, грусть, проецируют на них свои физиологические желания.

Детская способность к созданию воображаемого мира часто приобретает свойства, приближающиеся к галлюцинациям и бредовым идеям у взрослых (Shirar, 1996). Ребенок взаимодействует с неодушевленными объектами так, как будто они способны самостоятельно передвигаться, думать, иметь

собственные чувства. Он легко делает нереальное реальным и наоборот. Автор указывает на наличие очень тонкой грани между нормальными, адаптивными и патологическими диссоциациями. По его мнению, один вид диссоциации может легко сменяться другим.

Под хронической отстраненностью Carter (2008) понимает ситуацию, при которой даже в нормальных условиях индивидуум чувствует себя дистанцированным от собственного Я и окружающего мира. Имеет место необычное восприятие себя (деперсонализация) и внешнего мира (дереализация).

Компартментализация характерна для диссоциативного расстройства идентичности и рассматривается как признак очень глубокой диссоциации. Под этим термином понимается полная дезинтеграция (отделение) личностных структур и полная амнезия, при которой индивидуум забывает, кем он/она является и являлась/являлся в прошлом.

Carter (2008) предлагает ряд признаков, свидетельствующих об опасности возникновения патологической диссоциации. Признаки располагаются автором по принципу нарастающего прогностического значения.

- Первым признаком является легкое отвлечение от неприятного, раздражающего события посредством переключения на просмотр телевидения или чтения какой-нибудь книги.

За этим следуют:

- постоянное проигрывание в воображении сценариев будущих событий, вместо проживания настоящей актуальной реальности;
- внезапное понимание, что Вы не услышали того, что Вам говорят, так как в это время Вы находились во “снах наяву”;
- произнесение вслух в присутствии других людей фрагментов диалогов из репертуара снов наяву;
- обнаружение себя в каком-то месте, не зная, как Вы там оказались;

- нахождение у себя незнакомых вещей;
- не узнавание людей, которые утверждают, что они знакомы с Вами;
- чувство, что окружающий мир и находящиеся в нем люди нереальны;
- чувство, что Ваше тело не принадлежит Вам;
- слышание голосов, которые дают Вам инструкции или комментируют Ваши действия.

Несмотря на то, что глубокая диссоциация может вызвать чувство потери рассудка, “схождения с ума”, тем не менее, она может быть субъективно приятной или даже экстатической. Эмоциональная окраска диссоциации зависит от содержания исходной мотивации. Эйфория, например, характерна для диссоциации при целенаправленном употреблении психоделических веществ.

Carter (2008) обращает внимание на наличие многочисленных примеров диссоциаций в современных средствах массовой информации. Автор ссылается на сюжет одного из популярных телевизионных триллеров о расследовании ЦРУ случая исчезновения “образцовой жены и матери”, которая в другой личностной структуре (в другом Альтере) функционирует как проститутка.

Следующий пример касается описания в одном из журналов реально существующего продавца гамбургеров, который во сне живет в царстве фантастических образов рыцарей, колдунов, волшебников. В реальной дневной жизни эти персонажи являются его покупателями, имеющими различные профессии – служащие, архитектор, сотрудники банка и др.

Традиционными факторами, вызывающими глубокие диссоциации, являются психические травмы и насилие, особенно сексуальное, в раннем детском возрасте.

Травмы и насилие иногда называют “диссоциогенными” провокаторами. Дисфункциональные семьи, столь типичные для постсовременной культуры,

создают статус наибольшего благоприятствования для развития диссоциации даже в тех случаях, когда семья формально является благополучной и какие-либо прямые травматические воздействия на ребенка отсутствуют. Родители в таких семьях любят своих детей и стараются заботиться о них, обеспечивать всем необходимым. Проблема заключается в крайней психологической загруженности родителей, занятых одновременно в различных сферах деятельности, вынужденных встраиваться в многочисленные ролевые функции, надевать на себя разные маски и демонстрировать диаметрально разные лица в зависимости от конкретных профессиональных или социальных ситуаций.

Перенасыщенные информацией, необходимостью постоянно обучаться новым подходам и навыкам, испытывающие большую ответственность в принятии порою экзистенциально важных решений родители даже при наличии самых лучших желаний и побуждений психологически и физически не способны создать для ребенка психобиологически адекватную среду взаимодействия.

В результате ребенок, начиная с младенческого возраста, чувствует свою отверженность от родителей, он не может сформировать необходимые эмоциональные фиксации (аттачменты) с внешним миром и вынужден фиксироваться на интрапсихических переживаниях и внутренних имиджах. Так создаются условия, вызывающие и закрепляющие первичную диссоциацию, расщепление между миром внутренних переживаний и внешним миром, между частями эго, ответственными за эти две системы отношений.

Исследования последних лет показывают, что некоторые авторы считают прототипным условием возникновения диссоциаций нарушения аттачмента (Liotti, 1999; Hesse, Main, 2000). Особое значение придается нарушению, выходящему за границы стратегий организованного аттачмента. К последнему относятся формы уверенного, неуверенного-избегающего и неуверенного-амбивалентного аттачмента.

Под дезорганизованным стилем аттачмента Main, Solomon (1990) понимают отсутствие или разрушение организованных стратегий поведения. Младенец находится в таком случае в ситуации “испуга, без возможности выхода”. Для него характерны неадекватное (спутанное) поведение в присутствии родителей, застывшее и монотонное поведение, нецеленаправленные движения и необычные позы, повторяющееся стереотипное вырывание волос, безразличие, противоречивое поведение, диссоциация от нормального мыслительного процесса. Состояние дезорганизации младенцев и детей напоминает проявления диссоциативных расстройств у взрослых. Оно включает длительные периоды отсутствия какой-либо активности или молчания, диагностируемые как приближающиеся к трансу состояния, прекращение речевого контакта, инкогерентность речи.

Pasquini et al (2002) считают, что ранние травматические переживания и потеря матери до двухлетнего возраста являются факторами наибольшего риска развития диссоциативных расстройств. Насилие и ранняя потеря в семье положительно коррелируют как с дезорганизацией аттачмента, так и с возникновением диссоциативных состояний.

Дезорганизация аттачмента является важнейшим звеном возникновения особой ранимости у детей, выражающейся в их готовности реагировать на психотравмирующие события диссоциативными расстройствами. К дезорганизации аттачмента приводит не только насилие, но также страх и испуг родителей, отражающие их собственную историю травматических переживаний (Dorahy, Hart, 2007).

Отсутствие интеграции и диссоциацию травматических воспоминаний от сознательного функционирования можно наблюдать в случаях одновременного сосуществования противоречащих друг другу убеждений. Так, например, одна из наших пациенток вспоминала, что была свидетельницей драматического события и в то же время была убеждена в том, что отсутствовала на месте происшествия.

Психическое состояние ребенка при выраженной диссоциации характеризуется тем, что он в определенном смысле чувствует себя “вещью”, а не реальной экзистенцией. Такое чувство начинает формироваться очень рано, по мнению Bryant, Kessler, Shirar (1992), уже с шестимесячного возраста. Границы между реальным и нереальным оказываются размытыми, что сочетается с невозможностью разграничить правильное от неправильного, истину и ложь. Все происходящее воспринимается расплывчато, нестойко, элюзивно с невозможностью на что-то опереться, “собрать” себя вокруг какого-то центра. Эта экзистенциальная неуверенность переходит из детского периода в подростковый и во взрослый возраст.

Проявляющиеся на основе диффузной идентичности диссоциативные состояния бывают разнообразными. Они могут находить выражение в том, что “на арену” прорывается какой-то фрагмент идентичности, представляющий более или менее простой синтез представлений, воображения, чувств, осколков ценностных систем, с различной степенью оторванности от других составляющих сэлфа. В других случаях на сцене появляются более сложные психические структуры, которые воспринимаются окружающими и, по существу, являются самостоятельными личностными структурами.

В связи с тем, что зачастую насилие над ребенком осуществляется в период до пятилетнего возраста, когда его зрелое эго еще не сформировалось, происходит задержка формирования зрелого восприятия и интегральной оценки понятий добра и зла. Эти оценки в течение длительного времени остаются на уровне ранней детской поляризации. Диссоциированные фрагменты личности и более сложные личностные структуры сохраняют эту поляризацию внутри свойственных им психических состояний, проявляясь в особенностях поведения, эмоциональных реакциях на происходящие вокруг события.

Диссоциированные персонажи представляют собой персонификации переживаний ярости, стыда, унижения, страха, сексуальности, агрессии, а

также персонификации защитников, сочувствующих, наблюдателей, оценивающих со стороны и др.

Диссоциативные расстройства у детей включают диссоциативное расстройство идентичности (ДРИ), диссоциативное расстройство без дальнейшего уточнения (ДРБДУ), деперсонализацию и диссоциативную амнезию. Деперсонализация и диссоциативная амнезия являются частью симптоматиологии ДРИ и ДРБДУ.

Диссоциативные расстройства регистрируются также в качестве отдельных симптомов и при других формах психических нарушений. Они возникают при паническом расстройстве, посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), а также при остром стрессовом расстройстве.

Диагноз ДРБДУ может устанавливаться у детей в тех случаях, когда имеет место прогрессирование формирования ДРИ. Симптомы расстройства при этом те же, что и при ДРИ, однако, диссоциированные личностные структуры представлены в данном случае не столь полно, между ними отсутствуют “белые пятна”, их не разграничивает друг от друга полная амнезия, то есть одна личностная структура помнит о существовании другой.

Bruch (1978) описывает личностные диссоциации у пациенток с нервной анорексией при длительном голодании, приведшем к развитию потери контроля и в результате к признакам кахексии. У обследованных автором пациенток возникало чувство расщепления собственного Я. Имело место переживание одновременного функционирования двух или трех личностных структур.

Так, например, одна из них представляла собой личность с антианоректическими характеристиками, которые включали самооценку, восприятие других людей и их поведения, оценку собственного эмоционального состояния.

Вторая личностная структура включала мотивации, направленные на продолжение и дальнейшую интенсификацию аноректического поведения.

Голодание оправдывалось, возводилось в ранг высокого духовного достижения.

Третья структура отражала позицию наблюдателя, который бесстрастно регистрировал происходящие события.

Антианоректическая и аноректическая личностные структуры находились в постоянном противоречии, столкновении друг с другом, что отражалось в ряде случаев на содержании галлюцинаторных переживаний.

Появлялись локализованные внутри головы голоса, которые спорили друг с другом, одобряли или осуждали поведение, связанное с приемом пищи и диететическим режимом.

Голос, исходящий из аноректической структуры, настаивал на продолжении голодания, положительно оценивал уже достигнутое уменьшение веса, говорил о победе духовного начала над материальным, требовал мобилизации всех сил для продолжения голодания.

В случаях возникновения кратковременных булимических эпизодов в содержании слуховых галлюцинаций присутствовали обвинения, упреки, осуждения слабости или порочности. Иногда голоса угрожали расправой за совершаемый грех прекращения голодания.

Голоса, относящиеся к антианоректической личности, обычно были менее отчетливыми и возникали реже. Содержание голосов в данном варианте отражало во многом рациональное отношение к процессу голодания. В некоторых случаях голоса повторяли высказывания родителей, их тревогу в связи с происходящим.

В случаях галлюцинаторного диалога между этими двумя личностными структурами аноректический голос комментировал высказывания другого голоса как выражение соблазна, искушения, подталкивания к моральному падению, погружению в греховность.

Возможны случаи, когда пациентки слышат голоса плачущих детей, их крики о помощи.

Голоса могут быть множественными, одновременно принадлежать лицам разного возраста и пола, перебивать, наслаиваться друг на друга, вступать в конфликтные отношения.

ДРИ до настоящего времени часто ошибочно диагностируется психиатрами как шизофрения. По мнению Bryant, Kessler, Shirar (1992), ошибочная диагностика осуществляется не менее, чем в 50% случаев ДРИ. Так, например, Bliss (1983) обнаружил в одной из психиатрических больниц 57% пациентов/пациенток, которые были диагностированы как страдающие шизофренией, несмотря на то, что в действительности это были лица с ДРИ.

К постановке диагноза шизофрении психиатров подталкивает тот факт, что как при шизофрении, так и при ДРИ пациенты могут испытывать слуховые галлюцинации. В процессе своей клинической практики психиатры чаще встречаются со случаями шизофрении, чем с ДРИ, и тем более с различными особенностями его клинических проявлений. Слуховые галлюцинации воспринимаются в данном контексте как шизофренический симптом, а психическая диссоциация как шизофреническое расщепление. Таким образом, слуховые галлюцинации в комбинации с расщеплением становятся достаточными критериями для диагностики шизофрении.

Sinason (2002) обнаружила, что большинству наблюдавшихся ею девочек и женщин с ДРИ психиатрами были поставлены диагнозы «шизофрения», «пограничное личностное расстройство» и «антисоциальное расстройство». Этот факт имел место, несмотря на то, что психофармакологическая терапия во всех наблюдаемых случаях была практически неэффективной.

До 1980 года АРА (Американская Психиатрическая Ассоциация) не выделяла ДРИ в качестве диагностической единицы. В DSM-II множественное расстройство идентичности (аналог ДРИ) приводилось как симптом «истерического невроза диссоциативного типа». В дальнейшем при диагностике данного расстройства учитывались, прежде всего, две детерминанты:

(1) способность к развитию глубокой диссоциации и

(2) наличие в детстве тяжелой и обычно хронической психической травмы в форме сексуального, эмоционального и физического насилия.

Лицам, подверженным глубокой диссоциации, по сравнению с жертвами детского насилия, у которых такие диссоциации не возникают, свойственно использование самогипнабельности в качестве психологического защитного механизма. Диссоциации, и в особенности глубокие диссоциации, являются исключительно сильной психологической защитой, так как позволяют избежать непереносимых переживаний, вызванных тяжелой травмой, посредством переключения их на иную личностную структуру, называемую “Другой” (Альтер).

Согласно данным Национального Института Психического Здоровья (США), не менее $\frac{3}{4}$ детей с ДРИ до 12-летнего возраста непосредственно обнаруживают или сообщают о появлении в их жизни других личностей (Braude, 1995).

Установлено, что ДРИ у ребенка до момента осуществления правильной диагностики неправильно диагностируется в среднем от 2.7 до 3.6 раз (McElroy, 1992). В личностной структуре детей и подростков другие личности могут быть недостаточно развитыми для того, чтобы соответствовать критериям диагностики ДРИ. В осуществлении правильной диагностики ДРИ у детей имеют большое значение результаты наблюдений за их игровой деятельностью.

При возникновении ДРИ приблизительно в 50% случаев появляются личности противоположного пола. Альтернативные личности характеризуются специфическими для каждой из них паттернами поведения, системой ценностей, мотивациями и способностями.

Allison и Schwartz (1980), основываясь на времени первого возникновения диссоциации, выделяют две главные формы ДРИ.

- Пациентки/пациенты, у которых связанная с травмой диссоциативная фрагментация возникла впервые в раннем возрасте (от

младенчества до 6 лет), и характеризовалась большим арсеналом диссоциативных возможностей на базе глубокой личностной дезорганизации.

- Индивидуумы, у которых первая диссоциация возникла после 8-летнего возраста, имеющие меньшее количество Альтеров и более сильное эго.

O'Brien (1985) предложил выделять три субтипа ДРИ:

- “коидентификационный”, при котором Альтеры идентифицируют себя физически с тем же телом;
- субтип “овладения”, в котором Альтеры не идентифицируют себя с тем же телом;
- смешанные формы, при которых одни Альтеры являются коидентификационными, а другие Альтеры относятся к субтипу овладения.

Некоторые из альтернативных личностей (Альтеров) возникают на сцене наиболее часто. К ним относятся те, кто защищает ребенка от травмы или сочувствует ему. Другие альтернативные личности выступают в качестве противников или прямых врагов каких-то, имеющих в арсенале личностей, ведя с последними борьбу. Отношения между альтернирующими личностями могут быть очень сложными, что проявляется, в частности, в неожиданном возникновении не встречающихся ранее “других” и установлении особых отношений между отдельными “другими”.

В наиболее ранних сообщениях о множественных личностях, как правило, указывалось на наличие двух личностей. В современных работах по ДРИ приводятся данные о значительно большем количестве альтернативных личностей, насчитывающих в среднем от 6 до 16 единиц. Так, например, Kluff (1988) приводит случай, в котором количество Альтеров превышало 100. Тем не менее, в последнем варианте, как и в подобных ему, можно скорее говорить не о личностях, а об их фрагментах, в связи с отчетливым ограничением функциональных возможностей каждого из них.

Представляет интерес скорость “переключения” с одного личностного состояния на другое. Переключение или смена личностей происходит обычно

очень быстро, занимая не более одной или двух секунд. В то же время смена может происходить более медленно, совершаясь плавно в течение нескольких минут.

Признаками развивающейся диссоциации являются быстрое моргание или закатывание глаз, подергивание мышц лица, появление гримасы, судорожное подергивание в какой-то части тела, внезапное изменение позы.

В случаях относительно плавного процесса смены личностей, индивидуум может находиться в состоянии, при котором контакт с ним невозможен. Он/она не реагируют ни на какие попытки привлечь к себе внимание, находятся практически в неподвижном состоянии, как бы спят с открытыми глазами. Их взгляд устремлен в пространство и не выражает ничего. Putnam (1989) обращает внимание на примеры лиц с ДРИ, у которых при сменах личностных состояний возникали симптомы, напоминающие судороги, что ошибочно расценивалось как эпилептические припадки.

Если переключение состояний происходит молниеносно, возможны ситуации, когда ни одна из альтернативных личностей не имеет возможности (времени) захватить контроль над личностной структурой в целом, что приводит к смешиванию различных состояний и хаосу. Клинически это проявляется в том, что пациентка/пациент произносит нечленораздельные слова, разорванные отрывки фраз, отдельные звуки. Имеют место эмоциональные вспышки, без задержки на каком-либо определенном содержании.

Иногда в результате быстрой смены личностных структур фраза, произносимая одной из них, оказывается незаконченной, на сцене появляется другая структура с иной речевой продукцией, другими интонациями, темпом и содержанием повествования.

Переключение одной личностной структуры на другую не ограничивается изменениями в особенностях речевой продукции, они затрагивают практически все психологические и физические характеристики. В некоторых случаях эти изменения бывают относительно “мягкими” и могут

не замечаться не очень внимательными окружающими. Следует отметить, что лица, постоянно общающиеся с пациентками/пациентами с ДРИ, со временем обучаются распознавать возникновение других идентичностей даже в тех случаях, когда последние не имеют разительных отличий.

Наряду со сравнительно мало демонстративными вариантами, встречаются случаи, характеризующиеся значительными изменениями, когда появляется “Другой”, совершенно не похожий на предшествующую идентичность. В подобных вариантах идентичность, сменившая предшествующую, отличается от последней по возрасту, полу, манере поведения, выразительности движений, мимике, жестике и др.

Общий рисунок поведения каждой новой личностной структуры характеризуется наличием “стремления” каким-то образом приспособиться к той ситуации, в которой она оказалась. Эти попытки не всегда эффективны.

У лиц, переживающих такие состояния, возникают значительные затруднения, связанные с фактором потери времени, так как время функционирования предыдущей идентичности обычно не воспроизводится и в памяти отсутствует. При этом в осознании сохраняется ощущение «белого пятна», ассоциирующегося с каким-то периодом из предшествующего данному состоянию времени.

Непосредственно после переключения пациентки/пациенты чувствуют обычно выраженный психологический дискомфорт, стеснение, боятся “потерять лицо”. Внешне это выражается в том, что они озираются вокруг, потирают лицо, стараются произвести впечатление, что они чем-то озабочены, испытывают какое-то физическое недомогание (отсидели ногу, онемели конечности, возник болевой синдром и др.) Для обретения большей уверенности в себе они могут ощупывать свое тело, прикасаться к близ лежащим предметам, что-то записывать, пробовать позвонить по мобильному телефону и пр.

Если амнезия была относительно кратковременной, лица с ДРИ часто придумывают сравнительно простое объяснение своего невнимания к

происходящему. Они говорят, что о чем-то задумались, отвлеклись на мысли о своих проблемах и извиняются перед присутствующими. В случаях более длительного периода отсутствия иногда ссылаются на усталость и повышенную сонливость после умственного перенапряжения или бессонной ночи.

В некоторых случаях доминирующая личностная структура может присутствовать на сцене очень долго, в течение нескольких месяцев или лет. Такая личность обнаруживает лишь незначительную амнезию или ее полное отсутствие и подозрение о множественности не возникает. По данным Kluff (1985), приблизительно 15% взрослых с ДРИ диагностируется впервые только тогда, когда у них возникает диссоциация в клинических условиях при непосредственном наблюдении профессионалов. Автор констатировал, что в 40% случаев ДРИ раскрывается случайно (терапевтом или пациентом) в связи с отсутствием классических симптомов нарушения.

Создается впечатление, что многие Альтеры существуют в психике в течение очень длительного периода, ничем не проявляясь в поведении, не захватывая контроль над телом. По-видимому, все это время они взаимодействуют с другими Альтерами, также находящимися в скрытом состоянии.

Braude (1995) считает, что такие интеракции могут принимать форму “совещательных встреч” для осуществления супервизии за возникновением новых Альтеров. Какой-то Альтер может появиться лишь один раз для выполнения специфической задачи или миссии, в дальнейшем оставаясь в “дремлющем” состоянии или вообще устраняясь из психики. В то же время дремлющий Альтер влияет каким-то образом на психическое состояние человека с ДРИ. Это выражается, по мнению Braude, в индуцировании галлюцинаций у Альтера, контролирующего психику, способного предупредить какие-то действия и высказывания (Prince, 1978).

Переключение из одной личностной структуры на другую (смена Альтеров) помогает индивидууму с ДРИ справляться с состояниями

психофизического истощения, избавляться от возникающих отрицательных эмоций, от физической боли. Например, если один из Альтеров испытывает боль, сменивший его Альтер не чувствует никакой боли. Боль может также передаваться от одного Альтера к другому, обладающему иными характеристиками. Случаи появления на сцене детского Альтера у взрослого человека с ДРИ возможны в ситуациях, когда этот феномен, по мнению его обладателя, не должен вызвать шокирующей реакции у окружающих, и поэтому обычно случается в приватной домашней обстановке или в одиночестве.

Kluft (1985) считает важным признаком ДРИ (в то время называемого множественным личностным расстройством) отсутствие осознания пролонгированной идентичности, выражающееся в том, что такой человек не способен заявить о себе, что она/он “всегда, в прошлом, настоящем и будущем являлся, является и будет являться одной и той же личностью”.

Лица с ДРИ часто страдают нарушениями сна, для них типично наличие кошмарных сновидений и ночных страхов. Содержание кошмарных сновидений обычно отражает психическую травму детского возраста. В таких сновидениях происходит регрессия в возрастной период, связанный с травмирующим событием. Обострение кошмарных сновидений отмечается при проведении терапии, когда у индивидуума с ДРИ происходит активация психических процессов и появляется возможность отреагировать психическую травму, вернуться к моменту первого развития множественности в другом возрасте и в благоприятной терапевтической ситуации. В то же время, если пациентки/пациенты оказываются не готовыми к повторным переживаниям ранее вытесненных в бессознательное последствий травматических событий, у них возникают трудности засыпания, вызванные страхом появления кошмарных сновидений.

Таким образом, здесь имеет место возникновение особой формы страха – страха перед сновидениями. Усиливающаяся бессонница в подобных случаях приводит к развитию психического и физического истощения, что, в свою

очередь, ослабляет психологические защиты. В результате создаются условия, благоприятствующие прорывам в сновидения репрессированных материалов с устрашающими содержаниями.

У лиц с ДРИ часто развиваются депрессивные состояния. Существует точка зрения, согласно которой депрессия является в подобных случаях одним из способов ухода от более тяжелой эмоциональной боли (Bryant, Kessler, Shirar, 1992) и др. Если депрессия присуща одному из “Альтеров”, она может быть устранена применением антидепрессантов, однако у другого/других Альтеров депрессия может вообще не проявляться.

Практика показывает наличие встречающегося при ДРИ феномена, заключающегося в том, что препараты, которые помогают одному Альтеру, оказываются совершенно не эффективными или даже вредными для другого.

В последнее десятилетие становятся популярными так называемые патографии, представляющие собой литературно обработанные описания пациентками/пациентами хронологии своих болезненных состояний. Получили известность, например, описания пациенток, страдающих нервной анорексией, синдромом мягкого аутизма, работоголизмом и др. Патографии не обошли стороной и ДРИ. К числу таких описаний относится патография Cameron West (1999), названная “Первое лицо множественного числа”. Автор данной патографии – доктор психологических наук, защитил диссертацию в Saybroke Institute, где и написал эту книгу. В ней излагается подробное описание поврежденных частей личности, которые длительное время были «запечатаны» в бессознательном и изолированы от сознательной памяти.

В тридцатилетнем возрасте West был преуспевающим бизнесменом, имеющим счастливый брак. Вскоре после рождения сына у него появились голоса. Один из голосов принадлежал Davu, первому из 24-х различных личностей, которые стали возникать одна за другой в течение нескольких месяцев. Голоса рассказывали об ужасном насилии в детстве, которое было скрыто в бессознательном на протяжении всей предыдущей жизни. На сцене возникал всегда напряженный и заикающийся 8-летний Clay. Появлялся

вежливый и добросердечный 12-летний Dusty, легкомысленный и поддерживающий Bart и другие личности с различными манерами поведения, характеристиками и отдельным багажом воспоминаний.

В этом же контексте представляет интерес описание своей множественности Охнам (2005). Охнам в реальности - известный спикер на американском телевидении, специалист по истории Китая, часто сопровождавший таких знаменитостей, как Билл Гейтс, бывший президент США - Джордж Буш старший, Барбара Буш. Во время визита к психиатру в 1999 году Охнам обнаружил, что из его сознания выпало 45 минут времени. Он даже не подозревал, что в этот период с психиатром беседовал один из его Альтеров, озлобленный мальчик Боб, который появился в его жизни в 60-е годы (автор родился в 1942 г.). Несмотря на столь длительное (в течение 30-ти лет) присутствие Альтера в его жизни, Охнам не осознавал его существования.

Анализ феномена ДРИ не ограничивается клиническими нейробиологическими, психоаналитическими и психологическими подходами, он затрагивает также и экзистенциально философский аспект. На этот факт обращает внимание Crabtree (1985). Автор считает ошибочной позицию, при которой люди говорят о себе в единственном числе. По мнению Crabtree (1985), утверждения типа: “я хочу сделать что-то”, “я пришел к какому-то решению” и прочие, по своей сути ошибочны, так как не существует единого “я”. В каждом из нас находятся сотни, тысячи маленьких “я”. Мы разделены на мельчайшие фрагменты, но не в состоянии распознать и осознать это. И, если в одно из мгновений действует одно “я”, то в следующий момент - другое “я”. Множественность “я” объясняет нашу противоречивость, непоследовательность, отсутствие психологической гармонии.

Аналогичной точки зрения придерживается Gurdjieff (1873-1949): “Является величайшей ошибкой думать, что человек всегда один и тот же. Человек никогда не остается одним и тем же в течение длительного времени. Он постоянно изменяется. Он редко остается неизменным даже на полчаса. Мы думаем, что, если человека зовут Иван, то он всегда является Иваном.

Ничего подобного. Сейчас он Иван, в следующую минуту он Петр, а минутой позже он Николай, Сергей, Матвей, Симон. Вы думаете, что он Иван. Вы знаете, что Иван не может поступать таким образом. Он не может говорить неправду, и Вы удивлены, что он смог солгать. И, несомненно, Иван не может солгать. Это соврал Николай. И, когда предоставится такая возможность, Николай не сможет удержаться от лжи. Вы будете изумлены, когда осознаете, какое множество этих Иванов и Николаев живет в одном человеке. Если Вы научитесь наблюдать за ними, у Вас исчезнет потребность ходить в кино”.

Crabtree полагает, что было бы целесообразно назвать ДРИ “творческой болезнью”. Это обусловлено тем, что в случаях, когда индивидуум с ДРИ встречается с серьезной проблемой, или оказывается в конфликтной ситуации, он/она преодолевает затруднение, обращаясь к привычному способу психологической защиты, которым является диссоциация. На сцене появляется Альтер (личностная структура), подходящий для решения трудной проблемы. Индивидуум с ДРИ создает инструменты в форме Альтеров, способных эффективно функционировать в различных экстремальных ситуациях.

Во многих случаях такого рода Альтеры настолько “отшлифованы” для выполнения конкретных заданий, что окружающие свидетели их действий не улавливают диссоциации и воспринимают Альтера как первичную личность (личность “хозяина”).

Kampman (1976) приходит к заключению, что лица, способные к продукции “вторичных личностей” (Альтеров), “клинически более здоровы и адаптивны, чем те, кто к этому не способен”. Автор высказывает предположение, что возможность продуцировать множественные личностные структуры “является творческой способностью эго”.

Colin Wilson (1983) писал, что, когда сознание человека передвигается от сэлфа к сэлфу, чувство кем она/он является изменяется. Эти изменения

идентичности, по мнению автора, случаются с людьми постоянно, но они редко задумываются об этом.

Wilson описывает диссоциацию с возникновением функционального Альтера на собственном примере. Автор анализирует переживание, вызванное появлением внутри себя Альтера "школьной учительницы", которая имела обыкновение появляться в критические моменты и наводить необходимый порядок, что сопровождалось возникновением паники от ощущения невозможности справиться с ситуацией.

Известный американский психолог William James в своих "Принципах психологии" писал, что, в процессе проживания своей обычной жизни нас охватывают и нами овладевают множество сэлфов, которые составляют наше эмпирическое «Я» (empirical me). Подобно Wilson'у, James считал, что эти множественные сэлфы формируются в психике в восходящем порядке. В основании этой линейной модели James располагает "соматический сэлф", а на верхушке сэлф спиритуальный. Все множественные сэлфы служат выполнению специфических целей и совместно формируют спаянную целостность, которую мы называем индивидуальностью.

В последнее время в литературе активно обсуждается вопрос о дифференциации различных видов диссоциации и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Дифференциация вызвана трудностями, отчасти связанными с различным пониманием терминов, применяемых для определения симптомов при ДРИ и ПТСР в DSM-IV-TR. При этом может происходить формальное приравнивание некоторых симптомов двух нозологий. Подробный анализ отношений между диссоциацией и ПТСР проводит Simeon (2007). Автор подчеркивает, что дифференциация диссоциации и ПТСР является областью неразрешенных противоречий и требует проведения дальнейших интенсивных исследований.

Simeon предлагает четыре модели рассмотрения вопроса: модель коморбидности, модель разделяемых между диссоциацией и ПТСР факторов

риска, модель общего патогенеза и, наконец, модель эквивалентности двух нарушений.

Нами (Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева, 2006) описывались наблюдения особой формы патологической диссоциации. Пациентки/пациенты внезапно непонятным для себя образом оказывались в незнакомом месте, в другом районе или чужом городе. Они обнаруживали тотальную (за исключением гендерной) амнезию своей прошлой идентичности, включая свое имя, фамилию, место жительства, профессию. Не могли вспомнить своих родителей, где проходило их детство, обучение, состоят ли они в браке, есть ли у них сестры и/или братья, имеют ли они детей. В то же время у них были сохранены многие, в том числе и сложные, навыки. Пациенты/пациентки могли не только читать и писать, но и обращаться с обычным и мобильным телефоном. Некоторые из них умели работать на компьютере, ездить на велосипеде, водить машину, не зная, где и когда они этому обучились. Наряду с кратковременными (до нескольких суток), эти состояния могли продолжаться неопределенно долго, без тенденции к возвращению в прежнее личностное состояние.

Дальнейшие наблюдения и анализ этих состояний позволяет сделать заключение, что специфика психодинамики наблюдаемых форм диссоциативных расстройств состоит в избирательном стирании энграмм памяти, содержанием которых является все, относящееся к сфере межличностных отношений. Имеет место элиминация всех отношений как с наиболее близкими, так и со всеми остальными, встретившимися на жизненном пути людьми. На этом фоне остаются достаточно сохраненными приобретенные знания в области общего образования, факты из истории, географии, произведения литературы.

Можно предположить, что подобная избирательность связана с активностью глубинного бессознательного разума, филогенетически древней психической структуры, функцией которой является обеспечение адаптации и выживания в сложных условиях, не поддающихся рациональной оценке и

требующих максимально быстрой и наиболее экзистенциально целесообразной реакции. В анализируемых случаях диссоциации глубинный бессознательный разум “дал внезапную команду” выключения целой системы памяти межличностных отношений. Описываемый феномен, очевидно, обусловлен накоплением в сознании многочисленных вариантов и структур ролевого поведения, выраженным и нарастающим отрывом от своей аутентичности.

Этот отрыв по своей сущности антибиологичен, он противоречит тому, что в глубоком религиозном и философском смысле является основным предназначением человека. На сознательном уровне содержание такого противоречия не понимается. Оно вызывает лишь чувство не осознаваемого постоянно присутствующего психического дискомфорта.

На уровне глубинного бессознательного разума отрыв от аутентичности воспринимается как экзистенциальная угроза, от которой нужно освободиться наиболее радикальным образом, устранив всю прежнюю громоздкую систему социальных обязательств, ролей, условностей, зависимостей от прежних межличностных отношений на различных уровнях.

ЛИТЕРАТУРА

Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева (2006) Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии: Монография.- Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006.- 448с.

Allison, R., Schwartz, T. (1980) *Mind in Many Pieces*. New York. Rawson, Wade.

Bliss, E. (1983) *Multiple Personalities, Related Disorders and Hypnosis*. *American Journal of Clinical Hypnosis* 26: 114-123.

Braude, S. (1995) *First Person Plural. Multiple Personality and the Philosophy of Mind*. London. Rowman and Littlefield.

Bruch, H. (1978) *The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge, Mass.. Harvard University Press.

Bryant, D., Kessler, J., Shirar, L. (1992) *The Family Inside. Working With Multiple*. New York. W.Norton.

Carter, R. (2008) *Multiplicity. The New Science of Personality, Identity, and the Self*. New York. Boston. Little, Brown.

Crabtree, A. (1985) *Multiple Man: Exploration in Possession and Multiple Personality*. Toronto. Collins.

Dorahy, L., Hart, O. (1996) *Relationship Between Trauma and Dissociation. A Historical Analysis*. In E. Vermetten, M. Dorahy, D. Spiegel (Eds.) *Traumatic Dissociation*. Washington, DC., London. American Psychiatric Publishing.

Gurdjieff, G. (1975) *Views from the Real World*. New York. Dutton.

Hesse, E., Main, M. (2000) *Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment*. *Journal American Psychoanal. Association* 48: 1097-1127.

James, W. (1980) *The Principles of Psychology 2vs*. New York. Dover Pull.

Kluft, R. (1985) *The Natural History of Multiple Personality Disorder*. In R.Kluft (Ed.) *Childhood Antecedents of Multiple Personality Disorder* (pp. 197-238). Washington, DC. American Psychiatric Press.

Kluft, R. (1988) *The Phenomenology and Treatment of Extremely Complex Multiple Personality Disorders*. *Dissociation* 1: 47-58.

Liotti, G. (1999) *Understanding the Dissociative Processes: the Contribution of Attachment Theory*. *Psychoanal. Inq.* 19: 757-789.

Main, M., Solomon, J. (1999) *Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented During the Ainsworth Strange Situation in Attachment in the Preschool Years*. In M.Greenberg et al. *Research and Intervention*. Chicgo. University of Chicago Press., 121-182.

McElroy, L. (1992) *Early Indicators of Pathological Dissociation in Sexually Abused Children*. *Child Abuse and Neglect*, 16/6.

O'Brien, P. (1985) *The Diagnosis of Multiple Personality Syndrome: Overt, Covert, and Latent*. *Comprehension Therapy* 1: 59-66.

Oxnam, R. (2005) A Fractured Mind. New York. Hyperion.

Pasquini, P., Liotti, G. et al (2008) Risk Factors in the Early Family Life of Patients Suffering From Dissociative Disorders. Acta Psychiat. Scand. 105: 110-116.

Prince, M. (1905/1978) Dissociation of Personality. Oxford. Oxford University Press.

Putnam, F. (1989) Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder. New York Guilford.

Putnam, F. (1991) Dissociative Disorders in Children and Adolescents. Psychiatric Clinics of North America 14(3): 519-531.

Shirar, L. (1996) Dissociative Children. Bridging the Inner and Outer Worlds. New York. W.Norton.

Simeon, D. (2007) Relationships Between Dissociation and PTSD. In E. Vermetten, M.Dorahy, D.Spiegel (Eds.) Traumatic Dissociation. Washington, DC., London American Psychiatric Publishing.

Sinason, V. (2002) Attachment, Trauma, and Multiplicity. New York. Brunner Routledge.

Taylor, M. (2001) Imaginary Companions and the Children Who Create Them. Oxford University Press. USA.

Taylor, M., Kohanyi, A. (2002/2003) The Illusion of Independent Agency: Do Adult Fiction Writers Experience Their Characters as Having Minds of Their Own? Imagination, Cognition, and Personality 22: 341-380.

West, C. (1999) First Person Plural. New York. Hyperion.

Wilson, C. (1983) Access to Inner Worlds. London. Rider.

3.5. Антисоциальное личностное расстройство (теневая форма) и Нарушение Поведения

Антисоциальное личностное расстройство (АСЛР) относится к кластеру В DSM-IV-TR и, наряду с пограничным личностным расстройством, широко

распространено в постсовременном мире. Подробное описание АСЛР приводилось нами в предыдущих работах (Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева, 2006).

В данной монографии мы остановимся на характеристике личностного отклонения, в структуре которого имеются симптомы АСЛР, однако их количество недостаточно для диагностики последнего.

Более того, наблюдаемые нами индивидуумы со свойственными АСЛР отклонениями в совершенстве владели навыками их маскировки в различных ситуациях межличностного общения, в течение длительного времени они производили на окружающих положительное впечатление, завоевывали их симпатию и получали действенную социальную поддержку наиболее нужных и значимых людей.

Они отличались целеустремленностью, обладали достаточно сильной эго структурой, что позволяло им в случаях необходимости откладывать на достаточно длительный срок удовлетворение актуализированных желаний, сдерживать бессознательные импульсы и использовать, когда это необходимо, такие сложные психологические защиты, как интеллектуализация и сублимация.

Мы предлагаем называть эту форму нарушения **теневым вариантом (формой) антисоциального личностного расстройства (АСЛР)**. Выделение данной формы АСЛР имеет особое значение, в связи с той потенциально присутствующей опасностью, которую эти лица представляют для находящихся с ними в деловых и личностных контактах людей.

В анамнезе наблюдаемых нами лиц с теневым вариантом АСЛР выявлялись общие характеристики, касающиеся, например, того, что эти индивидуумы чаще имели высшее, реже – среднеспециальное образование. Как правило, они хорошо учились в школе и институтах, обращали на себя внимание преподавателей умением выглядеть в выгодном свете, быть конкурентоспособными в сложных ситуациях и выходить «сухими из воды», в случае возникновения подозрений в совершении тех или иных (порою

серьезных) нарушений. При этом появляющиеся у окружающих подозрения рассеивались, так как всегда находились достаточно авторитетные, заслуживающие доверия лица, которые их убедительно и искренне защищали. Следует добавить, что контролировать поведение лиц с теневой формой АСЛР на длительную дистанцию во время обучения обычно оказывалось невозможным, так как через некоторое время они покидали прежний коллектив, в связи с окончанием школы, переходом в другую группу в институте или окончанием последнего. Кроме того, каждая возникшая ситуация возможного разоблачения не проходила для этих лиц бесследно. Они приобретали опыт, становились более осторожными и не допускали повторения старых ошибок.

Умение приспособливаться к сложным социальным ситуациям у лиц с теневой формой АСЛР поражает, они обладают удивительной способностью находить выход из, казалось бы, безнадежных ситуаций. Это достигается за счет чрезвычайно развитой функции, которую Adler (1954) называл социальным интересом. Индивидуумы, входящие в данную группу лиц, считают себя "чемпионами межличностных отношений" и испытывают своего рода нарцисстическую гордость после очередной успешно проведенной операции, удачного обмана, реализации тщательно продуманной и эффективно реализованной интриги, дискредитации избранной жертвы.

Лица с теневой формой АСЛР постоянно проявляют социальную активность, у них отчетливо выражена мотивация к достижению успеха, которого они стараются добиться любой ценой, полностью игнорируя интересы, чувства и систему ценностей других людей, находящихся в непосредственной зоне их интересов.

Анализ эмоциональных состояний этих лиц обнаруживает, что у них часто присутствуют симптомы легкой эйфории. Эйфория особенно характерна во время осуществления задуманной интриги, удачной дезинформации, дискредитации, устранения очередного противника/противницы. В то же время для лиц с теневой формой АСЛР не

характерно сколько-нибудь длительное сохранение эйфорического настроения после достижения желаемого успеха. Очевидно, это обусловлено той особенностью их психического функционирования, которая заключается в возникновении психологического дискомфорта в состоянии психофизической пассивности. В отличие от лиц с нарцисстическим личностным расстройством, размышления на тему о недопустимости “почивания на лаврах” в связи с непрекращающейся деятельностью конкурентов для этих индивидуумов значительно менее типичны.

Таким образом, у лиц с теневой формой АСЛР обнаруживается наличие отдельных признаков антисоциального нарушения в комплексе с социальным интересом и признаками нарцисстического имиджа грандиозности. Имидж грандиозности является активатором антисоциальных тактик и стратегий, свойственных лицам с АСЛР. Развитый социальный интерес обеспечивает гибкость, изворотливость и совершенство ролевого поведения, обеспечивающую эффективность социальных взаимодействий и приспособления.

Ролевые функции у лиц с теневой формой АСЛР разнообразны, они не исчерпываются рамками одной профессии, выходят за границы строго лимитированных навыков и подходов. Характерным для них свойством является стремление к обучению, совершенствованию ролевого поведения, извлечению полезного опыта из допущенных промахов и поражений.

Лица с теневой формой АСЛР, в отличие от лиц с нарцисстическим личностным расстройством, глубоко не переживают по поводу поражений, у них не развиваются выраженные нарцисстические депрессии. Тем не менее, возможны периоды сниженного настроения, смешанного обычно с симптомами дисфории, злобностью по отношению к людям, входящим в сферу их непосредственного общения

Такие негативно окрашенные эмоциональные состояния воспринимаются лицами с теневой формой АСЛР как эго дистонные (чуждые эго). Они критически относятся к этим состояниям, считают их болезненными,

активно пытаются на уровне своих возможностей избавиться от отрицательных эмоций (занимаются физическими упражнениями, ограничивают себя в пище, принимают антидепрессанты или транквилизаторы). Наличие отрицательных эмоций всегда тщательно скрывается от окружающих, так как рассматривается как дискредитирующее и мешающее карьере.

Лица с теневой формой АСЛР не проявляют какой-либо благодарности к людям, которые объективно помогают им, поддерживают в трудных обстоятельствах, и, наконец, просто сочувствуют им. Проявляемые в их адрес акты внимания и положительное отношение воспринимаются настороженно (подозревается обычно умысел для получения собственной выгоды) или имеет место сексуализация, то есть, возникает мысль о сексуальном интересе, ухаживании, стремлении вступить в сексуальные отношения.

В сексуальных отношениях лица с теневой формой АСЛР проявляют амбивалентность, они часто эмоционально дистанцированы, холодны. Типичны проблемы с достижением оргазма. Гармоничные сексуальные отношения крайне затруднены, им препятствует противоречие между потребностью в интимности и загруженностью психики на уровне вторичного процесса мотивациями, планами и схемами, входящими в основной спектр антисоциальных направленностей.

Любовные романы лиц с теневой формой АСЛР редки и кратковременны. В структуре любовных отношений сексуальный компонент отчетливо преобладает над глубоко интимным. В этом отношении эти лица обнаруживают черты, свойственные аддиктам избегания. Они не стремятся к открытости, стараются не раскрывать себя, не показывать партнеру/партнерше свои слабые стороны, соблюдают инкогнито. Одним из предпочтительных способов контакта является сообщение о себе вымышленных данных, конструирование ложных сюжетов с целью произвести положительное впечатление.

Разрыв любовных отношений не вызывает серьезных переживаний, что отличает их от любовных аддиктов и аддиктов избегания (у последних на бессознательном уровне присутствует страх покидания, не свойственный лицам с теневой формой АСЛР).

Лица с данным видом нарушения умеют планировать свои действия и достаточно последовательно их реализовывать, несмотря на то, что этому периодически могут мешать прорывы неконтролируемой импульсивности. Анализ поведения в производственной обстановке показывает, что их действия характеризуются определенной последовательностью, которая имеет четкую тенденцию к повторению на каждом новом месте работы, во взаимодействии с новым коллективом. Наиболее типичным является следующая последовательность событий.

При поступлении на новое (обычно перспективное в плане карьеры) место работы лица с теневой формой АСЛР внимательно оценивают общую обстановку, “присматриваются” к общей ситуации и, в первую очередь, стараются установить наилучшие отношения с начальством, выбирая для этого наиболее подходящую фигуру. Не исключены попытки установления неформальных, в том числе сексуальных отношений, с избранным, перспективным в качестве помощника/помощницы в осуществлении карьерных замыслов функционером.

В дальнейшем происходит дифференциация членов коллектива на несколько категорий: на лиц, с которыми реально установление «дружеских» отношений; лиц, которые зачисляются в категорию конкурентов и “зарабатывают” ярлык “врагов”, и нейтральных индивидуумов, которые просто игнорируются.

С “друзьями” / “подругами” лица с теневой формой АСЛР стараются наладить доверительные отношения. Для этого используется целый арсенал подходов, ориентированных, прежде всего, на “точки наименьшего сопротивления”, слабые места в структуре личности избранных индивидуумов. Эффективность достижения поставленной тактической цели на

данном этапе обеспечивается предшествующим наблюдением, развитой эмпатией и интуицией.

После установления достаточно доверительных “дружеских” отношений лица с теневой формой АСЛР начинают распространять сведения, дискредитирующие конкурентов. При передаче дезинформации все большему количеству лиц, они рассчитывают на эффект “снежного кома”. Особое значение придается сообщению неверной информации административно-управленческому персоналу. При этом следует иметь в виду, что сообщаемые о конкурентах сведения обычно содержат в себе какие-то действительно имевшие место факты, однако последние всегда освещаются в невыгодном для конкурентов свете и к ним добавляется спланировано придуманная дезинформация.

Практика показывает, что в динамику этого социального процесса, наряду с непосредственными “друзьями”, вовлекаются и другие лица, которые становятся на сторону сотрудников с АСЛР и поддерживают их.

Индивидуумы с теневой формой АСЛР обладают удивительной способностью вызывать к себе бескорыстную симпатию недостаточно хорошо знающих их людей.

В связи с этим Herve, Yuille (2007), анализируя поведение лиц с АСЛР многими незаинтересованными наблюдателями со стороны, приводят в качестве примера следующие интерпретации: импульсивность и отсутствие страха объясняется энергичностью и смелостью; поиск стимуляции и потрясений – способностью выполнять большое количество самых разнообразных заданий; антисоциальные поступки рассматриваются в контексте заслуживающих одобрения лидерских качеств.

Параллельно с появлением «группы поддержки» лиц с теневой формой АСЛР формируется и осуждающая их группа лиц. Так происходит разложение, распад прежде целостного, спаянного коллектива. Если лица с теневой формой АСЛР “выводятся на чистую воду”, они покидают место

работы, устраиваются на новом месте, где стараются применить ту же тактику и стратегию, избирая новые жертвы.

В процессе осуществления намеченных планов лицам с данным видом нарушения часто удается создать у части знакомых с ними людей имидж добросовестных и бескорыстных. Поэтому применяемые по отношению к ним различные административные меры наказания воспринимаются как незаслуженные, как проявление социальной несправедливости.

Характерным симптомом АСЛР является “сенсорная афазия” (Checkley, 1976), выражающаяся в неполном распознавании эмоционального состояния другого человека с одновременно проявляющейся способностью хорошо имитировать умение распознавать и сочувствовать. Создается впечатление, что при теневой форме остаются нераспознанными, прежде всего, состояния грусти, тревоги и страха. В то же время идентифицируются гнев и агрессия, а также чувство радости. В этом плане представляют интерес данные о легко возникающих при теневой форме реакциях гнева. Эти реакции бывают неожиданными для окружающих, так как возникают по незначительным поводам и не вписываются в привычную мимикрическую форму поведения.

Обычно принято считать, что при АСЛР имеет место отчетливая слабость суперэго при относительной сохранности эго. Тем не менее, Blatt и Shickman (1981) утверждали, что проблема заключается не в дефиците суперэго, а в “повреждении развития базисных эго функций”. Той же точки зрения придерживались Dorr и Woodhall (1986). Авторы обнаружили, что индивидуумам с АСЛР свойственны особенно тяжелые нарушения в таких эго функциях, как тестирование реальности; суждение; регулирование и контроль над драйвами и аффектами; регулирование объектных отношений, адаптивная регрессия в интересах эго; функции синтеза.

В данном контексте лица с теневой формой АСЛР не обнаруживают каких-либо признаков, свидетельствующих о дефицитности эго функции. В то же время у этих лиц устанавливается нарушение Механизма Подавления Насилия (МПН), который был описан и проанализирован Blair (1995). Автор

выделял в качестве причины неразвитости моральных качеств при АСЛР отсутствие этого механизма. В нормальных условиях МПН включается автоматически как реакция на страдание, дистресс другого живого существа. В случаях АСЛР система реализации МПН нарушена и дистресс жертвы не активизирует запуск данного механизма.

Лица с теневой формой АСЛР лучше всего чувствуют себя в нестабильных организациях, разъедаемых коррупцией. Такие организации находятся в состоянии нарастающего хаоса и являются благоприятной почвой для проявлений характерного для различных форм АСЛР поведения, и, прежде всего, теневого варианта.

У большинства наблюдавшихся нами пациенток/пациентов с теневой формой АСЛР обнаруживалось наличие выраженных нарцисстических установок.

В содержании их воображения доминировал не столько характерный для нарцисстического личностного расстройства имидж собственной грандиозности, связанный с представлениями об особом таланте, природном превосходстве над другими, сколько имидж победы над конкурентами любой ценой, включая обман, провокации, распространение дезинформации.

Своеобразие нарцисстического радикала у лиц с теневой формой АСЛР заключалось в том, что он мог без заметного сопротивления содержать в себе ряд отрицательных качеств с отсутствием претензий на завышенную самооценку.

В заключение отметим, что у нескольких наблюдавшихся нами женщин с теньвым вариантом АСЛР в процессе психоанализа выявлялись признаки наличия синдрома фрагментаризации объектных отношений, непосредственно свидетельствующие о задержке психодинамического развития на ранней стадии детского эротизма.

Правомерность этого заключения подтверждало отношение пациенток к людям не как к личностям с их индивидуальным психическим миром, симпатиями, антипатиями, переживаниями и системой ценностей, а как к

неодушевленным частичным объектам. Характерные для ранней оральной фазы различные черты либидинозности выступали у них в гипертрофированном виде и постоянно проявлялись в социальном поведении.

Пациентки данной подгруппы воспитывались матерями, которые сочетали в себе качества авторитарности и индифферентности. Провозглашаемая ими цель воспитания дочерей состояла в том, чтобы любой ценой “обучить их предстоящим трудностям реальной жизни”, “не избаловать,” “не испортить дочерей мягкосердечностью”. В поведении матерей отсутствовала спонтанность. Девочки не чувствовали искренней заботы, материнской любви и росли в атмосфере благоприятных условий для формирования преобладания базисного недоверия над базисным доверием по E. Erikson’у.

Матери пациенток не смогли убедить дочерей в том, что искренне любят их, что приводило к нарушению эмоционального контакта, и, в свою очередь, облегчало регресс к детскому периоду во взрослом возрасте. Отношения с людьми выстраивались по модели ранних отношений с плохой материнской грудью как с частичным плохим объектом.

Таким образом, тeneвая форма АСЛР в этих случаях сочеталась с регрессом к параноидно-шизоидной позиции (согласно концепции Melanie Klein). Подобный вариант комбинации более характерен для выраженной формы АСЛР, так как регресс на параноидно-шизоидный уровень объективно затрудняет реализацию рассчитанных на длительную дистанцию амбициозных планов, предрасполагая к примитивно-вульгарному гедонизму с непоследовательностью и импульсивностью и общему психическому хаосу.

Подобный регресс обычно не устанавливается у индивидуумов с тeneвой формой АСЛР, что создает необходимые условия для осуществления ими далеко идущих социально деструктивных планов, с эффективным применением “отшлифованной” мимикрии.

Литература

Ц. П. Короленко, Н.В. Дмитриева (2006) Личностные и диссоциативные расстройства. Новосибирск. НГПУ, с.448.

Adler, A. (1954) Understanding Human Nature. New York. Fawcett Premier.

Blair, R. (2001) Neurocognitive Models of Aggression, ASPD and Psychopathy. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 71: 727-781.

Blatt, S., Stickman, S. (1981) Antisocial Behavior and Personality Organization. In S. Tuttnam, C.Koye, M. Zimmerman (Eds.) Object and Self: a Developmental Approach. Essays in Honor of Edith Jacobson (pp. 325-367). New York. International Universities Press.

Checkley, H. (1976) The Mask of Sanity. St Louise. Mosby.

Door, D., Woodhall, P. (1986) Ego Dysfunction in Psychopathic Psychiatric Inpatients. New York. W. Norton, 98-132.

Herve, H., Yuille, J. (2007) The Psychopath. Mahwah, NJ. Lawrence Erlbaum.

3.6.Нарушение дефицита внимания с гиперактивностью

Нарушение дефицита внимания (НДВ) впервые, согласно данным Kelly, Ramundo (2006), было описано доктором Still в 1902 году, который наблюдал детей с гиперактивностью, импульсивностью и невнимательностью на базе детского психиатрического отделения. Автор использовал для диагностики их состояния термин “Дефект Морального Контроля” и предположил, что данный вид нарушения имеет какую-то неизвестную органическую этиологию.

В последующие годы названия этого нарушения менялись. Перечень употребляемых терминов выглядел следующим образом:

- Пост-энцефалическое расстройство;
- Гиперкинез;
- Минимальное мозговое повреждение;

- Минимальная мозговая дисфункция;
- Гиперкинетическая реакция детского возраста.

В дальнейшем было обнаружено, что в основе расстройства лежат тонкие патологии памяти и проблемы с функцией внимания. Оказалось, что, во-первых, подобные нарушения внимания могут иметь место не только в детском возрасте, и, во-вторых, могут не сопровождаться признаками сколько-нибудь выраженной гиперактивности.

В DSM-III (1980) выделяются три формы нарушения:

- Нарушение дефицита внимания с гиперактивностью (НДВГ)
- Нарушение дефицита внимания без гиперактивности;
- Резидуальная форма (в случаях, когда симптомы нарушения продолжали наблюдаться во взрослом возрасте).

В DSM-IV (1994) выделяются следующие формы:

- Первично невнимательный тип;
- Первично гиперактивный тип;
- Комбинированный тип.

Как уже отмечалось, НДВГ ранее относилось к патологии исключительно детского возраста. Тем не менее, в настоящее время НДВГ диагностируется приблизительно у 4% взрослой популяции (Kessler et al., 2006). Несмотря на то, что во всех этих случаях валидные симптомы НДВГ устанавливались уже в детском периоде, по мнению Faraone et al. (2006), этот факт не исключает возможности первичной диагностики данного вида нарушения во взрослом возрасте.

В течение последних пяти лет нами наблюдались 20 взрослых пациентов/пациенток с НДВГ и 7 пациентов с нарушением дефицита внимания без признаков гиперактивности. Наряду с дефицитом внимания, наиболее характерными симптомами при НДВГ являлись неусидчивость, наличие дополнительных движений рук и ног в сидячем положении, вертлявость; практическая невозможность вести себя достаточно собранно в моменты

развлечений и в коллективе; прерывание разговора и вмешательство в разговор других людей.

У индивидуумов с НДВГ отмечались отчетливые трудности в общении по телефону. Им было трудно выслушивать собеседников, синхронизировать свой разговор с ними. Они часто теряли нить диалога, были не в состоянии следить за его последовательностью. Выявлялась тенденция к импульсивным решениям. Отмечались затруднения в спокойном выслушивании собеседников, а также трудность в прекращении различных активностей. В ряде случаев лица с НДВГ управляли транспортными средствами со скоростью, превышающей допустимые правилами дорожного движения нормы.

На основании наблюдений над психодинамическими характеристиками различных по возрасту взрослых лиц с НДВГ мы пришли к заключению о том, что **невозможность удерживания внимания может быть непосредственно связана с переключением последнего на зону бессознательных и частично осознаваемых фантазий.**

При НДВГ внимание переключается от реальных событий на внутренние бессознательные процессы. Этот механизм обнаруживается уже у младенца, который большую часть времени проводит во сне, являющимся фактически одной из форм физиологической диссоциации. Диссоциация (расщепление) является психологической защитной реакцией при невозможности использовать другие виды защит в виде бегства или борьбы. При НДВГ переживания реальных событий замещаются моментальными и кратковременными множественными переключениями на рудименты фантастического содержания. Гиперактивность (не обязательный, хотя и частый компонент нарушения) выступает здесь как противоположность иммобильности.

Иммобильность, как известно, наряду с диссоциацией, может возникать при психотравмирующих воздействиях в виде катаплексии, паралича сна или элементов кататонического ступора. У некоторых лиц с НДВГ (почти у 10%

наблюдаемых нами пациенток) при пробуждении или при засыпании периодически возникала катаплексия (паралич сна).

В четырех случаях катаплексия сочеталась с феноменом Isakower'a. Пациентки боковым (периферическим) зрением видели надвигающуюся на них бесформенную или шарообразную темную массу, которая наваливалась на грудь и вызывала чувство удушья, после чего катаплексия прекращалась. Пациентки интерпретировали это переживание в соответствии с сохраняющимися и в последние годы активизированными языческими верованиями в домового.

Возникновение при НДВГ паралича сна приводило во всех исследованных случаях к усилению ранее устанавливаемого дефицита внимания в каждодневной жизненной активности.

Если катаплексия у лиц с НДВГ может рассматриваться как феномен в спектре кататонических застываний (ступороподобных проявлений), то подобное сопоставление противоположных состояний с усиленной психомоторной активностью имеет гипотетический спекулятивный характер. К ним относятся периодически развивающиеся при НДВГ состояния повышенной лихорадочной активности, сопровождающиеся чрезмерной говорливостью, ускоренным темпом речи на фоне обычного настроения без признаков эйфории.

Контroversией кататонического ступора, как известно, является кататоническое возбуждение. Кататонические состояния известны психиатрам, главным образом, как проявления шизофренических синдромов, хотя кататоническая реакция относится к филогенетически древней форме нарушения, возникающей при различных воздействиях (некоторые интоксикации, инфекции) как у человека, так и у животных.

На психическом уровне кататония может быть лишенной содержания (люцидной) или онероидной, насыщенной зрительными панорамными галлюцинациями, напоминающими Большие Сны, по Jung'у. Большие Сны отражают расщепление с уходом на уровень глубинного бессознательного.

Некоторые пациентки/пациенты с онероидными переживаниями приятного содержания проявляют выраженное сопротивление к возвращению в нормальное психическое состояние, в связи с предпочтением галлюцинаторного мира реальному, который воспринимается как серый, жесткий и скучный.

Лица с НДВГ стараются заполнить внутреннюю пустоту различными активностями поверхностного содержания, не требующими мобилизации внутренних ресурсов для преодоления каких-то внутренних или внешних затруднений. В ситуациях пассивности обнаруживается тенденция к “снам наяву” с содержаниями, отражающими реализацию принципа удовольствия с фантазиями на темы о всевластии, эротическими представлениями, нарцисстическими сценариями. Переживание реальных событий при этом сопровождается амбивалентным отношением, так как образы фантазий (производные первичного процесса), вторгаясь постоянно в сознание, искажают однозначность оценок, приводят к их расплывчатости и двойственности. В данном контексте сколько-нибудь длительная последовательность, целенаправленность действий оказывается невозможной.

Лица с НДВГ воспринимают происходящие события, активности других людей, их разговор, поведение в целом, как слишком медленные, а порою невыносимые. Согласно нашим наблюдениям, такое восприятие происходящего в реальном мире возникло у этих индивидуумов еще в раннем детском возрасте. Этот феномен может быть объяснен последствием выраженной фиксации детей на просмотре видео материалов, анимационных телевизионных фильмов, DVD и др. Дети усваивали быстрый темп виртуальной телевизионной действительности, на фоне которой реальные события воспринимались как раздражающе медленные. Объективно это приводило к трудностям в обучении, отсутствию интереса к сказкам, рассказываемым родителями, к детским книгам с иллюстрациями и др.

Одним из симптомов НДВГ является трудность преодоления какого бы то ни было (чаще значимого) препятствия. Этот признак маскируется

гиперактивностью и стремлением браться за решение многочисленных мелких задач, вместо одной достаточно серьезной.

Индивидуумы с НДВГ проявляют тенденцию к вовлечению в зону своей деятельности других людей, например, близких, родственников, сотрудников.

Общение с лицами, страдающими НДВГ, обычно быстро истощает тех, кто имеет с ними сколько-нибудь длительный контакт. В процессе взаимодействия возникает чувство не полностью осознаваемого раздражения, гнева, опустошенность, ощущение потери энергетических ресурсов, снижения творческого потенциала.

Нарушение дефицита внимания как с гиперактивностью, так и без нее может выполнять функцию психологической защиты в ситуациях хронической перегрузки информацией, в случаях возникновения гиперстимуляции на уровне восприятия и обработки поступающей информации. Гиперстимуляция в постсовременном обществе проявляется в каждодневной жизни, этим объясняется большое количество людей, пребывающих в состоянии хронического психологического дискомфорта и психоэмоционального напряжения как реакции на невозможность адекватного функционирования в гиперстимуляционной среде.

Для лиц с НДВГ и НДВ характерно поверхностное и очень кратковременное восприятие сменяющих друг друга различных информационных сигналов. Им свойственен феномен “скольжения” по информационным потокам, с отсутствием сколько-нибудь серьезной фиксации на отдельных содержаниях. В результате нарушаются межличностные отношения с лицами, входящими в круг качественного мира, чаще всего с наиболее близкими людьми. Контакты с ними становятся формальными и отрывочными. Индивидуумы с НДВ/НДВГ не способны к содержательному долгосрочному взаимопониманию, они не могут проявлять необходимое сочувствие, длительный интерес и активность по отношению к серьезным для семьи личностным и социальным проблемам.

Поведение индивидуума с НДВ/НДВГ на длительную дистанцию напоминает и имеет общие черты с выделяемой в последнее время “смешанной формой” личностного расстройства избегания (Kantor, 2003), которая носит замаскированный характер. Эти лица, в отличие от классического “неофобического” поведения избегания, производят впечатление общительных, экстравертированных. Они “неофильны”, легко вступают в социальные контакты со многими людьми. Однако, по мере того, как контакт становится менее формальным и начинает затрагивать интимные стороны, личностные ценности и интересы, появляются и постепенно нарастают симптомы поведения избегания.

Индивидуумы с НДВГ на начальных этапах знакомства могут подкупать своей социальной активностью. Свойственный им дефицит внимания объясняется разносторонностью, множественностью интересов, увлеченностью. Их неприятные личностные черты, как и индивидуально-личностные особенности пациентов с вышеописанной формой личностного расстройства избегания, проявляются в ситуации более длительного общения, а также в экстремальных ситуациях, личностных трагедиях и драмах, когда особенно необходима неформальная эмоциональная поддержка, сочувствие и сопереживание. Отсутствие или явная недостаточность этих эмоций у лиц с НДВ/НДВГ неизбежно приводят к разочарованиям и часто следующим за ними разрывом отношений.

Диапазон возможных последствий НДВГ/НДВ охватывает практически все стороны жизни, отрицательно влияя на выполнение работы, на эффективность обучения, приобретение знаний и навыков, препятствуя воспитанию детей, нарушая межличностные отношения, делая невозможным эффективное проведение свободного времени.

Диагностика НДВГ/НДВ осуществляется на основании информации от членов семьи, родителей, супругов, близких родственников, знакомых, коллег. Большое значение имеют самоотчеты лиц с нарушением, которые

часто осознают наличие проблемы, проявляют к ней критическое отношение и стремятся получить профессиональную помощь.

Исследования последних лет, посвященные изучению НДВГ и проводимые в рамках постсовременной психиатрии и психологии, начинают фиксироваться на вопросах профессиональной помощи этим лицам, количество которых постоянно увеличивается. Большое значение придается необходимости осознания факта наличия расстройства, понимания его болезненного характера, реальной возможности смягчить, модифицировать дисфункциональные проявления и в ряде случаев даже научиться использовать потенциально позитивную сторону расстройства (Kelly, Ramundo, 2003).

Авторы исходят из положения о том, что НДВГ является своеобразным “когнитивным стилем” который содержит в себе много нереализованных потенциальных возможностей. Симптомы НДВГ могут превратиться из «мешающих» в «приносящих пользу». Носители НДВГ очень часто страдают от заниженной самооценки, считают себя ленивыми, глупыми, ненормальными. Поскольку отрицательная самооценка неизбежно приводит к усилению общего нарушения личностного и социального функционирования, важно всеми доступными и приемлемыми способами повышать самооценку пациентов.

Определенную пользу приносит формирование более позитивного отношения к основным симптомам НДВГ: невнимательности, импульсивности и гиперактивности, умение взглянуть на них в контексте другого, конструктивного ракурса.

Так, например, невнимательность следует расценивать не как дефицитарность психики, а как выражение недостаточной заинтересованности к эмоционально непривлекательному факту, высказыванию или событию.

Импульсивность может квалифицироваться как психологически оправданное поведение, в результате которого удастся вырваться из плена

привычных стереотипов, всепоглощающей рутины, проявить смелость, выразить свой творческий потенциал.

Гиперактивность перспективно рассматривать как высокую активность, отражающую наличие высокого природного энергетического потенциала, как позитивную предрасположенность к высокому уровню психического напряжения.

Для лиц с НДВГ несомненное значение имеет спиритуальное (духовное) прозрение или осознание. Пробуждение чувства связи с Высшей Силой является основным компонентом в 12-ти шаговых программах Анонимных Обществ по коррекции различных форм аддиктивного поведения. Во многих случаях чувство связи с Высшей Силой проецируется членами Анонимных Обществ на само Общество, которое расценивается как сила, большая, чем индивидуальность. Представляется целесообразным организация Анонимных Обществ НДВГ/НДВ с использованием опыта других Анонимных Обществ

Kelly и Ramundo считают, что в этом плане особенно перспективно использование взрослыми лицами с НДВГ/НВГ первых трех шагов, поскольку в них речь идет о признании своего бессилия перед данным болезненным состоянием, и о том, что с помощью контакта с Высшей Силой возможно достичь необходимой коррекции. Бессилие перед НДВГ понимается в данном случае как то, что это состояние не является следствием чьей-то вины, и что оно не может быть излечено с помощью исключительно индивидуальных усилий.

Применение этих шагов подразумевает прекращение обвинения себя и своих близких в возникающих проблемах. Индивидуум с НДВГ при этом не снимает с себя ответственности за происходящее, но признает реальность своего несовершенного сэлфа. Конфронтация с собственным бессилием подразумевает невозможность справиться с проблемой в одиночку без помощи других членов Общества, каждый из которых имеет те же проблемы и присущие всем людям ограничения.

Большое значение имеет проработка четвертого шага, который заключается в составлении реестра (списка) своих жизненных ошибок, поражений и травмирующих психику конфликтов. 12-шаговая программа не ставит своей задачей устранение дефицитарных симптомов. Ее целью является конфронтация с ними, их идентификация, принятие и обучение управлению ими. Необходим бескомпромиссный анализ своих личностных слабостей и пространственно-временных ограничений, наряду с констатацией и проработкой своих сильных сторон. Решение подобных задач является достаточно сложным для индивидуумов с НДВГ/ НВГ, так как, по сравнению, например, с лицами, страдающими аддикциями, им значительно труднее идентифицировать свои недостатки, которые легко маскируются за психологическими состояниями, и особенностями, свойственными другим людям, в том числе и лично знакомым с ними.

Наиболее популярной в настоящее время является психофармакологическая терапия НДВГ. По данным Faraone и Antschell (2008), только 11% от общего числа пациентов с НДВГ подвергаются терапевтической коррекции. FDA рекомендует в качестве средств “первой линии” стимуляторы аддеролл или метилфенидат (риталин). К сожалению, результативность психофармакологической коррекции НДВГ/НВГ не всегда эффективна, хотя по данным Faraone, Antschel (2008), у трех из четырех взрослых пациентов терапия стимуляторами привела к положительным результатам, несмотря на то, что реакции пациентов/пациенток на один и тот же стимулятор не всегда прогнозируемы.

При НДВГ/НВГ существует высокий риск развития других психических расстройств. К числу последних относятся, прежде всего, тревожные состояния, депрессии, аддиктивные патологии. По данным, приводимым Faraone, Antshel (2008), 43% наблюдаемых ими лиц с НДВГ в возрасте от 18-ти до 29-ти лет имели двойной диагноз. Согласно Barkley et al. (1996), у 24-35% взрослых с НДВГ в детском возрасте диагностировалось Нарушение Поведения или оппозиционное расстройство. Те же авторы установили

у 25-43% взрослых с НДВГ признаки генерализованного тревожного расстройства. НДВГ следует дифференцировать с пограничным личностным расстройством, в форме с выраженными проявлениями импульсивности.

ЛИТЕРАТУРА

Barkley, R., Murphy, K., Kwasnik, D. Motor Vehicle Driving Competencies and Risks in Teens and Young Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder.(1996) Pediatrics 98:1089-1095.

Faraone,S., Antshel,K. (2008) Diagnosing and Treating Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder in Adults World Psychiatry 7, 3, October: 131-136.

Faraone, S., Biederman, J., Doyle, A. et al.(2006) Neuropsychological Studies of Late Onset and Subthreshold Diagnoses of Adult ADHD. Biol. Psychiatry 60: 1081-1087.

Kantor, M. (2003) Distancing. Avoidant Personality Disorder. Westport, CT. Praeger Publishers.

Kelly, K., Ramundo, P, (2006) You Mean I'm Not Lazy, Stupid or Crazy?! New York. Scribner.

3.6. Синдром Мюнхаузена прокси

Согласно Shreier et al. (1993), описания случаев преднамеренно вызываемого заболевания появились в медицинской литературе еще в 1800г.

Термин “синдром Мюнхаузена” впервые использовался доктором Asher в 1951 году в качестве диагноза умышленно вызванного у себя взрослыми индивидуумами заболевания, с целью привлечь внимание медицинского персонала. Подробное описание термина «синдром Мюнхаузена прокси» появилось в 1976 году.

По данным Abdulhamid (2008), синдром Мюнхаузена прокси (СМП) или факсиссионное заболевание прокси как одна из форм психической патологии был впервые описан под этим термином Meadow в 1977 году. Автор

зарегистрировал два случая искусственно вызванных матерями симптомов болезненных расстройств у их детей. У одного из заболевших устанавливалась гипернатриемия, у другого в течение длительного времени периодически обнаруживалась кровь в моче. Гипернатриемия ребенка была вызвана матерью, добавляющей в пищу большое количество поваренной соли. В 1994 Meadow сообщил, что после гибели ребенка мать призналась в совершении этого преступления психиатру (Abdulhamid, 2008).

Второй случай заболевания, возникшего в результате вызванного матерью воспалительного процесса в почках, закончился выздоровлением ребенка после распознавания причины и лечения матери в психиатрической клинике.

В 1994 году СМП был введен в DSM-IV для описания факсциозного нарушения прокси у индивидуума, умышленно вызывающего заболевание у своей жертвы.

В 1976 году Rogers et al. опубликовали статью об умышленном отравлении ребенка, в которой ссылались на сделанное годом раньше описание Meadow случая умышленного отравления ребенка матерью, зарегистрированного в больничных условиях.

СМП представляет собой особую форму насилия над ребенком, заключающуюся в целенаправленном вызывании у него симптомов медицинской патологии, соответствующих той или иной известной нозологической категории. Meadow назвал СМП «закулисным насилием над ребенком», совершаемым человеком (чаще всего матерью), осуществляющим непосредственную заботу о нем. Автор подчеркивал, что подобная фальсификация матерью медицинских симптомов у своего ребенка ранее не регистрировалась.

Meadow обратил внимание, что такие матери отличались крайне предупредительным, вежливым поведением по отношению к медицинскому персоналу, проводящему диагностику, наблюдение и лечение пострадавших детей. Они демонстрировали постоянную готовность к максимальному

сотрудничеству в условиях стационара или другого медицинского учреждения.

В больничных палатах они в буквальном смысле расцветали и вели себя так, как будто больница является для них родным домом, стараясь при этом как можно чаще быть в центре внимания врачей, среднего и младшего медицинского персонала.

Матери, совершавшие насилие над своими детьми, обнаруживали прекрасную осведомленность о клинике и динамике болезни, которую сами вызывали у ребенка.

В случаях улучшения его состояния, они прибегали к разнообразным уловкам и скрытым методам усиления болезненных проявлений, причиняя ребенку дополнительные физические повреждения или вводя ему различные токсические субстанции.

Gray и Bentovim (1996) при описании подобных случаев используют термин “синдром вызванной болезни”, указывая на возможность подвержения атакам взрослых, в отличие, например, от Bools et al. (1996), пользующихся термином “факсиснозное заболевание прокси” только в случаях повреждения детей.

СМП обычно имеет хроническое течение, но может возникать и эпизодически, с различными интервалами между эпизодами. Степень тяжести наносимого при СМП вреда также бывает различной. Описаны варианты действий, непосредственно угрожающих жизни, например, такие, как удушение, отравление, кровопускания. Более мягкие формы могут проявляться усилением уже имеющихся болезненных проявлений или фальсификацией симптомов с целью ошибочной диагностики. Возможно целенаправленное прекращение назначенного врачами лечения для ухудшения состояния ребенка.

Ребенок воспринимается матерью или другим лицом с СМП в основном не как личность, а как объект, помогающий установить манипулятивные отношения с медицинским персоналом.

В настоящее время СМП не является, как считалось ранее, редкой формой патологии. Нарастает убежденность, что немногочисленные случаи его диагностики связаны с нераспознаванием патологии, которая до настоящего времени, к сожалению, остается неизвестной для преобладающего числа специалистов.

Рассматриваемый нами феномен может проявляться по-разному. Так, например, Bentovim (2001) анализирует наблюдаемые им случаи СМП различного содержания. Автором выделяются формы умышленно вызванной у детей инактивности в результате целенаправленного голодания; аллергических симптомов; создания впечатления о наличии у детей проблем с дыхательной функцией, в том числе приступов с задержкой дыхания. Приводятся случаи вызванных намеренным употреблением слабительных средств поносов; употребления ненужных и не назначенных врачом лекарств.

Насилие над ребенком при СМП всегда носит тщательно продуманный, детально рассчитанный и ничем не спровоцированный характер. Во многих случаях матери с СМП обладают определенной исходной информацией о проблемах здоровья и патологии, особенно в области, касающейся сферы их непосредственного болезненного интереса. В процессе вызывания болезни у ребенка мать обычно совершенствует свои знания по особенностям патологии, которую сама и вызывает.

Meadow (1988) было установлено, что фальсификации детских болезней совершались также отцами..

Schreier (1996) считает, что СМП может выражаться в ложных утверждениях о совершении сексуального насилия над детьми, с неоднократными обращениями в полицию. Присоединяясь к точке зрения исследователей данной проблемы, автор подчеркивает, что родители, совершающие правонарушения в отношении собственных детей, всегда производят внешне положительное впечатление. Они всячески демонстрируют свою привязанность к детям, заботу о них и воспринимаются как «идеальные» родители, лишенные какого бы то ни было эгоцентризма. Такое поведение

родителей приводило к тому, что их действия в течение длительного времени не распознавались специалистами.

В настоящее время благодаря опубликованным патографиям лиц, оказавшихся жертвами СМП, синдром получил описание «изнутри». Иллюстрацией может служить автобиография Julie Gregory (2003), прошедшей специализацию по психиатрии в Шеффилдском университете в Англии и написавшей книгу “Sickened”. Автор описывает свое детство в категориях жертвы СМП, проходящее в условиях постоянного наблюдения и лечения в больницах и внебольничных учреждениях. Родители девочки проявляли жесткую нетерпимость к любым попыткам вести себя асертивно (удовлетворять свои потребности, не нарушая личностных границ окружающих и не причиняя им беспокойства).

Насилие над ребенком в рамках СМП начинается очень рано, буквально с младенческого возраста и первых лет жизни. По данным McClure (1996), средний возраст жертв СМП составлял 20 месяцев.

Дети, ставшие жертвами СМП, предъявляют разнообразные жалобы, наиболее частыми из которых являются боли в области живота, диарея, приступы удушья. Часто наблюдаются значительная потеря веса, припадки, кровотечения, необъяснимые повышения температуры, постоянная сонливость (Bools et al., 1992).

Симптомы нарушений возникают исключительно в присутствии матери и ослабевают в случае ее отсутствия. Матери (в редких случаях отцы) при появлении признаков вызванного ими заболевания иногда приглашают в качестве свидетелей соседей или знакомых, в некоторых случаях свидетелями оказываются лица с медицинским образованием. Их показания в дальнейшем используются для “объективизации” сообщаемых специалистам данных о болезни ребенка. Встречаются варианты, при которых поведение агрессора отличается от классической модели подчеркнутой заботливости, доброты и кооперации с медицинским персоналом. В ситуациях возможного реального разоблачения такие родители становятся конфликтными и агрессивными, что

бывает опасным для здоровья и жизни ребенка. В случаях, когда результаты анализов и данные объективного обследования в амбулатории или в стационаре не подтверждают наличия ожидаемой матерью патологии, она обращается в медицинское учреждение другого района или уезжает в другой город.

Если СМП совершается в условиях полной семьи, другие ее члены, в том числе и отец, зачастую не принимают активного участия в совершении насилия над ребенком. Отец, как правило, отстраняется от непосредственной заботы о ребенке еще до возникновения СМП. В другом варианте пассивная позиция отца проявляется в отсутствии у него подозрений о реально происходящих в семье событиях и полной и всесторонней поддержке матери в ее манипуляциях ребенком. Правильность поведения матери сомнению не подвергается.

При рассмотрении вопроса о том, как относятся к происходящему с ними дети более старшего возраста, способные распознать, что действия матери наносят им вред, следует учитывать, что матери с СМП обладают большой силой убеждения. Ребенку внушается мысль, что он болен некой таинственной болезнью и нуждается именно в том способе «лечения», который осуществляется его/ее матерью. Жертв СМП заставляют подтверждать в контактах с посторонними лицами, и, прежде всего, с медицинскими работниками, именно ту информацию о болезни, которая выгодна матери. Дети в таких случаях боятся противоречить матери по различным мотивам, главным из которых является страх утраты эмоциональных отношений с ней. Дети боятся и того, что другие взрослые скорее поверят матери, чем ребенку, и в дальнейшем мать отомстит им за «предательство».

Если СМП начинается в младенческом периоде и продолжается в дальнейшем, ребенок может приобрести уверенность, что все предпринимаемые по отношению к нему действия матери нормальны и, безусловно, правильны. Мать воспринимается в этом случае как идеальный

объект, вне зависимости от того объективного вреда, который она причиняет здоровью ребенка.

Детектив полиции в Орландо, Флорида Artingstall (1995) на основании расследования случаев СМП приходит к заключению, что совершающие агрессию в рамках СМП матери проявляют самые разные реакции при конфронтации с полицией. Они отрицают направленные против них обвинения и утверждают, что болезнь ребенка вызвана какими-то неизвестными причинами. Утяжеление болезненных симптомов часто непосредственно связано с попытками обвиняемых доказать свою правоту в отношении наличия у ребенка болезни.

По данным Rosenberg (1984), от 9 до 31% детей в случаях СМП погибают от рук агрессора. Этот факт подчеркивает необходимость адекватного планирования и срочных действий по защите таких детей.

Длительный промежуток времени между началом СМП и его распознаванием объясняется рядом факторов, препятствующих его ранней диагностике. К их числу, в частности, относятся:

(1) недостаточная информированность специалистов о СМП и отсутствие личного опыта работы с такими пациентками/пациентами;

(2) традиционная доверчивость специалистов к информации, представляемой матерью;

(3) убедительное ролевое поведение матери, использующей медицинские знания, касающиеся вызываемой у ребенка патологии;

(4) предшествующая вовлеченность в диагностику врачей различных специальностей и учреждений, частично подтверждающих объективность отдельных симптомов.

В процессе диагностики СМП и определения степени его тяжести Meadow (1985, 1990) рекомендует быть осторожным и использовать разнообразные подходы. Автор считает целесообразным соблюдение следующих основных правил:

(1) получение и верификация данных медицинского и социального анамнеза;

(2) проведение интервью с отцом и/или другими членами семьи при обязательном отсутствии матери для выявления достоверности сообщаемой ею информации;

(3) госпитализация ребенка с целью пристального наблюдения за характером интеракций между ним и матерью и выявления временных совпадений между возникновением симптомов и присутствием матери;

(4) сепарация ребенка от лица, подозреваемого в СМП, с целью подтверждения факта уменьшения (исчезновения) болезненных симптомов как следствия изоляции.

(5) скрытое видео наблюдение за взаимодействиями матери и ребенка в случаях их совместной госпитализации.

При возникновении подозрения на наличие СМП особое значение имеет установление в семье случая (случаев) внезапной смерти, которая могла быть связана с нераскрытым СМП и была ошибочно диагностирована как синдром внезапной смерти.

При угрозе разоблачения мать может попытаться возложить вину на кого-нибудь из членов медицинского персонала. Nanon (1991) описывает редкие случаи действительного вовлечения в СМП педиатров, которые вначале целенаправленно вызывали у ребенка заболевание, а потом добивались быстрого выздоровления, выступая в роли “спасателей”. Таким способом они стремились завоевать авторитет у коллег и членов семьи ребенка.

Анализ случаев СМП позволяет выделить три основных стратегии поведения матерей:

(1) искусственное усиление уже существующего болезненного нарушения;

(2) формирование ложного нарратива, содержанием которого является “история болезни” ребенка;

(3) целенаправленное вызывание у ребенка болезни.

Эти три стратегии могут реализоваться одновременно в каждом отдельном случае. В то же время является опасной недооценка наличия серьезной угрозы для здоровья и жизни ребенка варианта использования только одной стратегии, например, искусственного усиления симптомов или формирования ложных нарративов. Последний вариант, как правило, является увертюрой к следующему за ним умышленному вызыванию заранее объявленной болезни.

СМП может проявляться в причинении вреда не только физическому, но и психическому здоровью ребенка. В последнем варианте матери создают у окружающих впечатление о наличии у ребенка психических нарушений. Такой имидж создается постепенно, начиная с раннего детского возраста посредством нарративов, несущих в себе информацию о клинических симптомах психической патологии. Матери, как правило, заранее изучают признаки и динамику выбранного ими варианта психического нарушения по данным специальной литературы, рассказам родственников детей с психической патологией, по результатам анализа личных наблюдений за поведением таких детей. Возможно манипулирование знакомыми или состоящими с ними в родстве специалистами в области психического здоровья детей, и, прежде всего, детскими психиатрами и клиническими психологами.

Нами наблюдались два случая СМП, при которых на начальных этапах его развития у окружающих, родственников, соседей и знакомых формировалось мнение о наличии у ребенка симптомов психического нездоровья. На конечном этапе к процессу подключались психиатры, которым сообщались сведения о неправильном поведении ребенка, его неадекватности, странностях, неуправляемости, агрессивности и др.

Вовлечение специалистов во взаимодействие с ребенком происходило по следующей схеме. Детей 4-5-летнего возраста консультировали во внебольничных психиатрических учреждениях по поводу наличия у них нарушений поведения. Организовывалось получение “объективных” сведений

от лиц, ранее информированных матерью об особенностях ребенка в соответствии с нарративом того же содержания, который был предъявлен специалистам.

В дальнейшем, в связи с сообщениями об «обострении ситуации, агрессивности ребенка и/или попыткой совершить самоубийство», осуществлялась госпитализация в психиатрическую больницу, из которой через несколько дней ребенка выписывали с предположительным диагнозом прогрессивного психического заболевания. После выписки из стационара СМП «набирал обороты» с помощью активного распространения матерью прежних сюжетов, обогащенных новыми содержаниями, связанными с госпитализацией в психиатрическую больницу.

По мере достижения детьми подросткового возраста матери периодически вызывали на дом бригаду психиатрической скорой помощи. Вызовы происходили по следующему сценарию. Предъявляя к ребенку требования, вызывающие его протест, матери формировали у последнего нарастающее эмоциональное напряжение. Непоследовательность и непредсказуемость поведения матери проявлялась в том, что за один и тот же поступок ребенок мог быть или вознагражден, или наказан в зависимости от психологического состояния матери. На фоне эмоционального напряжения ребенка легко возникал конфликт, сопровождающийся агрессивным или суицидальным поведением, спровоцированным матерью.

В одном из наблюдавшихся нами случаев у подростка была диагностирована шизофрения, в результате чего его зависимость от матери значительно усилилась. В дальнейшем этот диагноз был признан ошибочным.

В другом случае мать специально препятствовала психофизическому развитию дочери, реализовывая стратегию воспитания по типу выраженной гиперопеки, что объективно блокировало формирование необходимых для каждодневного функционирования навыков. Так, например, после поступления дочери в школу она настояла на необходимости индивидуального обучения в домашних условиях, мотивируя приглашение преподавателей на

дом негативным влиянием школы на психическое состояние дочери, проявляющееся ночными страхами, кошмарными сновидениями, страхом темноты, контакта с незнакомыми детьми. Девочка неоднократно консультировалась детскими психиатрами и невропатологами, которым сообщалось о сноговорении дочери, возникновении непонятной задумчивости во время разговора, периодически возникающего неполного пробуждения со вставанием, принятием во сне сидячего положения. В рассказах об особенностях поведения и чертах характера дочери постепенно появлялся акцент на признаках психических отклонений, которые во многом совпадали с описаниями “эпилептоидности” в специальной литературе.

Несмотря на отсутствие у дочери диагноза эпилепсии, эпилептических припадков, нарушений сознания и других четких эпилептических эквивалентов (за исключением нарушений сна, интенсивность и частота которых в значительной мере преувеличивались матерью), мать говорила родственникам, знакомым и учителям, что дочь страдает эпилепсией. Девочке постоянно внушалось, что она больна эпилепсией и нуждается в постоянном контроле со стороны матери. Ее удалось убедить в том, что она не должна удаляться от матери на сколько-нибудь длительное время, и что многие виды игр и других активностей ей противопоказаны. Кроме того, мать постоянно обращалась к другим врачам (в том числе в других городах), добиваясь “правильной диагностики”.

Анализ приведенных случаев показывает, что содержание данного варианта СМП включает не стремление вызвать психическое расстройство как таковое, а преувеличение элементов поведения, не достигающих уровня психического расстройства, и распространение дискредитирующих ребенка сведений о наличии у него признаков психической патологии, соответствующих клиническим проявлениям, описанным в специальной литературе.

Анализ содержащихся в литературе данных и результатов собственных наблюдений свидетельствует о необходимой осторожности в оценке данных

“объективного” анамнеза, составленного исключительно со слов матери, и необходимого внимания к возможному наличию СМП в вызывающих сомнение случаях.

ЛИТЕРАТУРА

Abdulhamid,I. (2008) Munchausen Syndrom By Proxy. eMedicine Mar.26: 1-12

Artingstall,K. (1995) Munchausen Syndrome By Proxy. FBI Law Enforcement Bulletin August, 1-9.

Bentovim, A. (2001) In Gwen Adshead and Deborah Books (2001) Munchausen Syndrome By Proxy. Singapore. Imperial College Press.

Bools, C., Neale, B., Meadow, S. (1992) Co-Morbidity Associated With Fabricated Illness (Munchausen Syndrome By Proxy) Arch..Dis. Child.Januar 67(1): 77-79.

Gray, J., Bentovim, A. (1996) Illness Induction Syndrome. Cild Abusr Negl. 20: 655-673.

Gregory, J. (2003) Sickened. New York. Bantam.

Hanon, K. (1991) Child Abuse: Munchausen Syndrome By Proxy. FBI Law Enforcement Bulletin, December, 8-11.

McClure, R., Davis, P., Meadow,S., Sibert, J.(1996) Epidemiology of Munchausen Syndrome By Proxy, Non-Accidental Poisoning , And Non-Accidental Suffocation. Arch. Dis. Child. July 75 (1): 57-81.

Meadow, R. (1977) Munchausen Syndrome By Proxy – The Hinterland Of Child Abuse. Lancet 2: 343-357.

Meadow, R. (1985) Management Of Munchausen Syndrom By Proxy. Arch. Dis. Child. April 60(4): 385-393., Lancet ii. 25-28.

Meadow, R. (1990) Suffocation, Recurrent Apnea And Sudden Infant Death. Jjournal jf Pediatrics 117: 351-357/

Rogers, D., Trip, J., Bentovim, A. et al. (1976) Non-Accidental Poisoning: An Extended Syndrome Of Child Abuse. Br. Med. J. 703-796.

Schreier, H., Libow, J. (1993) Hurting For Love. New York. Guilford Press.

Schreier, H. (2004) Error In Munchausen By Proxy Defined. Pediatrics. June 113 (6): 1851-2.

3.7. Пищевые расстройства: нервная анорексия, булимия

В течение последних 25-ти лет нервная анорексия приобрела статус значимой социальной проблемы, привлекающей повышенное внимание как профессионалов, так и широкой общественности развитых стран постсовременного мира. По данным Levenkron (2000), количество зарегистрированных в США жертв нарушения составляло на этот период около 8 миллионов человек. Согласно данным Американской Психиатрической Ассоциации, нервная анорексия в 8-9% случаев заканчивалась летально (Levenkron, 2000). Использование в практической терапии новых антидепрессантов (прозак, золофт, паксил др.) привело к некоторому улучшению ситуации.

Первые упоминания о целенаправленном голодании относятся к 12-му веку. Однако в то время оно наблюдалось лишь в особых случаях и было связано только с религиозными убеждениями. В период средневековья голодание, к которому прибегала часть молодых женщин, считалось признаком не только аскетизма, но и святости. Отсюда возник термин “святая анорексия”. Изнуряющие себя голоданием лица описывались в 17-м веке как “скелеты, обтянутые кожей”.

По данным Bell (1989), архивы Ватикана содержат сведения о более ста женщин, канонизированных, в связи с гибелью от истощения, вызванной тем, что они отдавали пищу другим, нуждающимся в ней людям.

Только в 19-м веке голодание привлекло внимание специалистов в области медицины. У врачей появилась убежденность в эмоциональной

природе этого редко встречающегося в те времена болезненного расстройства (нервной анорексии), относимого к категории “истерии”.

Нервная анорексия до периода появления модернистской и особенно постмодернистской культур никогда не имела массового распространения и не была “каждодневной” реальностью. В 1970 году по количеству жертв нервная анорексия приобрела характер эпидемии. Согласно DSM-III, ею страдала каждая из 250-ти девушек.

В более чем 90% случаев этим нарушением страдают женщины, прямо или косвенно индоктринированные идеей о необходимости быть худой для того, чтобы стать привлекательной. Мужчины, в отличие от женщин, в значительно меньшей мере соотносят свою привлекательность с худобой, делая больший акцент на социальном и экономическом статусе.

Распространенность нервной анорексии среди лиц женского пола объясняется влиянием различных психосоциальных факторов. Одним из них являются средства массовой информации, рекламирующие определенный имидж женской фигуры с акцентом на суперстройность, узость талии, подчеркнутую худобу. Девушкам косвенно (с преимущественным воздействием на сферу бессознания) внушается чувство ненависти к своему «не худому» физическому телу, необходимость быть независимой от семейного давления и уметь побеждать “низменные физиологические инстинкты”, максимально ограничивая себя в еде.

Таким образом, можно констатировать, что пищевые расстройства у женщин приобрели в постсовременном обществе эндемический характер.

По данным Roth (1992), женщины затрачивают в год 33 миллиарда долларов с целью потери веса. У 20 миллионов женщин устанавливаются пищевые расстройства (нервная анорексия и булимия). 50% женщин (и только 25% мужчин) периодически прибегают к диете. Разочаровавшись в одном виде диеты, они используют другой вариант. При этом 9 из 10 человек, снизивших вес в результате диеты, в последствие набирают его снова.

Неэффективность диеты объясняется тем, что еда и проблема веса являются лишь симптомами, а не сутью проблемы. Сила воли, подсчет калорий и физические упражнения не помогают в расчете на сколько-нибудь длинную дистанцию без коррекции основного триггера переедания. Фиксация на весе отвлекает от попыток разобраться в истинных причинах нарушения. Она усиливается и формируется под воздействием социальных и культуральных факторов.

Во многих случаях причины возникновения и глубинное значение имеющегося пищевого расстройства остается для его жертвы не осознанным. Поверхностное понимание проблемы обычно мало помогает в осознании психо-социальных механизмов нарушения.

Компульсивное переедание (булимия), распространенность которого приобрела в постсовременном обществе драматический характер, также имеет достаточно давнюю историю. В опубликованной в 2002 году корреспондентом *Atlantic Monthly* E. Schlosser книге “Fast Food Nation” приводится лавина фактов и наблюдений об эпидемическом характере болезненного переедания в США и той роли, которую в этом процессе играют рестораны быстрого питания, активно навязывающие посетителям гамбургеры и “fries” (жареный картофель). Эти виды пищи, благодаря ресторанам быстрого питания, с 1950-х годов стали “квинтэссенцией” еды в США (а также Канаде, прим. авт.). По данным Schlosser, типичный американец потребляет в день три гамбургера и четыре порции жареного картофеля каждую неделю. Рождение индустрии быстрого питания совпало с эпохой глорификации современных технологий, с популярностью лозунга “Лучшая жизнь посредством химии”. Технологические чудеса Диснейлэнда нашли свой эквивалент в современных кухнях первых ресторанов быстрого питания. Они впитали в себя неограниченную веру во всемогущество “научных подходов” в приготовлении пищи. Быстрая пища сегодня является последним звеном технологической цепочки, за ее обычным естественным видом скрываются современные технологии замораживания, дегидратации, консервирования, генные

модификации. Возникла и приобрела широкое распространение новая ментальность- ментальность быстрого питания, особенно типичная для лиц молодого возраста. Эта ментальность создает статус наибольшего благоприятствования для развития пищевых расстройств.

Причинами нервной анорексии и булимии являются пренебрежение, отсутствие базисного доверия, физическое и сексуальное насилие, дискриминация по различным признакам, вытесненные и неотреагированные отрицательные эмоции. Дети, подвергшиеся хроническому воздействию отрицательных факторов, становятся несчастными подростками и несчастными взрослыми, живущими с репрессированными в бессознательную сферу ранними травматическими переживаниями. Эти люди обращаются к манипуляциям с едой в связи с тем, что они не имеют возможности найти для себя лучший выход.

Возникновение нервной анорексии у девочек в настоящее время связывают с невозможностью формирования аттачмента в раннем возрасте и установления психологически адекватных возрасту отношений зависимости с родителями. Недостаточность аттачмента в раннем возрасте приводит в дальнейшем к серьезным затруднениям в формировании привязанности к другим людям, что и создает благоприятную почву для возникновения нервной анорексии.

Тем не менее, по мнению Levenkron, дефицит аттачмента не является единственной причиной развития нервной анорексии. Автор указывает на роль в этом процессе таких факторов, как обсессивно-компульсивные нарушения, фобии, обсессивные личностные особенности, психологическая ригидность. Особенное значение в этом контексте придается перфекционизму. Впрочем, все упомянутые особенности сами по себе также могут быть следствием дефицита аттачмента при воспитании ребенка членами дисфункциональной семьи.

Наиболее часто нервная анорексия развивается в возрасте от 11-ти до 22-х лет. Предрасположенность к этому патологическому процессу

закладывается на ранних этапах жизни, соответствующих первым трем стадиям развития по Е.Еrikson'у (доверия, интимности, идентичности). В этом раннем периоде ребенок не подвержен влиянию средств массовой информации. Во всяком случае, это влияние не имеет на него столь значительного воздействия, по сравнению с более поздним возрастом. В то же время, если в раннем возрасте не формируется преобладание основного доверия над основным недоверием, а имеет место обратное явление – преобладание основного недоверия над основным доверием, в последующем это приводит к отсутствию чувства интимности и спаянной идентичности. Ребенок оказывается психологически изолированным в собственной семье. Он не может вступать в доверительные отношения ни с родителями, ни с другими, заботящимися о нем лицами, он оказывается не в состоянии идентифицировать себя с ними, полагаться на них как на авторитетных, заслуживающих уважения людей.

Возникает ситуация вынужденной психологической изоляции, напоминающая сенсорную депривацию, которая субъективно переживается как психологический дискомфорт, сопровождающийся тревожными и депрессивными проявлениями. Последние обычно не достигают степени, позволяющей отнести их к категории психических расстройств, а находятся на уровне повреждающих психических дисфункций или теневых синдромов психических нарушений. Несмотря на то, что такое состояние формально относится к мягкому, неглубокому нарушению, оно содержит в себе потенциальную опасность формирования на его основе различных неблагоприятных для психического и соматического здоровья последствий.

С целью выхода из сложившейся ситуации подросток пытается завоевать внимание родителей, их положительное отношение, признание своих способностей, талантов, силы воли. Возможности подростка в реализации этих намерений ограничены, особенно на фоне отсутствия сформировавшегося чувства доверия к родителям. Известно, что в случае возникновения напряженных внутрисемейных отношений, ребенку

(подростку) легче обвинить в них себя, чем родителей, так как при этом сохраняется возможность идеализации родителей на сознательном и бессознательном уровнях. Таким образом он психологически защищает себя от безысходности, оставляя надежду на изменения при условии выбора им такой модели поведения, результатами которой станет родительская гордость. Одним из доступных способов привлечения к себе внимания родителей становится аноректическое поведение.

Девочки рассматривают голодание как непосредственное выражение их внутренней силы, способной совершить то, чего не могут сделать взрослые, а тем более другие подростки. Они расценивают голодание как демонстрацию силы воли, позволяющей осуществлять победу духа над телом, над физиологическими потребностями, инстинктом (драйвом) голода, который приравнивается к чему-то низменному, противоположному одухотворенности. Подростки с нервной анорексией манипулирует своим телом, выражая таким образом стремление к понимаемому на их уровне развитию совершенству.

Данные, полученные при интервьюировании лиц с нервной анорексией, свидетельствуют о наличии у них серьезных затруднений в установлении полноценного общения с другими людьми. Еда в анализируемых случаях становится своего рода альтернативой общения, что находит отражение в следующих высказываниях: “Я просто не могу продуктивно общаться с кем-либо, общение оказывается всегда формальным, поверхностным, оно не устраивает меня. В то же время мысли о еде, процесс отказа от нее, как и само употребление пищи всегда эмоционально насыщены”. “Еда обладает рядом преимуществ перед межличностным общением, она не покидает тебя, не спорит с тобой, ничего от тебя не требует, у нее нет, наконец, собственного мнения, свойственного людям “.

Для лиц с нервной анорексией и булимией фиксация на еде, на реализации пищевого поведения является способом решения проблемы интимности и доверия. Добиваться потери веса оказывается легче, чем войти в глубокий эмоциональный контакт с другим человеком. Еда фактически

заменяет любовные отношения. Проще и безопаснее фиксироваться на еде, чем вступать в интимные межличностные контакты, так как манипуляции с едой значительно легче контролируются. Источник эмоциональной боли может таким образом эффективно устраняться, необходимость обращения за поддержкой и помощью к другому человеку исчезает.

В 1992г. Roth проанализировала результаты исследований, проведенных гламурными журналами и опубликованных под заголовком “Чувствовать себя полной в худом теле”. Согласно представленным автором данным, 75% из 33000 опрошенных женщин сообщили, что они чувствуют себя слишком полными. 96% из них утверждало, что их вес является проблемой, которая влияет на самочувствие и эмоциональное состояние. Почти половина женщин заявила, что снижение веса имеет для них большое значение и делает их более счастливыми, по сравнению с успешными межличностными контактами, успехом на работе, получением известий от старого друга.

Связанные с едой и чувством первичной любви (primary love) основные модели поведения закладываются в младенческом периоде и по своим психологическим механизмам являются фактически идентичными. Удовлетворение голода и жажды в процессе сосания материнской груди сочетается с чувством любви к последней в первые шесть месяцев жизни ребенка, которая оценивается младенцем в качестве отдельного самостоятельного объекта («хорошая грудь»). Хорошая грудь появляется по желанию младенца, прикасается к нему, являясь источником не только питания, но и комфорта, любви и ласки (противоположными атрибутами обладает депривировавшая «плохая грудь»). На следующем этапе развития (по достижению шести месячного возраста) любовь к хорошей груди переносится на мать как на целостный объект.

Манипуляции с пищей в форме анорексии, булимии или смешанных, сменяющих друг друга расстройств, становятся особенно деструктивными в случае приобретения ими компульсивного характера. Компульсивность на сознательном уровне определяется чрезвычайно сильной убежденностью в

том, что с помощью приема пищи можно избавиться от чувства невыносимого отчаяния.

Лица с нервной анорексией и булимией в процессе психоанализа раскрывают репрессированное в сфере бессознания чувство раннего детского отчаяния. Они сообщают, что это чувство всегда присутствовало внутри и от него было нельзя избавиться. Обычно отчаяние проецировалось на мать и было связано с мыслями о неизбежном покидании матерью, что было равнозначно исчезновению дома, убежища, собственной психической аннигиляции.

Пища для лиц с нервной анорексией и булимией приобрела аддиктивные свойства уже на раннем этапе их развития. Она в определенной степени стала эквивалентом любви, единственным способом, позволяющим почувствовать себя любимой/любимым. В то время, когда в детском возрасте родители оказывались отстраненными, недоступными и отсутствующими физически или эмоционально, пища была рядом всегда. Она «не уходила из дома» внезапно, как это делали, например, отцы, а иногда и матери. Пища согревала, когда было холодно, охлаждала, когда было жарко, она не наказывала, не нападала, не употребляла наркотики, не напивалась. И, кроме того, пища часто была вкусной. Все эти качества легко делали ее аддиктивным агентом, суррогатом любви, но были не в состоянии трансформировать ее в настоящую любовь.

Пищевые аддикты настолько привыкают к пище как к суррогату любви, что становятся неспособными дифференцировать эти понятия, манипулируя едой и обращаясь к ней как к источнику настоящей любви. Они не могут переживать чувство реальной влюбленности, фактически не имея возможности испытать это чувство. Нелюбимые и недолюбленные они не в состоянии в достаточной степени проявить любовь ни к кому-либо, ни к самим себе.

Акт компульсивного влечения к голоданию или к приему пищи имеет динамическую связь со скрытым в бессознании убеждением в своей

неполноценности, невозможности стать объектом сколько-нибудь стабильной любви со стороны другого человека.

Отражением этой особенности является частое сочетание пищевых аддикций с промискуитетом, со стремлением к кратковременным ни к чему не обязывающим сексуальным контактам, с избеганием настоящего взаимопонимания и с максимально возможной закрытостью от партнера/партнерши. Страх интимности связан с убежденностью в неизбежности унижительного отвержения после осознания партнером/партнершей их личностной несостоятельности, внутренней пустоты, неполноценности.

Под концентрацией страдающих нервной анорексией на постоянной озабоченности формой собственного тела скрывается беспокойство более глубокого психологического содержания, заключающегося в хронической убежденности в наличии какого-то внутреннего (часто точно не вербализуемого) дефекта, который полностью исключает возможность получения положительной оценки, привлечения внимания, способности вызвать интерес и тем более быть любимой/любимым.

Фиксация на еде блокирует полноценное развитие личности. Это происходит в связи с неизбежным сужением содержания мотиваций, снижением диапазона ожиданий от жизни, обеднением воображения.

Индивидуумы с патологической фиксацией на еде испытывают хроническое чувство одиночества, от которого не спасает межличностное общение. Временное облегчение наступает при использовании в качестве суррогата реальной или воображаемой пищи. Эмоциональная боль покидания у лиц с нервной анорексией замещается болью, содержанием которой является страх полноты, постоянная озабоченность повышением веса, периодически усиливающаяся и достигающая уровня паники.

Компульсивность как при пищевых расстройствах, так и в случаях других ее вариантов, является выражением концентрированной, суженной активности процессов воображения и мышления, направленных на

реализацию одного, жестко ограниченного контекстом еды драйва с неизбежным притуплением других эмоций и содержаний. Скрытой целью компульсивности при пищевом расстройстве становится психологическая защита от переживаний, связанных с отсутствием возможности формировать полноценные межличностные отношения.

Meadow и Weiss (1992), наблюдавшие женщин с пищевыми расстройствами, установили наличие у последних серьезных сексуальных проблем, вызванных страхом сексуальности и интимности и бегством от них. Авторы ссылаются на ряд примеров из своей практики, которые иллюстрируют различные варианты проявлений этой особенности.

Так, например, они описывают жалобы замужней женщины на отсутствие чувств во время сексуального контакта. Она способна к моментальному оргазму, но абсолютно не в состоянии по-настоящему “забыться” во время секса. В этот момент возникает чувство отстраненности от собственного тела, наблюдение себя со стороны с ощущением того, что все происходящее не имеет к ней никакого отношения. В других случаях одна только мысль о предстоящих сексуальных отношениях сопровождается появлением выраженной тревоги. Характерен страх слияния с другим человеком, отождествляемый со страхом потери независимости. Авторы делают вывод о наличии у пациентки страха интимности, вызванном стремлением к постоянному контролю над собой.

Marshall (1984) в книге «Потеря способности любить» называет таких женщин «Поколением Контроля». Страстные переживания во время сексуальной близости воспринимаются ими как опасность в плане появления эмоциональной ранимости, потери контроля над собой, попадания в состояние зависимости от другого человека. Страх потери себя в отношениях приводит к страху интимности, принимающему характер эпидемии в постсовременном мире.

Marshall считает, что многие женщины усваивают страх интимности в качестве постоянной составляющей их стиля жизни. Реализацией потребности в

любви в ходе полноценных сексуальных отношений замещается контактом с пищей. Пища всегда легко доступна, а желание обратиться к чему-то безличностному, нетребовательному уже интернализировано в психике. Влечение к пище (положительное или отрицательное) всегда содержит в себе дилемму: есть или не есть, что подразумевает “быть худой и счастливой или толстой и грустной”.

Для многих женщин пища в буквальном смысле заполняет внутреннюю пустоту, которую они, хотя и не могут выразить словами, но постоянно в той или иной степени болезненно ощущают.

Понимание этого феномена облегчают факты частого обращения к пище людей, не страдающих пищевыми расстройствами, потерявших, например, любимого человека. Сам процесс еды приводит к снижению напряжения и тревоги, временно облегчает тоску от одиночества. Эти характеристики пищи человек усваивает, как уже указывалось, еще в детском возрасте. Связь между процессом еды и любовью формируется сразу же после рождения. Материнское молоко не только физически, но и эмоционально поддерживает младенца. В периоде фрагментарного восприятия окружающего мира, когда мать еще не воспринимается как целостный объект, пища и мать ощущаются младенцем как один самостоятельно существующий элемент, с которым связаны первичные чувства любви, безопасности, тепла, возможности удовлетворения желаний. Следствием такой реакции младенца на процесс питания является то, что многие пациентки/пациенты с булимией предпочитают мягкую, не требующую длительного пережевывания сладкую пищу. Возможно этим частично объясняется столь быстро возникающая и не проходящая популярность ресторанов быстрого питания типа McDonalds, Burger Prince, Tim Horton's и др. Даже те, кто осознает возможные негативные последствия аттачмента к “фаст фуду”, продолжают систематически использовать эту лежащую на расстоянии вытянутой руки возможность, каждый раз находя для себя рациональное оправдание и

внутренне обещая, что в дальнейшем это будет происходить значительно реже.

При этом следует иметь в виду, что быстрое питание обычно характеризуется преобладанием в пищевом рационе пищи с высоким содержанием углеводов, соли и жиров. Такую пищу называют часто “junk food”. Pipher (1995) обращала внимание на то, что упаковка junk food, как правило, стоит больше, чем сама пища. Повышенное внимание к красивой упаковке базируется на феномене “лукизма” (lookism), выражающемся в стереотипном, не полностью осознаваемом поведении, при котором продукты приобретаются на основании их внешнего вида, в связи с тем, что последний некритично атрибутируется к внутренним качествам и содержаниям.

Психологические причины злоупотребления едой всегда тщательно замаскированы. Их смысл не прорывается на уровень осознания. Латентное содержание воспринимается как нечто крайне неприемлемое и пугающее. Это те психологические образования, наличие которых мы на бессознательном уровне подозреваем у себя, но удерживаем в репрессированном состоянии. Фиксация на пищевых расстройствах оказывается средством отвлечения даже от потенциальной возможности остановиться, задуматься и приблизиться к осознанию репрессированной информации. Индивидуум с пищевым расстройством не в состоянии понять и ощутить, что даже очень болезненный результат такого осознания уже в близкой перспективе окажется менее деструктивным, по сравнению с постоянным присутствием в психике вытесненных содержаний, связанных с пищей. Отказ от профессиональной квалифицированной помощи приводит к тому, что лица с пищевыми расстройствами продолжают годами платить высокую цену за сомнительный комфорт пребывания в неведении, грозящий остановкой в психологическом и духовном развитии, а также психосоматическими катастрофами.

Нервная анорексия на определенном этапе своего существования приводит к развитию психических расстройств, напоминающих по своей клинической картине шизофренические симптомы. К числу последних

относится расщепление с выраженным чувством раздвоения, существования в теле двух психических образований: прежнего пре-аноректического “Я” и нового аноректического “Я”, имеющих противоположные установки в отношении приема пищи. Эти структуры проявляют себя не только в сфере воображения, они могут иметь галлюцинаторный характер и существовать в виде голосов, локализующихся внутри головы. При этом, если один голос требует прекращения голодания, то другой, - его продолжения. Пациентки отождествляют эти голоса со злым низменным и добрым духовным началом. Находясь в одиночестве, они разговаривают сами с собой, вступая в диалоги с внутренними голосами. В присутствии других людей они выдают наличие галлюцинаций периодическими отвлечениями от общей беседы и движениями губ, сопровождающими процесс шептания.

В плане изучения данного феномена представляют особый интерес результаты антропологического клинического исследования Binswanger (1944), опубликованные под названием “Случай Эллен Вест”. Автор приводит данные тщательного наблюдения за пациенткой, страдающей тяжелой формой нервной анорексии. Речь идет об очень одаренной женщине, которая вплоть до трагической гибели, возникшей в результате завершеного самоубийства, вела подробный дневник своей болезни. В яркой художественной форме Эллен Вест описывала свои переживания на различных этапах голодания, характеризуя свое психическое состояние как постоянный “конфликт между безвредной едой и ужасом от прибавления веса”. У пациентки присутствовало чувство “порабощения неизвестной силой, которая угрожала разрушить ее жизнь”. Она хотела понять причину “неизвестных стремлений”, которые “были сильнее ее разума и заставляли ее подчинять им всю свою жизнь”. Пациентка наблюдалась и проходила неуспешное психоаналитическое лечение с предположительным диагнозом “обсессивный невроз”. Ее консультировали такие выдающиеся европейские психиатры, как Kraepelin и Bleuler. Kraepelin вначале отверг наличие обсессивного невроза и полагал, что пациентка страдает гениальной

меланхолией. Bleuler считал, что речь идет о наличии шизофрении. Оба психиатра были согласны с Binswanger'ом в отношении плохого прогноза и угрозы суицида. Неназванный Binswanger'ом “иностраный психиатр”, принимавший участие в консилиуме, выразил сомнение в диагнозе шизофрения, в связи с отсутствием “интеллектуального дефекта”, полагая, что речь идет о “развертывающейся психопатической конституции”. Сам Binswanger диагностировал у пациентки прогрессирующий шизофренический психоз (*schizophrenia simplex*) с плохим прогнозом. С точки зрения современных данных и представлений, диагноз нервной анорексии с психическими расстройствами в стадии крайнего соматического истощения выступает в качестве альтернативного варианта.

В литературе имеются отдельные публикации на тему о соотношении пищевых расстройств (нервной анорексии и булимии) с явлениями зависимости. Они касаются в основном лиц женского пола, находившихся на больничном и внебольничном лечении (Borstein, Greenberg, 1991; Borstein, 1993; Lenihan, Kirk, 1990), а также студенток колледжей, не зарегистрированных в качестве пациенток (Zimmerman, Coryell, 1989). У женщин с пищевыми проблемами устанавливался больший уровень проявлений зависимости, по сравнению с женщинами без их наличия. Wonderlich et al. (1990) обнаружили, что у лиц с пищевыми расстройствами наиболее часто выявлялись диагностические признаки зависимого личностного расстройства (32%) и личностного расстройства избегания (32%). Далее по частоте встречались признаки пограничного личностного расстройства (23%) и гистрионического личностного расстройства (23%). Lacey, Coker, Birtchnell (1986) обнаружили, что наиболее частыми непосредственными причинами развития пищевых расстройств у женщин являлись потеря близкого человека или любовное отвержение.

Kantor (2003), уделяющий особое внимание проблеме избегания в постсовременном мире, приводит данные о том, что некоторые страдающие ожирением лица используют его частично на бессознательном уровне в

качестве способа избегания мирских удовольствий: “Они окружают себя защитными, отталкивающими окружающих складками жира с целью удерживать фигурально и буквально на расстоянии от себя других людей”. Лица с булимией и синдромом избегания интенсивно переедают в случаях угрозы возникновения каких бы то ни было близких отношений. Их полнота становится защитным механизмом, спасающим их от близости. Если их охватывает чувство одиночества, они употребляют после приема пищи слабительные и вызывающие рвоту средства с целью снизить вес и выглядеть привлекательнее. В случае возникновения очередной реальной возможности сближения с кем-то (что воспринимается как угроза), снова возникает переедание.

Некоторые аноректики с синдромом избегания специально стараются быть максимально худыми, истощенными, даже кахектичными, чтобы таким способом отпугивать потенциальных ухажеров. Kantor приходит к выводу, что в части случаев симптом отсутствия месячных (амеоррея) при нервной анорексии имеет символическое значение, проявляясь в контексте: “я не могу выйти замуж, так как не могу иметь детей”.

В литературе последних лет встречаются попытки объяснения психологических механизмов пищевых расстройств с психоаналитических позиций. Так, например, Green (2006), анализируя нервную анорексию и булимию, использует психоаналитические аспекты ингибиции и компульсии. Ингибиция рассматривается автором как один из механизмов нервной анорексии. Компульсия оценивается как основной инструмент, присутствующий при пищевых эксцессах (пищевой «запой»), свойственных булимии.

Автор констатирует, что Freud (1926) достаточно поздно ввел в теорию психоанализа концепцию об ингибиции, причем в достаточно коротком варианте. Ингибиция анализировалась Freud’ом только в ее отношении к симптомам психических нарушений и тревоге. Ингибиция, согласно, Freud’у, в отличие от симптома, не всегда является признаком патологии. Тем не менее,

ингибция может достигать такой степени, при которой сама становится симптомом, что особенно важно, если она нарушает определенную функцию. Freud интересовался прежде всего ингибированием сексуальной функции и отводил ингибции в данном контексте роль психологического защитного механизма, предупреждающего возникновение тревоги.

ферой интересов Green'a (2006) являются вопросы ингибции и компульсии на фоне эпидемического распространения пищевых расстройств в постсовременном мире. Автор подчеркивает, что эта проблема по своему значению уже приобрела характер, выходящий за рамки проблемы исключительно сексуальных нарушений. Green считает, что, несмотря на то, что на практике нервная анорексия и булимия очень часто проявляются у одной и той же пациентки/пациента, сочетанное употребление понятий ингибции и компульсии при описании пищевых расстройств практически не встречается.

В случаях нервной анорексии ингибция маскирует главное содержание переживаний и скрывает тревогу. Индивидуумы с пищевыми расстройствами не понимают, что с ними происходит, даже, если им кажется, что они это понимают. Они рационализируют собственное поведение, фиксируя свое внимание и внимание других людей на проблеме контроля веса. В действительности, по мнению Green'a, речь идет о сложных бессознательных конфликтах, во многом обусловленных влиянием матери на ребенка в младенческом периоде.

Чрезвычайно трудно понять, каким образом при нервной анорексии происходит ингибция такой естественной и жизненно важной функции, как аппетит, что в ряде случаев приводит к гибели от истощения.

Green считает неременным условием лечения нервной анорексии изоляцию пациентов из семейной среды и проведение терапевтических мероприятий в лечебном учреждении. Анализ отношений с матерью может быть очень плодотворным. При проведении анализа необходимо учитывать наличие тесной связи между пищевым и сексуальным поведением. Согласно

наблюдениям автора, молодая девушка, выбравшая стратегию голодания, старается таким образом предотвратить появление признаков пост-пубертатной зрелости. Она объявляет безжалостную войну своему сексуальному телу, с целью воспрепятствовать развитию естественной женственности. Одновременно с ингибцией стремления к еде происходит подавление сексуальности. Фактически имеет место борьба с потенциально возможным в будущем материнством.

Green считает, что акцептирование беременности и ее сохранение является реальным признаком прекращения нервной анорексии. Фиксация на матери носит у пациенток амбивалентный характер, что выражается в сочетании зависимости с постоянным сражением против матери. Для аноректических пациенток характерны жалобы на то, что мать абсолютно не понимает их и что они безрезультатно борются за избавление от угнетающей детской зависимости от нее.

В случаях булимии камуфляж лежащего в ее основе симптома, которым является тревога, более очевиден. Тревога здесь связана не с сексуальным драйвом (по Freud,у), а с чувством пустоты. Ощущение пустоты имеет не только физический характер, индивидуум страдает прежде всего от психической пустоты, трудно вербализуемого чувства тотального отсутствия внутренних объектов. Чтобы избавиться от этого непереносимого чувства, субъект готов наполнить себя чем угодно, какой угодно пищей, находящейся в пределах непосредственной досягаемости. Он/она могут компульсивно употреблять пищу так, что это вызывает отвращение у окружающих, не страдающих пищевым расстройством. Во время приступов булимии инстинкт (драйв) утоления голода трансформируется в стремление избавиться от чувства пустоты.

Справедливость концепции Green'a нашла подтверждение в наблюдаемых нами случаях динамики нервной анорексии у трех девочек подростков, оказавшихся по тем или иным причинам вне контакта с матерями и воспитываемых отцами. Девочки страдали прогрессирующим, доходившим до

степени истощения голоданием. Использование различных терапевтических вмешательств не давало сколько-нибудь длительного эффекта. Во всех трех случаях произошло прекращение аноректического поведения, сменившегося длительным психологическим состоянием в рамках так называемого комплекса Афины-Антигоны.

Мифологическая фигура Афины представляет, как известно, не имеющую матери богиню, переживающую состояние триумфа, произошедшую непосредственно из головы Зевса. Антигона родилась от incestной связи между царем Эдипом и его матерью Иокастой. Афина олицетворяла своего рода персонификацию мудрости Зевса. Антигона стала поводырем и помощницей своего отца, слепого и бессильного Эдипа, осуществляя по отношению к нему материнскую функцию. Греческое слово Антигона означает “занимающая место матери” (Graves, 1992).

Во всех трех наблюдаемых нами случаях аноректические дочери в изменившейся семейной ситуации взяли на себя ответственность за осуществление заботы об отцах.

В одном случае забота сочеталась с деспотическим доминированием, принятием вместо отца основных жизненно важных решений, созданием психологической атмосферы, исключающей контакты с женщинами, которые могли в перспективе представлять угрозу серьезного развития отношений (комплекс Афины).

В двух других случаях дочери играли роль спасительниц, осуществляющих опеку над отцами, в связи с их болезнями и инвалидизацией (комплекс Антигоны).

Следует подчеркнуть, что в динамике пищевых расстройств всегда присутствует элемент беспомощности в отношении происходящего процесса. Наряду с репрессированной тревогой, имеет место чувство вторичного стыда, связанное с переживанием своего пищевого поведения. Чувство стыда устанавливается при нервной анорексии, булимии и в случаях чередования анорексии и булимии (Kaufman, 1993). Автор считает продуктивным выделять

при булимии этап обжорства и этап избавления от пищи, что обусловлено различными содержаниями стыда. Во время обжорства это чувство замещает переживания также связанных со стыдом межличностных проблем. Чувство внутренней пустоты влечет за собой острое желание сблизиться, стать необходимой кому-то, желанной и любимой. Однако, удовлетворение этих потребностей находится под постоянным, связанным со стыдом, запретом, при этом пища становится заменителем нереализованного желания.

Как известно, пища не может быть адекватным заменителем внутренней потребности в межличностном взаимопонимании и сопереживании. Компulsive стремление к пище само по себе вызывает чувство стыда, которое интенсифицируется во время поглощения еды, смешиваясь со страхом и отчаянием. В результате индивидум с булимией ест все больше и больше, чтобы, наконец вызвать у себя психическую анестезию.

Лица с булимией, испытывая стыд, стараются насколько это возможно скрывать от окружающих свою проблему. Им это удастся лучше, чем в случаях нервной анорексии. При этом происходит психодинамический процесс перемещения содержания аффекта стыда от его первичного источника - собственного элфа. Стыд переедания, обжорства является перемещенным стыдом, который “покинул” значительно более глубокий интернализированный (усвоенный, «переваренный») и органично встроенный в психику) стыд своего элфа.

Процесс избавления от пищи, согласно Tomkins (1987), сопровождается появлением в динамике булимии такого эмоционального состояния, как отвращение. Отвращение, целенаправленно вызываемая рвота и возникающие при этом неприятные запахи в свою очередь приводят к дальнейшей интенсификации стыда и возникновению чувства унижения. К этому можно добавить, что после того, как отрицательное самовосприятие достигло непереносимого максимума, насильственное избавление от пищи посредством рвоты и/или использования слабительных средств может временно вызывать чувство психического и физического облегчения. Тем не менее, поскольку

наступившее облегчение носит кратковременный характер, очень скоро происходит следующий пищевой эксцесс.

Tomkins подчеркивает, что воображение лиц с булимией отражает интернализированные отношения с имиджами родительской идентификации. Эти интернализированные отношения содержат в себе элементы начального стыда, присутствовавшего в отношениях с родителями в детстве. Отношения с имиджами родительской идентификации воссоздают на новом уровне этот “старый” стыд как динамический процесс.

В формировании психологического механизма нервной анорексии также участвует чувство стыда. Индивидуум с нервной анорексией дистанцируется от пищи. Как на еду, так и на процесс питания проецируются отрицательные эмоции и глубокое интернализированное чувство стыда в отношении своего элфа. Еда приравнивается к стыду, который таким образом отделяется от элфа.

Пища награждается различными вредоносными, достигающими мифологических, характеристиками. Еда и сам процесс ее приема ассоциируется с имиджем Зла и тем, как Зло овладевает жертвой. Появление чувства стыда активизируется возникновением чувства голода. Голод расценивается как признак слабой силы воли, потенциальной склонности к капитуляции, что приводит к смешиванию чувства голода с чувством отвращения к себе. Чувство отвращения и стыда особенно интенсифицируются при проявлении уступчивости естественному инстинкту голода.

В заключение следует обратить внимание на то, что некоторые специфические особенности родительского воспитания объективно создают статус наибольшего благоприятствования для развития процесса слияния стыда и /или отвращения с удовлетворением чувства (драйва) голода. Имеются в виду семьи, в которых родители заставляют детей есть даже тогда, когда у них отсутствует аппетит или уже возникло ощущение сытости. Детям не разрешают вставать из-за стола до тех пор, пока они не съели всю

предложенную им пищу. Таким образом, процесс еды вместо того, чтобы сочетаться с положительными эмоциями, вызывает отрицательные переживания, которые фиксируются и интернализуются в психике ребенка, оказываясь почвой для развития пищевых расстройств.

Авторы, анализирующие проблему пищевых расстройств в постсовременном мире с позиции влияния на их возникновение культуральных факторов, констатируют недостаточность их изучения. Так, например, Pipher (1995) считает, что “патология насаждается средствами массовой информации и другими средствами, пропагандирующими имидж совершенного женского тела”. Культура создает условия, провоцирующие развитие нервной анорексии.

Тем не менее, потенциальные возможности развития пищевых расстройств заложены в человеке различных культур. Почти в каждой культуре проявление гостеприимства непосредственно связано с угощением гостей. Проведение различных торжеств, юбилеев, поминок также обычно сопровождается ритуальным приемом пищи. Использование пищи, превышающей ее необходимое количество для утоления физического чувства голода, является нормой в повседневной жизни. Оно становится проблемой, когда процесс приема пищи оказывается настолько тесно связанным с различными эмоциональными состояниями, что эти два события неразрывно сливаются в одно целостное образование.

В этой связи Gould (2007) констатирует факт трансформации роли еды в постсовременном обществе. Пища перестала быть просто источником питания, она используется как награда, как средство отвлечения от негативного состояния, как наказание, как друг и объект любви. Выбирая пищу в качестве вышеперечисленных объектов, люди полностью подавляют необходимую человеку зрелого возраста способность решать проблемы. У лиц, страдающих пищевыми расстройствами или предрасположенных к их появлению, часто наблюдается внезапное возникновение острого чувства голода после психологического стресса, несмотря на то, что перед этим они

только что насытились. По мнению автора, такими стрессовыми событиями являются те, которые вызывают короткий эпизод чувства бессилия.

Gould пишет: “Если Вы выбираете пищу как предпочтительный способ решения жизненных проблем, Вы прекращаете развивать новые способы борьбы со стрессом, Вам становится все труднее контролировать свой вес и в итоге Ваше чувство бессилия возрастает”.

Автор установил, что 17000 находящихся на диете лиц прекратили ограничивать себя в еде, в связи с “эмоциональным страданием”, вызванным событием, нарушившим самооценку или нанесшим эмоциональную травму.

Gould предлагает использовать термин “эмоциональный едок” (emotional eater) по отношению к тем, чей прием пищи запускается возникновением эмоционального (фантомного) голода. Метафорически автор описывает этот процесс следующим образом. В случаях фантомного голода, когда давление на психику неуправляемых эмоций и нерешенных проблем начинает осознаваться, фантомный желудок посылает сигнал, требующий пищи. Индивидуум чувствует необходимость поесть, а точнее “наполнить” себя пищей и заглушить таким образом свои чувства. Фантомный голод чрезвычайно силен, поскольку компульсия к еде способна преодолеть любые препятствия.

Отражением неоднозначной роли пищи в культуре являются сказки, произведения художественной литературы, кинофильмы известных режиссеров. Достаточно вспомнить сцену из начала фильма японского режиссера Миядзаки “Унесенные призраками”, в которой родители обедают и превращаются в свиней.

Используемые представителями разных культур выражения, связанные с приемом пищи, содержат слова и метафоры, наполненные очень сильным эмоциональным компонентом: “Я изголодалась по твоей любви”; “Съесть живьем”; “Пища для ума” и др. Пищевая тематика в постсовременном мире настолько внедрилась в психику лиц с нервной анорексией и булимией, что, по мнению Reindl (2001), несмотря на всю их деструктивность, в переживаниях

жертв этих страданий присутствует определенный креативный компонент. Большинство пациенток даже не могут вообразить, кем они станут в случае избавления от пищевого расстройства, и в чем будет заключаться смысл их жизни. Так, например, одна из наблюдаемых нами пациенток говорила, что у нее есть три заветных желания, три высоких цели, три самых главных стремления – это завтрак, обед и ужин.

Одним из дополнительных факторов постсовременной культуры, повышающих риск развития пищевых расстройств, является провоцирование феномена бездумного приема пищи (*mindless eating*). Примером служит широко распространенное в последнее время поедание большого количества поп-корна во время просмотра кинофильмов и других зрелищных мероприятий (Wansink, 2006).

Существенное влияние на принимающую характер трагедии ситуацию с пищевыми расстройствами может оказать изменение принятой в постсовременной культуре системы ценностей. Большое значение в этом отношении имеет смещение акцента в имидже женской привлекательности с уходом от фиксации внимания на параметрах полноты и худобы и концентрацией на личностном росте, интеллигентности, интеллекте, интегральности, профессиональных способностях, талантах и др.

ЛИТЕРАТУРА

Bell, R. (1989) *Holy Anorexia*. Chicago. University of Chicago Press.

Binswanger, L. (1944) *The Case of Ellen West*. In R.May, T.Angel, H.Ellenberger (Eds.). *Existence. A New Dimension in Psychiatry and Psychology* (1958). New York. Basic Books, 237-364.

Borstein, R., Greenberg, R. (1991) *Dependency and Eating Disorders Among Female Psychiatric Inpatients*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179: 148-152.

Borstein, R. (1993) *The Dependent Personality*. New York. Guilford Press

- Erikson, E. (1950) *Childhood and Society*. New York. Norton.
- Freud, S. (1926) Inhibitions, Symptoms and Anxiety. *S.E.* 20:77.
- Gould, R. (2007) *Shrink Yourself*. Cambridge. Massachusetts. Harvard University Press.
- Graves, R. (1992) *The Greek Myths*. London. Penguins Books.
- Green, A. (2006) *Key Ideas for a Contemporary Psychoanalysis*. New York. Routledge.
- Kantor, M. (2003) *Distancing. Avoidant Personality Disorder*. Westport. Connecticut. Praeger.
- Kaufman, G. (1993) *The Psychology of Shame*. New York. Routledge.
- Lacey, J., Coker, S., Bitchnell, S. (1987) Bulimia Factors Associated With It's Etiology and Maintenance. *International Journal of Eating Disorders*, 5:475-487.
- Lenihan, G., Kirk, W. (1990) Personality Characteristics of Eating-Disordered Out-Patients as Measured by the Hand Test. *Journal of Personality Assesment*, 55: 350-361.
- Levenkron, S. (2000) *Anatomy of Anorexia*. New York. Norton.
- Marshall, H. (1984) *The Cost of Loving*. New York. Putnam's Son's.
- Meadow, R., Weiss, L. (1992) *Women's Conflicts about Eating and Sexuality*. New York. Harrington Park Press.
- Pipher, M. (1995) *Hunger Pains*. New York. Ballantine Books.
- Reindl, Sh. (2001) *Sensing the Self*. Cambridge. Massachusetts. Harvard University Press.
- Roth, G. (1992) *When Food Is Love*. New York. A Plume Book.
- Schlosser, E. (2002) *Fast Food Nation*. New York Perennial.
- Tomkins, S. (1987) *Shame*. In D. Nathanson (Ed.) *The Many Faces of Shame*. New York. Guilford Press.
- Wansink, B. (2006) *Mindless Eating*. New York. Bantam.
- Wonderlich, S., Swift, W., Slomick, H., Goodman, S. (1990) DSM-III-R Personality Disorders in Eating Disorder Subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9: 607-616.

Zimmerman, M., Coryell, W. (1989) DSM-III Personality Disorder Diagnoses in Nonpatient Sample. Archives of General Psychiatry, 46: 682-689.

IV. ПОСТМОДЕРНИСТСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Характерные для постсовременной культуры психические нарушения нуждаются в специальных способах коррекции, выходящих за рамки традиционных. Поскольку возникновение и дальнейшая динамика постсовременных форм психических расстройств имеют в своей основе нарушения сэлфа, психотерапевтические подходы должны в максимальной степени учитывать именно эту особенность и базироваться на эффективных методах, способствующих выходу из состояния диффузности и фрагментации с формированием более когезивного (спаянного) сэлфа.

Постмодернистское общество требует принципиально нового подхода к пониманию нормы и патологии в оценке психических состояний постсовременного человека, понимания и толерантного отношения к значительным индивидуальным различиям во вкусах, предпочтениях, системах ценностей, которые все чаще отличаются от традиционных, постепенного избавления от укоренившейся тенденции наклеивания ярлыков психического заболевания с самыми разнообразными бытовыми, социальными, профессиональными и другими отрицательными смысловыми нагрузками. Эффективность психотерапевтических воздействий во многом зависит от существующего в обществе основного фона отношения к тому, что в той или иной мере попадает в категорию психической патологии.

К настоящему времени атмосфера постмодернизма оказала существенное влияние на появление новых терапевтических направлений. Последние включают, прежде всего, современные психоаналитические подходы, к которым относятся **психоанализ сэлфа, психоанализ сэлф – объектных отношений, интер-субъективные, нарративные подходы.**

Психоаналитическая коррекция, базирующаяся на основе сэлф психологии Kohut'a (1984), выстраивается на положении о том, что человек рождается, живет и умирает в системе отношений между его сэлфом и другими объектами, и, прежде всего, людьми. Вначале объектом отношений является человек, осуществляющий непосредственную заботу о младенце (обычно мать). Ранний младенческий период имеет определяющее значение для дальнейшего развития, так как в это время происходит интернализация в сэлфе отношений, которые в дальнейшем не исчезают, а оказывают влияние на состояние сэлфа на протяжении всей последующей жизни.

Каждый человек усваивает в детстве отношения не только с позитивной, но и с негативной эмоциональной нагрузкой. Интернализированные отрицательные сэлф объектные отношения существуют в сэлфе в форме критикующих, осуждающих, унижающих элементов. Несмотря на то, что эти отношения не осознаются, они оказывают постоянное влияние на психический статус, изменяя его, приводя к возникновению неожиданных эмоциональных всплесков, причина которых остается для индивидуума неясной, поскольку их содержание не прорывается в сознание.

Плохие сэлф объектные отношения не просто репрессированы (вытеснены) в бессознательную сферу, они интернализированы и продолжают существовать в психике в виде своего рода внутренних саботажников. Интернализация плохих сэлф объектных отношений выступает в данном случае в качестве механизма психологической защиты от постоянных негативных переживаний с возможностью контролировать их. Однако, «проживающие» в психике отрицательные сэлф объектные отношения сохраняют свою силу и представляют собой источник постоянной опасности, играя роль Троянского коня, дремлющего до поры, до времени триггера потенциальной психопатологии.

По выражению Fairbairn (1943), «специфика психопатологии зависит от отношения эго к его интернализированным объектам». Интернализированные сэлф объектные отношения проецируются во внешний мир на отношения с

окружающими людьми. По своей сути они представляют собой эмоциональную окраску ранних, наиболее значимых отношений. Желая избавиться от плохих сэлф-объектных отношений, человек проецирует их во вне, и, таким образом, содержания внутреннего психического мира вновь разыгрываются на сцене внешнего мира.

Этот процесс Fairbairn называет проективной идентификацией. Кому-то приписывается роль, например, властной, доминирующей матери, кому-то роль агрессивного непрогнозируемого отца, или же роль покидающего родителя, родителя, осуществляющего сверхопеку. Интернализированные сэлф-объектные отношения, таким образом, вначале интернализуются и репрессируются, а в дальнейшем на бессознательном уровне проецируются во внешний мир. В результате этой проекции человек снова вступает во взаимодействие с лицами, на которых переносит ранние сэлф-объектные отношения, анализ которых должен стать основной мишенью психоаналитической терапии.

Целью терапии сэлф-объектных отношений, в отличие от классического психоанализа, является не разрядка либидо или агрессивного драйва, а воссоздание прежних сэлф-объектных отношений. Плохие сэлф-объектные отношения проецируются на аналитика и осознаются пациенткой/пациентом уже не в беспомощном детском возрасте, а на уровне взрослого, в ситуации получения профессиональной квалифицированной помощи. Однако, одного лишь осознания этих отношений недостаточно для решения терапевтических задач.

«Сэлф никогда не существует вне матрицы сэлф-объектов» (Kohut, 1984). В сэлф-объектной психологии под сэлф-объектом понимается отношение индивидуума к другому лицу как к части своего сэлфа или как объекту, необходимому для реализации потребности собственного сэлфа. Сэлф-объектная дименсия переживания обычно носит бессознательный характер, но может стать сознательной в процессе психоаналитической коррекции. Она существует в виде континуума от архаических до зрелых

форм. Главными сэлф объектными потребностями являются нуждаемость в акцептации (принятии) и идеализации.

Сэлф объектные отношения (сэлфобъекты по Kohut,у) подвергаются в психике процессу «трансмутирующей интернализации» и сохраняются в ментальном пространстве. Осознание их присутствия должно быть дополнено введением в психику других положительных сэлфобъектов. Под трансмутирующей интернализацией понимается процесс формирования внутренней структуры посредством интернализации сэлф объектных функций, исходно осуществляемых объектом. По мнению Kohut (1971), это происходит в результате эмпатической недостаточности части сэлф объекта нетравматической природы. Интернализация зеркального переноса аналитика или родителей позволяет пациентке/пациенту регулировать эмоциональное переживание и более успешно справляться с разочарованием и яростью.

Проведение психоаналитической коррекции, включающей интроекцию в психику пациентки/пациента новых положительных сэлфобъектных отношений, требует изменения процедуры проведения техники анализа. Большое значение в этом отношении имеет демократизация аналитического процесса, заключающаяся в уходе от традиционного отношения к клиенту/клиентке с позиции «взрослый-ребенок», с заменой последней на позицию «взрослый-взрослый».

Нейтральная позиция аналитика в виде «отражающей поверхности» оказывается неадекватной при анализе индивидуумов с нарушениями сэлфа, в частности, лиц с синдромом «основной недостаточности» по M. Balint (1994). Основная недостаточность формируется еще в младенческом возрасте как результат воспитания в дисфункциональных семейных условиях, когда главный человек, осуществляющий непосредственную заботу о младенце, не выполняет в необходимой мере эту функцию. Наиболее вредоносным в данном случае фактором оказывается отсутствие психобиологически полноценной симбиотической связи между матерью (или заменяющим ее человеком, осуществляющим заботу) и младенцем.

Такие ситуации возникают в случаях, когда у матери не развито в достаточной степени эмпатическое восприятие потребностей ребенка не только в удовлетворении голода, физическом тепле и укрытии, но и в эмоциональном комфорте, ласке, прикосновениях, укачиваниях, зрительном контакте с матерью, ее взглядом, улыбкой, положительно эмоционально насыщенной тональностью ее голоса.

Сверхзабоченная, максимально занятая на работе и загруженная домашними обязанностями мать постсовременного мира при наличии полного набора позитивных исходных интенций часто оказывается нефункциональной в ее отношениях с ребенком. Взаимодействие такой матери с ребенком создает благоприятные условия для формирования основной недостаточности, которая препятствует формированию когезивного (спаянного) сэлфа. У большинства пациенток/пациентов постсовременного общества выявляется основная недостаточность, проявляющаяся в структуре нарушений, приводимых в данной книге. Мы повторно акцентируем внимание на этом вопросе в контексте одной из характерных особенностей, имеющей непосредственное отношение к технике современной психоаналитической терапии.

Речь идет о том, что лицам с основной недостаточностью, наряду с высоко развитой эмпатией, присуще основное недоверие, выражающееся в недоверии к словам, к вербальным конструкциям, заявлениям, обещаниям, декларациям. Эти пациенты по-разному диагностируются современными психиатрами. Диагностический спектр включает шизофрению, пограничное личностное расстройство, шизоидное личное расстройство, нарцисстическое личностное расстройство. Вышеперечисленные случаи объединяет наличие у каждого из их носителей личностного дефицита, делающего пациентов неспособными к сколько-нибудь постоянной саморефлексии и рефлексии окружающих с выходом на классические конфликты эдипального типа.

Классический психоанализ с его преобладающей ориентацией на вербализацию во многих подобных случаях оказывается неподходящим

инструментом психотерапии и поэтому нуждается в модификации, суть которой заключается в акценте на эмпатии и интроспекции.

На возникновение специфических трудностей при проведении психоаналитической терапии с определенной группой пациентов обращал внимание еще Ferenczi (1923). Этот классик психоанализа подчеркивал наличие различий в языке аналитика и пациента/пациентки, которые неминуемо создают барьер в налаживании необходимого контакта и взаимопонимания. Balint (1994) писал в данном контексте, что аналитическая работа проводится на двух уровнях – эдипальном и пре-эдипальном. Поскольку для индивидуумов с синдромом основной недостаточности характерен пре-эдипальный или пре-вербальный уровень, классические аналитические техники в таких случаях неэффективны, что обнаруживается, как правило, уже в начале терапии. Свидетельством неадекватности классических психоаналитических технологий является нарушение продуктивного контакта между аналитиком и пациентом.

Эдипальный уровень характеризуется наличием треугольных отношений. Это означает, что в ментальном (психическом) поле субъекта терапии всегда присутствуют и оказывают влияние на проводимый анализ, по крайней мере, еще два параллельных объекта. Эти два объекта могут быть представлены людьми как, например, в эдипальной ситуации, или человеком и едой (в случае фиксации на оральной стадии детского эротизма), или человеком и фекалиями (при фиксации на анальной стадии).

Важнейшей особенностью эдипального уровня является его неразрывная связь с конфликтом, который присутствует между пациенткой/пациентом и двумя параллельными объектами. Конфликт приводит к возникновению постоянного психического напряжения.

Задачей психоаналитической терапии в подобных случаях является освобождение либидо посредством применения классических психоаналитических техник, например, интерпретации или использования

переноса пациентки/пациента для достижения необходимого регресса с целью стимуляции поиска лучшего решения проблемы.

Кроме того, работа на эдипальном уровне позволяет аналитику использовать в качестве адекватного инструмента коммуникации обычный язык взрослого человека.

Пре-эдипальный уровень имеет другие особенности. Отношения на этом уровне являются исключительно отношениями между двумя лицами (пациенткой/пациентом и аналитиком). Третий человек или объект отсутствуют.

Отсутствует также конфликт, типичный для эдипального уровня (вторжение третьего лица в аналитическую ситуацию вызывает протест, сильное напряжение). Его заменяют другие психодинамические силы.

События, происходящие на пре-эдипальном уровне, не могут быть адекватно отражены с помощью обычного языка взрослого человека, что связано, в основном, с тем, что пациент/пациентка по-другому воспринимают смысл слов. Находящиеся на пре-эдипальном уровне индивидуумы испытывают трудно вербализуемое чувство, что с ними «что-то не в порядке», им чего-то не достает, у них имеется какой-то недостаток, какая-то незаполненность, ощущение внутренней пустоты.

Психоаналитическая терапия лиц с нарушениями сэлфа в большинстве случаев сопровождается выходом на пре-эдипальный уровень. Аналитик должен обладать навыком ранней диагностики признаков функционирования пациентов на этом уровне. К их числу относится трудно вербализуемое по своему содержанию изменение привычной психоаналитической ситуации.

Изменение может произойти либо внезапно уже на первых психоаналитических сеансах, либо постепенно, нарастая от встречи к встрече и достигая максимума к более поздним периодам терапии. При этом аналитик начинает понимать, что его интерпретации не только перестают восприниматься с прежним вниманием, но и расцениваются как стремление каким-то образом унижить, плохо скрываемым образом выразить свое

отрицательное отношение к личностным особенностям пациентов, проявить в их адрес агрессию и враждебность.

В другом варианте интерпретации аналитика воспринимаются как чрезмерно положительные, расцениваются как признак особого расположения, сильной привязанности к пациентке/пациенту, как проявление замаскированного соблазна, как что-то по-особому возбуждающее, многообещающее, открывающее таинственно манящие перспективы чрезвычайно значимых в будущем отношений. Обычные слова и выражения, используемые ранее, приобретают новое звучание, нагружаются символическим особо важным положительным или отрицательным смыслом. Особое значение придается не только словам, но и всем нюансам поведения аналитика: мимике, жестикуляции, интонациям. Даже молчание и паузы между интерпретациями воспринимаются как нагруженные особым личностно значимым для пациентки/пациента значением.

Анализ собственных наблюдений позволил нам сформулировать гипотезу о близости клинических характеристик этого состояния к мягкому варианту (теновой форме) бредовых идей отношения. Пациентки/пациенты как бы балансируют на границе между бредовой оценкой ситуации анализа и критическим отношением к происходящему. Патологическая интуиция временами усиливается, и тогда состояние приобретает черты бредового расстройства, если ее интенсивность ослабевает, то на какое-то время неадекватные оценки ситуации анализа прекращаются.

Пре-эдипальный уровень имеет еще одну особенность, отличающую его от бредового расстройства. На эту особенность обратил внимание Balint (1994) при проведении психоаналитической работы с этой категорией пациентов. Она заключается в том, что каким-то таинственным необъяснимым образом пациентки «проникают под кожу» аналитика. У последнего создается впечатление, что они знают о нем значительно больше того, чем ему бы хотелось.

Эти знания никоим образом не связаны с получением информации из какого-то внешнего источника. Они являются следствием необычных почти магических способностей пациенток/пациентов, позволяющих им улавливать информацию эмпатически, проникать в содержание скрытых опасений, озабоченностей, страхов, подавляемых желаний и фантазий специалиста. У него иногда может складываться впечатление о наличии у таких пациентов/пациенток экстрасенсорных способностей.

Этот факт имеет особое значение в случае, когда такого рода «знания» касаются интимных, важных для аналитика аспектов его жизни и в определенной мере отражают содержание образований, реально присутствующих в его психике. Подобные ситуации оказывают сильное воздействие на психологическое состояние аналитика, который при этом может потерять контроль над процессом терапии.

Если аналитик не вовлекается в создаваемую на бессознательном уровне пациентками/пациентами ситуацию, ничего драматического не происходит. Конфликтов, реакций гнева, агрессии, признаков явного разочарования, обиды не возникает. Пациентки/пациенты не обнаруживают также каких-либо признаков беспомощности или отчаяния. Valint полагает, что реакции безнадежности и отчаяния характерны для эдипального уровня реагирования и поэтому не могут возникать на пре-эдипальном уровне. Преобладает чувство внутренней пустоты и мертвенности на фоне желания увидеть в поведении аналитика нечто главное, тщательно скрываемое. Находящиеся на пре-эдипальном уровне пациенты/пациентки обладают какой-то особой привлекательностью и способны вызвать у аналитика сильный аттачмент (притяжение, привязанность). Опасность утраты контроля над ситуацией и потери классической нейтральности при проведении психоанализа здесь очень велика.

Возникающий у аналитика контрперенос может выражаться по-разному. Возможна сильная эмоциональная вовлеченность с потерей чувства реальности. Возможно развитие психологической защиты по типу

формирования реакции, когда аналитик начинает выступать с позиции фигуры, обладающей всевластием, сверх пониманием, способностью справиться с любой проблемой. Наконец, аналитик может пытаться продолжать работу, применяя традиционные подходы и не обращая внимания на их бесперспективность в данной ситуации.

Специалист, работающий на пре-эдипальном уровне, ходит по тонкому льду, его интерпретации часто оказываются неправильными, что связано с непониманием эмоционального состояния пациентки/пациента, их мотиваций, сверхценного (возможно кратковременного) отношения к, казалось бы, малозначимым объектам и явлениям.

Более того, в процессе терапии аналитик нередко встречается с отсутствием у пациенток/пациентов благодарности и признания за положительные эффекты ранее проведенной работы. Все хорошее, что произошло в прошлом, обесценивается, а на ситуацию здесь и сейчас возникает отрицательная реакция. Пациенты/пациентки пре-эдипального уровня демонстрируют выраженный эгоцентризм с фиксацией на происходящей ситуации, без учета профессиональной квалификации специалиста, сложившихся хороших отношений и прежнего взаимопонимания.

Пре-эдипальный уровень и сколько-нибудь длительная сохранность чувств признательности и благодарности несовместимы. Эмоциональное отношение к аналитику определяется актуальным переживанием, возникающим непосредственно во время сеанса терапии. Ситуации, имеющие место в процессе психоаналитической терапии на пре-эдипальном уровне, требуют особой квалификации специалиста. Он должен уметь сохранять контакт с пациенткой/пациентом, не попадая в ловушку их агрессивных эмоций, блокировать появление психологических защит в виде формирования реакции, не прятаться за фасадом наигранного безразличия и классической объективной пассивности.

Полезной подсказкой специалисту может стать необходимость понимания и прочувствования отсутствия на пре-эдипальном уровне конфликта и задействованности биологического драйва. Главной динамической силой, постоянно проявляющейся на пре-эдипальном уровне, является основная недостаточность в виде особой формы дефицита какого-то психологического образования, отсутствующего в психике на протяжении всей жизни индивидуума. Основная недостаточность является причиной многих форм психических нарушений и повреждающих психических дисфункций, характерных для постсовременного общества.

Состояние дефицита, свойственного основной недостаточности, относится к трудно обратимым, однако, использование современных психоаналитических подходов в рамках теории и практики сэлф объектных отношений, учитывающих специфику индивидуально-типологических и других особенностей и пациенток/пациентов с основной недостаточностью, позволяет добиться хотя бы частичного положительного эффекта.

Дальнейшее совершенствование психоаналитических техник, применяемых в коррекции постсовременных форм психических нарушений, связано, в частности, с теорией интеракционного психоанализа (*interactional psychoanalysis*). Это направление основано на понимании пациента/пациентки как результата анализа и проработки отношений между аналитиком и пациенткой/пациентом. Теория и практика терапии в рамках данной концепции базируются на основных положениях психологии сэлфа и сэлф объектных отношений.

Согласно теоретико-методологической основе интеракционного психоанализа, способы восприятия себя и окружающего мира, создания отношений с другими людьми, регуляции эмоционального состояния, определения убеждений формируются в результате межличностных интеракций. Эти интеракции усваиваются (интернализуются) психикой и становятся ее органическими содержаниями. Интернализированные интеракции создают психические репрезентации, которые называются схемами. Схемы,

в свою очередь, на бессознательном уровне организуют последующие интеракции с людьми и окружающим миром и атрибутируют к ним определенные значения.

В зависимости от конкретного содержания интеракции, избирательно активизируются те, или иные схемы. Наличие в психике индивидуума схем способствует консервации психической организации и организации сэлфа. Это достигается в результате того, что организация и интерпретация текущих интерпретаций происходит в контексте прошлого усвоенного ранее опыта.

Наличие такого механизма приводит к тому, что человек заранее ждет от многих ситуаций и реакций других людей соответствия существующим у него ожиданиям, непосредственно отражающим характеристики схем. В процессе межличностных интеракций имеет место сознательное и бессознательное взаимовлияние друг на друга с проекцией основанных на схемах ожиданий (Miller,1996). Человеку свойственны осознанные и неосознанные ожидания (надежды) на то, что события будут развиваться в соответствии с его/ее убеждениями, согласно сценариям, содержащимся в схемах. Во взаимодействиях с другими индивидуум ищет доказательства и подтверждения правильности своих предпосылок и сценариев. Если реальные факты противоречат схемам, или пренебрегают ими, относятся к ним как к случайности, подтверждающей основную закономерность, носитель схем испытывает агрессивные эмоции. В целом люди имеют четкую тенденцию вести себя стереотипно и повторять одни и те же ошибки, несмотря на приобретенный опыт.

Сохранение (консервация) переживания сэлфа и приобретенного опыта рассматриваются как врожденное качество функционирования схем, которые очень резистентны к изменениям. Общеизвестно, что личность предрасположена к интерпретации новых интеракций и нового опыта с позиций прошлых переживаний, сконцентрированных в интернализированных схемах.

Психоаналитическая терапия в рамках интеракционной теории фокусируется на наблюдении и анализе интеракций между пациентом/пациенткой и аналитиком. Это обусловлено тем, что психика как пациентки/пациента, так и аналитика организована согласно свойственным им схемам, которые отражаются на характере взаимных контактов, интерпретаций и невербальных проявлений. В процессе терапии создается психоаналитическая ситуация, в рамках которой становится возможным формирование пациенткой/пациентом новых, адаптивных схем и/или изменение старых, оцененных пациентом/пациенткой после их осознания как дезадаптивные (Weiss, Sampson, 1986; Miller, Dorpat, 1996).

Дезадаптивные, негармоничные схемы формируются еще в младенческом возрасте в результате неадекватного родительства (парентинга). Такие схемы являются патогенными. Они вызывают нарушения как в ментальной, так и в соматической сферах. К ним относятся, в частности, нарушения эмоциональной регуляции, возникновение состояний угнетенности, тревоги, расстройства сна. Патогенные схемы мешают консолидации эго, лежат в основе механизмов развития различных форм диссоциативных состояний. Присутствие в психике индивидуума патогенных схем оказывает негативное влияние на возможность установления в межличностных интеракциях психологического климата взаимного доверия, взаимопонимания, формирования контакта на эмпатическом уровне.

Из патогенных схем рождаются патогенные убеждения, представляющие собой, согласно Weiss, Sampson (1986), болезненные и узконаправленные идеи о настоящем и будущем. Патогенные убеждения приводят к неизбежным конфликтам, к возникновению чувства вины, стыда, тревоги, страха, психологического дискомфорта.

Несмотря на то, что патогенные убеждения формируются в разные возрастные периоды, их возникновение является, в основном, прерогативой детства, поскольку именно в это время они очень рудиментарны. Присущий

патогенным убеждениям аффективный компонент может иметь разную представленность.

В одних случаях, аффект носит выраженный характер, его содержанием являются зависть, тревога, стыд, чувство вины и др. В других вариантах патогенные убеждения имеют преимущественную когнитивную направленность, их аффективная составляющая пациенткой/пациентом не осознается, несмотря на их наличие в бессознании.

Weiss (1993) придает большое значение наличию в структуре некоторых патогенных убеждений иррациональной вины, проявляющейся в ощущении совершения в прошлом какого-то серьезного проступка, нанесении обиды кому-то из наиболее близких людей. Обладатель таких патогенных убеждений обвиняет себя во всех неприятностях, драмах и трагедиях, случившихся с окружающими его людьми, входящими в структуру его качественного мира. Возникающие у них проблемы расцениваются им как обусловленные его деструктивным поведением.

Психоаналитическая терапия в контексте теории интеракционного анализа строится на гармоничном взаимодействии аналитика и пациента/пациентки, понимании сути их когниций и эмоциональных переживаний, создании ситуации, благоприятной для осознания схем и интеракций, изменяющих содержание дезадаптивных схем и формирования новых, более адаптивных схем. Гармония контакта требует максимальной эмпатии аналитика, способности вчувствоваться в переживания пациента/пациентки, функционирования «на одной волне» взаимопонимания. В обстановке доверия пациенты/пациентки раскрывают перед аналитиком даже тщательно скрываемые и/или неосознаваемые убеждения, сообщаемые в виде повествования, рассказа, содержания сновидений.

В настоящее время в терапии психических нарушений, характерных для постмодернистского общества, особую популярность приобретает коммуникативная психотерапия, связанная, прежде всего, с именем Roberts'a Langs'a (1992, 1996). Данный вид психоанализа, иногда называемого

коммуникативным, строится на обращении внимания не столько на прошлое, сколько на события, происходящие непосредственно во время психоаналитических сеансов и в промежутках между ними. Коммуникативный психоанализ придерживается строгих правил соблюдения так называемой психотерапевтической рамки. Под последней понимается свод правил, входящих в содержание контракта, заключаемого до начала терапевтического процесса. Рамка включает следующие фундаментальные компоненты:

- (1) полная приватность терапии;
- (2) полная конфиденциальность терапии;
- (3) фиксированное место проведения терапии;
- (4) фиксированное время проведения каждого сеанса;
- (5) фиксированная длительность каждого сеанса;
- (6) отсутствие физического контакта между аналитиком и пациентом/пациенткой;
- (7) относительная нейтральность аналитика.

В процессе проведения коммуникативного психоанализа особое внимание уделяется нарративам и их интерпретации. Нарратив содержится в повествовании (рассказе) пациента/пациентки о содержаниях, входящих в арсенал эпизодической памяти. Этот вид памяти отвечает за регистрацию событий, например, воспоминание об имеющей место в детстве поездке с родителями на море. Содержания эпизодической памяти могут неожиданно возникать в сознании в самых разнообразных ситуациях: в состояниях релакса, во время разговора, при социальных контактах.

Нарратив не является простым воспроизведением события, он, как правило, имеет творческий характер, поэтому в процессе повествования содержание эпизода может изменяться, обогащаться в соответствии с желанием индивидуума, как это происходит, например, в писательской деятельности или в процессе выступления рассказчика. Нарративы представляют собой очень важную психическую функцию. По мнению Donald

(1991), они являются базисной «драйвовой» языковой функцией речи. Bruner (1986) считает, что нарративный навык представляет собой не просто языковую функцию, а скорее является формой мышления.

Коммуникативный психоанализ исходит из наличия в структуре психики чрезвычайно мощной бессознательной ментальной системы, которая в большей степени, чем сознательная, обеспечивает адаптацию социальных отношений к миру. Эта система носит название «глубинная бессознательная система разума».

Функционирование данной системы обеспечивает способность распознавать в первую очередь сигналы об опасности подвергнуться самым разнообразным отрицательным воздействиям, быть преданным, униженным, использованным в чьих-то целях. Система бессознательного разума виртуозно оценивает скрываемые за внешним благополучием замаскированные опасности и ловушки конкретного социального контакта. Быстрая оценка ситуации приводит к молниеносным заключениям, находящим выражение в нарративах, которые носят закодированный характер.

Нарративы как носители глубинных бессознательных содержаний называются «дериватами». Дериваты насыщены имиджами, образны, и внешне не связаны с непосредственной ситуацией (например, с тем, что происходит во время психоаналитического сеанса). Бессознательно значимые дериватные коммуникации выражаются рассказами, историями, сообщаемыми пациентами во время анализа. Повествования абстрактного, отвлеченного содержания, различного рода рассуждения называются не дериватными коммуникациями. Задачей коммуникативной терапии является декодирование дериватов, осуществление которого возможно при условии правильной идентификации аналитиком события, которое спровоцировало конкретный дериват во время сеанса терапии. Такое событие называется «триггером». Триггер является специфическим стимулом, который в процессе терапевтических сеансов провоцирует бессознательные ответные реакции пациента.

Коммуникативная терапия, таким образом, ориентирована на соблюдение психотерапевтической рамки, выявление триггеров, внимательное выслушивание пациента, декодирование и анализ нарративов, установление признаков (индикаторов) возникающего у пациента эмоционального напряжения (дистресса).

В последних работах Langs (2002, 2003, 2005, 2006) вновь возвращается к проблеме влияния психотерапевтической рамки на эффективность проводимого лечения. Автор описывает ситуации возникновения у пациентов страха смерти и связывает их с наличием жесткой рамки, смягчая тем самым категоричность запрета на ее нарушение. Langs придает особое значение формированию в процессе аналитической терапии позитивных взаимоотношений между аналитиком и пациентом/пациенткой.

Автор приходит к заключению, что главной задачей психики, осуществляющей «эмоциональный процессинг», является адаптация к запускаемым триггерами психотравмирующим событиям и к событиям, провоцирующим тревогу.

Langs считает, что коммуникативный подход целесообразно называть «сильным эмоциональным подходом» (strong emotional approach). Психика, осуществляющая эмоциональный процессинг, функционирует на основе двух фундаментальных систем: сознательной системы и глубинной бессознательной системы.

Сознательная система основывается на сознательных восприятиях и пробует на сознательном уровне справиться с эмоционально нагруженными событиями и значениями.

Глубинная бессознательная система базируется на бессознательных или сублиминальных восприятиях и на бессознательном уровне пытается справиться с вызывающими тревогу эмоционально нагруженными событиями, которые по своему содержанию настолько травматичны, что не могут стать осознанными. Согласно Langs'у, эти две системы функционируют относительно независимо друг от друга на основе различных копинг-стратегий

и способностей. Бессознательная система является, по сравнению с сознательной, более тонкой и адаптивной.

Langs проявляет пристальный интерес к тому, каким образом сознательная и бессознательная системы участвуют в формировании положительных и отрицательных эмоциональных состояний у пациента/пациентки в процессе психотерапии. Автор называл этот процесс «любовь и смерть в психотерапии». Оценивая отношения между аналитиком и пациентом, он подчеркивал потребность последнего/последней в индивидуально окрашенных заботой и любовью отношениях. Любовь в психотерапии не идентифицируется с эротизированным переносом. Эффект терапии связан с признанием профессиональной квалификации аналитика, его честности, способности к взаимопониманию и сопереживанию.

Langs считает, что страх смерти играет главную роль во время терапии и проявляется в трех содержаниях: (1) страх жертвы - страх быть травмированным или убитым в результате чьей-то агрессии или природной катастрофы; (2) страх агрессора- страх быть травмированным или убитым как следствие собственной агрессии; (3) экзистенциальный страх, связанный с фактором неизбежности. Каждая из этих форм активизируется специфическими триггерами, появляющимися в результате интервенций аналитика во время терапии. Пациенты, в свою очередь, могут вызывать страх смерти у аналитика, когда у него активизируются перенесенные в прошлом тяжелые психические травмы.

Langs полагал, что, поскольку в структуре наиболее значимых эмоциональных переживаний участвуют архетипы, это следует учитывать при динамической оценке переживаний аналитического процесса и его эффективности на различных этапах.

В заключение отметим, что рассматривая проблему любви пациента к аналитику, Langs считал основным критерием ее истинности бессознательный характер. Настоящая любовь пациента/пациентки переживается часто бессознательно и находит свое отражение в закодированных нарративах. Она

может выражаться в латентном содержании сновидений, возникающих в процессе терапии. Глубокие бессознательные проявления любви перемещаются в сновидениях на различные персонажи содержаний сна, становясь источником последующих нарративов.

Настоящая любовь терапевта к пациентке/пациенту также присутствует на бессознательном уровне. Периодически возникающие сексуальные фантазии пациента/пациентки или другие желания близкого содержания не включают стремления к их удовлетворению. Сознательное выражение любви как со стороны аналитика, так и со стороны пациентки/пациента ведут за собой активизацию аутодеструктивного драйва и, к счастью, наблюдаются сравнительно редко.

В целом, по мнению Langs'a, сознательное проявление любви не является реквизитом успешной терапии, в то время как любовь на уровне бессознания представляется важным фактором терапевтического успеха.

Ложные формы любви терапевта характеризуются тем, что они запускаются интервенциями аналитика, не имеющими бессознательной валидации. В таких случаях закодированные нарративы пациентов отражают оценку интервенций терапевта как неадекватных, ложных, отражающих попытки соблазна или повреждающих в широком смысле этого слова.

Таким образом, чувства любви в психотерапии имеют сознательно-манифестные и латентно-бессознательные источники. Сознательные и бессознательные эффекты проявлений чувств любви неодинаковы. Глубинные бессознательные чувства обладают большей силой и потенциалом, они более значимы для психического здоровья. В этой связи перед терапевтом встают сложные задачи эмпатического распознавания смысла событий, развертывающихся во время терапии, совершенствования навыков раскодирования нарративов, заботливого соучастия, не авторитарного подхода и взаимного контроля.

В течение длительного периода времени пациенты/пациентки со слабой идентичностью относились к категории "неанализируемых", чрезвычайно

трудных для психотерапии. В последнее десятилетие ситуация изменилась, в связи с появлением новых подходов, подготовленных исследованиями Balint'a об "основной недостаточности". Koenigsberg, Kernberg, Stone et. al. (2000) подчёркивают реальную возможность оказания этим лицам психотерапевтической помощи. Авторы акцентируют способность индивидуумов со слабой идентичностью хорошо функционировать, использовать свои интеллектуальные способности в зонах, свободных от конфликтов. Представляется реальным использование в терапии выраженной сенситивности в межличностных отношениях и развитой эмпатии.

Терапевтический оптимизм обусловлен расширением терапевтических возможностей, развитием новых подходов, таких как **диалектическая поведенческая терапия (Linehan, 1993)** и **психотерапия, фокусированная на переносе (Koenigsberg, Stone et al, 2000)**.

Koenigsberg, Stone et al. разработали форму психодинамической психотерапии, предназначенную специально для лиц со слабой идентичностью, которая получила название "**психотерапия, фокусированная на переносе**". Пациенты/пациентки стимулируются в направлении оживления в сознании главных интернализированных объектных отношений прошлого, которые оказывали и оказывают влияние на их отношения с собой и окружающим миром.

По данным опыта, полученного в Институте Личностных Нарушений Корнуэльского Университета и Нью-Йоркского Пресвитерианского Госпиталя (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999), пациентки/пациенты со слабой идентичностью по-разному реагируют на лечение: некоторые принимают участие в терапии с большим трудом, другие после начального, казалось бы, успешного периода входят в патовое состояние отсутствия какого-либо прогресса. Часть пациентов/пациенток вообще выпадают из терапии на раннем этапе; у отдельных лиц наблюдается отчётливый психологический регресс. Авторы проекта показывают, что во многих случаях фокусированная на

переносе психотерапия оказывалась эффективной для ранее терапевтически резистентных индивидуумов.

Фокусированная на переносе психотерапия концептуально основывается на использовании модели объектных отношений в ряду нарушений психологического функционирования, которые могут корректироваться с помощью психодинамически ориентированной психотерапии, фокусированной на переносе.

Основанная на особенном внимании к переносу психотерапия исходит из положения, что индивидуумы переживают внешнюю реальность через структуру своего внутреннего мира интернализованных диад объектных отношений. При нормальном развитии человек в его раннем периоде воспринимает других людей как объекты, обладающие как положительными, так и отрицательными свойствами, т.е. как более или менее реалистическую смесь хороших и плохих черт (с возможным преобладанием тех или иных в каждом конкретном случае). Это позволяет справляться со сложностью и неоднозначностью окружающего мира.

У лиц со слабой идентичностью такая интеграция не происходит. Внутренний мир оказывается разделённым в результате расщепления. Диадические противоположные друг другу репрезентации сосуществуют безо всякого соответствия друг другу, но, в то же время, имея большой потенциал психической энергии положительного или отрицательного содержания. В результате эмоциональное отношение к другому/другим зависит от конкретной ситуации, конкретного момента и не может прогнозироваться.

Особенно значимой в терапевтической ситуации оказывается переживание пациентами терапевта как "другого" в каждом моменте сессии. Идентифицируется внутренний Self и объектные репрезентации, возникающие в процессе их возникновения при терапевтическом общении. Пациенты достигают осознания этих диадных прошлых ситуаций и пытаются разобраться в их глубинных причинах. Терапевт помогает интегрировать их в более сложные внутренние репрезентации. Процесс встречает сопротивление,

так как разрушает прежнюю привычную структуру, в которой присутствуют имиджи идеальных объектов.

Терапевт, работающий по методу фокусированной на переносе терапии, должен учитывать наличие трёх каналов коммуникации с пациентами:

- 1) вербальные послания пациентов;
- 2) их невербальные послания;
- 3) контрперенос самого терапевта.

Особенностью пациенток/пациентов со слабой идентичностью является то, что в начальном периоде терапии наиболее значимая информация получается по второму и третьему каналам. Такие лица обычно относятся к терапевту как к части диады объектных отношений. Терапевту по механизму проекции могут атрибутироваться роли агрессора или преследователя. Более того, возникают ситуации, когда пациенты/пациентки стараются провоцировать терапевта на агрессию по отношению к ним, с целью доказать правильность своих проекций.

Диада объектных отношений у лиц со слабой идентичностью имеет всегда тенденцию к внезапным изменениям оценок, что происходит у пациентов на бессознательном уровне. Так, в отношениях с терапевтом пациент/пациентка переживают (воспринимают) себя как слабого, незащитного ребёнка, а терапевта как мощную авторитетную, доминирующую фигуру. Затем внезапно происходит смена ролей: пациент/пациентка воспринимают себя в роли родителя, а терапевта как слабого некомпетентного человека. Такие ситуации следует принимать в расчёт как некие неизбежные и учитывать их заранее в процессе терапии. Терапевтический контакт может быть затруднён, в связи с прежним отрицательным опытом пациентов, их разочарованиями в других людях, которые вначале идеализировались, а потом оказались несовершенными, не заслуживающими доверия.

Для лиц со слабой идентичностью характерна сверхподозрительность, периодически доходящая до паранойи. Страх предательства приводит их к

формированию позиции, когда возможность положительных отношений исключается и пациенты защищаются от их налаживания (чтобы потом не разочароваться). Терапевту следует показать, что позиция пациента имеет защитный характер, что восприятие терапевта в негативном плане блокирует возможность вхождения в зону длительных положительных, доставляющих удовольствие контактов.

Clarkin, Yeomans, Kernberg (1999) включают в процесс психотерапии следующие элементы:

- Выбор приоритетной для состояния пациента темы.
- Защита терапевтической рамки (время сеанса, его продолжительность, место, оплата и др.).
- Сохранение технической нейтральности в большей части терапевтического времени, принимая каждый раз решение о необходимом уходе от нейтральности.
- Установление общей основы разделённой реальности между терапевтом и пациентом перед дискуссией и интерпретацией нарушения реальности, присутствующей у пациента.
- Анализ как положительных, так и негативных элементов переноса для избежания застревания в хроническом позитивном или негативном переносах.
- Наблюдение и анализ примитивных защит, когда они появляются в переносе.
- Мониторинг контрпереноса. Как должен вести себя психотерапевт во время терапии пограничных индивидуумов в рамках фокусирования внимания на переносе? Составной частью аналитической терапии, как известно, являются интервенции во время сеанса.

Koenigsberg, Kernberg, Stone et al. (2000) определяют три принципиально важные интервенции:

- 1) Выяснение ("клярификация"). Психотерапевт старается получить от пациента/пациентки выяснение тех моментов в сообщённой информации,

которые неясны, хаотичны, допускают разное толкование. Таких эпизодов много, что связано со спутанностью во внутреннем мире пациентов.

2) Конфронтация. Психотерапевт привлекает внимание пациента/пациентки к противоречивым элементам в их мыслях, эмоциях и поведении. Конфронтация с этими противоречиями стимулирует самоанализ и может способствовать интеграции дезинтегрированного внутреннего мира.

3) Интерпретация. Предшествовавшие интервенции (выяснение и конфронтация) способствуют эффективной интерпретации. Психотерапевт оказывается в состоянии связать уже осознанный пациентами материал с бессознательными содержаниями, очевидно, влияющими на психическое состояние пациента/пациентки, их чувства, мотивации и поведение в целом.

Интерпретация может продемонстрировать пациентке/пациенту, что её/его доминирующая во время беседы с аналитиком Self-объектная диада носит защитный характер, защищаясь перед присутствующей в бессознательном Self-объектной диадой противоположного содержания. Например, пациент/пациентка демонстрируют своим поведением отстранённость, независимость, полную самостоятельность. В то же время, в ходе предшествующего сеанса на первый план выступал страх одиночества, страх покидания, страх даже кратковременного перерыва в терапии. Интерпретация может содержать в себе не только сопоставление этих противоречащих содержаний, но и объяснение, что демонстрируемый "уход в независимость" не случаен, а отражает убеждённость в невозможности установить с кем-либо глубокие эмоциональные отношения на фоне выраженного желания получить от кого-то поддержку, теплоту, быть любимым/любимой.

Koenigsberg, Kernberg, et al. (2000) приводят основные моменты, отличающие фокусированную на переносе терапию (ФПТ) от "обычной" психодинамической терапии:

- ФПТ более жёстко связана с контрактом, заключённым с пациентами, и в её процессе часто возвращается к нему.

- ФПТ разрешает отклониться от технической нейтральности. Если пациенты отклоняются от терапевтической рамки или активно атакуют её во время лечения, психотерапевту нужно исследовать причины происходящего, активно участвуя в процессе. ФПТ предполагает возвращение к нейтральности после восстановления терапевтической рамки.

- ФПТ предполагает более активное поведение психотерапевта, которое не исчерпывается отклонениями от технической нейтральности. В контактах с пациентами аналитик не ограничивается "информативной" вербальной коммуникацией, но использует тональность, модуляции, изменение интенсивности голоса.

- При проведении ФПТ психотерапевт более зависим от невербального канала коммуникации, а также от контрпереноса. Он должен тщательно следить за манерой поведения, выражением глаз, нюансами голоса, мимикой пациентов во время сеансов терапии. Это даёт возможность улавливать активизацию диад Self-объектных отношений, которая не всегда находит выражение в вербальном компоненте.

- Психотерапевт исследует свои собственные эмоции и фантазии, касающиеся пациента как во время сеансов, так и в промежутках между ними (контрперенос).

При проведении психотерапии с лицами со слабой идентичностью приходится постоянно сталкиваться со внезапными изменениями их состояния, обусловленными появлением "на сцене" различных отщеплённых репрезентаций себя и других людей. Между этими репрезентациями не существует интеграции, каждая существует в экстремальной форме и определяет восприятие пациенткой/пациентом текущей терапевтической ситуации. В результате аналитику нужно заранее быть готовым к тому, что в процессе терапевтического сеанса пациенты в её/его переносе периодически будут воспринимать специалиста в виде "плохого" объекта с различными проецируемыми негативными содержаниями ("незаслуживающий доверия", "предатель", "преследователь", "заговорщик" и др.). Такое восприятие

способно вызвать негативный контрперенос у аналитика и в результате подобного взаимодействия негативного переноса (у пациента) и негативного контрпереноса (у аналитика) появляется реальная угроза прекращения терапии. Задачей терапевта является обучение работы с неизбежным негативным переносом и предотвращение выхода пациента из терапии. Здесь может помочь осознание аналитиком того, что негативный перенос пациента/пациентки отражает лишь какое-то из его/её личностных состояний и стимулирует к психотерапевтической работе со здоровой частью/частями психической структуры, даже, если последние менее представлены.

Классические требования нейтральности аналитика, как уже указывалось, при аналитической терапии пограничных индивидуумов практически невыполнимы, хотя призыв к "технической нейтральности" в смягчённом варианте входит в структуру ФПТ. Проявления враждебности со стороны пациентов, их агрессивность серьёзно угрожают продолжению лечения. Необходимость выхода за пределы вербальной коммуникации во многих ситуациях чрезвычайно важна, так как такие пациенты, начиная с раннего периода жизни, обучались доверять больше не словам, а эмпатически схватывать эмоциональное состояние других, их отношение к себе, что в контактах с психотерапевтом приобретает особое значение.

Терапевтический контакт с лицами со слабой идентичностью, в отличие от обычной психоаналитической рамки, должен включать анализ ряда состояний, представляющих серьёзную угрозу для терапии. К ним, прежде всего, относятся: самоповреждения, суицидальные попытки, злоупотребление веществами, изменяющими психическое состояние, сознательное сокрытие важной информации о состоянии.

Терапия лиц со слабой идентичностью строится на стимуляции анализа пациентами их внутренних переживаний при одновременной поддержке со стороны психотерапевта.

В процессе самоанализа пациенты обучаются распознаванию бессознательного дезадаптивного поведения и стараются использовать как

можно более эффективно сознательный контроль за своими поступками и импульсивностями. Позиция терапевта по мере развития этого процесса все более активизируется в плане "обратного питания", советов, ободряющих оценок, стимуляции приобретения пациентами необходимых навыков. Психодинамическая терапия в значительной мере корректирует эти нарушения. По данным Howard, Fonagy (1999), несмотря на то, что психодинамическая терапия требует значительного количества времени, она дает хорошие результаты.

Весьма перспективным подходом в коррекции слабой идентичности является **диалектическая поведенческая терапия (ДПТ)**. Метод ДПТ был впервые предложен M.Linehan (1993) и представляет собой вариант когнитивно-бихевиоральной терапии. В основе метода лежит гипотеза о центральной роли ставших привычными нарушений мышления (когниции), что ведет к дезадаптивному поведению. Эмоциональные нарушения у лиц со слабой идентичностью возникают в результате неспособности регулировать эмоции, возникающие при столкновении пациента/пациентки с неблагоприятными ситуациями. Терапия проводится индивидуально и в группе с целью обучить пациентов новым навыкам и мотивациям. В лечении выделяются четыре первичные стадии:

Первая стадия направлена на развитие навыков установления лучшего контроля над поведением в различных ситуациях.

Вторая стадия фокусируется на прошлых травмах и помощи в проработке их на новом уровне.

Третья стадия направлена на усиление самооценки.

Четвертая стадия концентрируется на усилении чувства "личного счастья".

В ДПТ интегрированы Дзен-Буддизм и диалектическая философия. По мнению Robins и Koons (2004), ДПТ сегодня во внебольничном лечении лиц со слабой идентичностью является единственно "хоть сколько-нибудь

эффективной". Что понимается под термином "диалектический"? Термин отражает акцентуацию очевидного синтеза полярных друг другу явлений.

Первая полярность, на которую терапевт обращает внимание – это Принятие и Изменение. Если обращается внимание только на частые резкие изменения эмоционального состояния, характерные для таких пациентов, то пациенты обычно чувствуют, что их по-настоящему не понимают, и, более того, осуждают. Это приводит к реакциям гнева, потере контакта, прерыванию лечения. У некоторых пациентов/пациенток развивается состояние подозрительности с пассивностью и внешним безучастием. Linehan модифицировала обычное когнитивно-поведенческое лечение, делая акцент на оценках переживаний.

Вторая часть- фиксация на Принятии сопровождается большими трудностями, связанными с принятием себя лицами со слабой идентичностью, других людей и жизни в целом. Сами пациенты без психотерапевтической помощи не в состоянии фиксироваться на развитии Принятия. ДПТ пытается восполнить это, обучая пациентов навыкам заботы о себе, других и окружающем мире, умению фиксироваться на осознании текущего момента, и вести себя в соответствии с важными для них целями и ценностями.

Теоретические положения ДПТ объединяют: 1) биосоциальную теорию ПЛР и 2) принципы лечения, взятые из поведенческой терапии, Дзен-Буддизма и диалектики.

ДПТ выделяет пять зон дисрегуляции с прицелом на навыки преодоления слабой идентичности, которые пациентка/пациент должны у себя вырабатывать и затем практиковать:

(1) Дисрегуляция эмоций.

(2) Дисрегуляция отношений. Интенсивные, но нестабильные отношения связаны с отрицательными эмоциями пациенток/пациентов, приводящих к их покиданию другими, а также с отсутствием у пациентов/пациенток ассертивного поведения. Сильные эмоции продуцируют экстремистские

оценки, предубеждения, максималистские требования, что приводит к разрыву отношений.

(3) Самодисрегуляция. Часто изменяющееся состояние и поведение лиц со слабой идентичностью обуславливают невозможность прогнозировать собственное поведение, делают для них нереальным сколько-нибудь целенаправленное поведение.

(4) Дисрегуляция поведения. Самоповреждающее поведение, импульсивность в различных содержаниях, злоупотребление алкоголем и другими веществами, обжорство, рискованное вождение транспорта могут иметь в своей основе различные причины и преследовать различные цели: не только манипулятивные, но и отражающие стремление устранить или хотя бы смягчить тяжелые негативные эмоциональные состояния (Brown, Comtois, Linehan, 2002).

(5) Когнитивная Дисрегуляция. Часть лиц со слабой идентичностью в состоянии стресса могут проявляют признаки диссоциации, что может отражать воздействие сильных эмоций на когнитивный процесс.

Как уже указывалось, основные стратегии терапии в структуре ДПТ представлены использованием: а) теории обучения; б) Дзен-Буддизма; в) диалектической философии.

Теория обучения применяется в трёх направлениях: 1) классическое условное рефлексирование; 2) оперативное рефлексирование; 3) моделирование.

Классическое условное рефлексирование заключается, как известно, в том, что если стимулы (два или более) повторяются во взаимном сочетании, то реакция на один из них становится обученной реакцией на другой/другие, совпадающие по времени и/или месту с ним стимулы. Если на человека совершено нападение вечером в определённом месте, он/она может испытывать страх, находясь в том же месте и в то же время. Если пациентка/пациент испытали облегчение от эмоциональной боли или страха, нанеся себе повреждение ножом, вид ножа может вызвать стремление к

самоповреждению. Такого рода дезадаптивное обученное поведение следует изменить в процессе переобучения.

Оперативное рефлексирование связано с последствиями поведения, которые могут вести к усилению или ослаблению последнего. В случае, когда ранее усиливаемое поведение более не усиливается, происходит его устранение (экстинкция). В ДПТ постоянно используются подобные принципы обучения.

Моделирование представляет собой наблюдение за поведением и эмоциональными реакциями обучаемых, а также последствиями, к которым они приводят. Дезадаптивное поведение у лиц со слабой идентичностью сформировалось как результат моделирования поведения родителей, других членов семьи, знакомых. Психотерапевт может стать положительной моделью для пациента.

Дзен. В то время как теория обучения фиксирована на процессе изменения, Дзен концентрируется на принятии момента, акцептировании себя и окружающего мира. Принятие реальности, которую невозможно или очень трудно изменить, способно смягчить страдание. Нужно "остановиться", задуматься, оценить себя и окружающую реальность отстранённо неэмоционально, и такой подход способен даже стимулировать к формированию плана дальнейшего изменения.

Диалектика. Linehan (1993) анализирует три характеристики диалектического мышления и поведения, которые должны сформировать у себя такие лица:

- 1) Принцип Взаимосвязи и Целостности.
- 2) Принцип Полярности.
- 3) Принцип Постоянного Изменения.

Принцип Взаимосвязи и Целостности важен в связи с диффузной идентичностью и фрагментарностью Self'a. Акцентируется положение о том, что люди и объекты не могут оцениваться по их фрагментам, не принимая во внимание отношений между отдельными частями.

Принцип Полярности. Подчёркивается свойственное природе существование противоположных сил, идей, элементов. Необходим синтез, интеграция, так как каждая полярность имеет какую-то цель и открытый или скрытый смысл. Даже дезадаптивное поведение на чём-то основано.

Принцип Постоянного Изменения. Люди влияют, воздействуют друг на друга, всё взаимосвязано и находится в состоянии изменения, в процессе межличностных коммуникаций каждый из участников контакта изменяется. Пациентка/пациент во взаимном контакте с терапевтом используют как ориентированную на Принятие, так и ориентированную на Изменение терапевтические стратегии. Пациентки/пациенты обучаются навыкам, ориентированным на усвоение подходов Принятия и Изменения.

Литература

Balint, M. (1994) *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Repression* . Evenston, Illinois. Northwestern University Press.

Bruner, J. (1986) *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, MA. Harvard University Press.

Clarkin, J., Yeomens, F., Kernberg, O. (1999) *Psychotherapy for Borderline Patients*. New York. Guilford Press.

Donald, M. (1991) *Origins of the Modern Mind*. Cambridge, MA. Harvard University Press

Fairbairn, W. (1943) *The Repression and the Return of the Bad Objects*. In *An Object Relations Theory of Personality*. New York. Basic Books, 1952.

Ferenczi, S. (1932) *The Clinical Diary of Sandor Ferenczi*. Ed. M. Balint. N. Jackson. Cambridge, MA. Harvard University Press., 1988.

Howard, K., Kopta, S., Krause, R. et al. (1986) *The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy*. *American Psychologist*, 41, 159-164.

Koenigsberg, H., Kernberg, O., Stone, M. et al. (2000) *Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability*. New York. Basic Books.

Kohut, H.(1984) *How Does Analysis Cure ?* Chicago. University of Chicago Press.

Kohut, H. (1971) *The Analysis of the Self*. New York. International Universities Press.

Langs, R. (1992) *A Clinical Workbook for Psychotherapists*. London. Karnac.

Langs, R. (1996) *The Evolution of the Emotion-Processing Mind, With an Introduction to Mental Darwinism*. London. Karnac.

Langs,R. (2002) *Three Forms of Death Anxiety*. In Ed. D. Leichthy *Death and Denial*. Westport CT. Greenwood: 73-84.

Langs, R. (2003) *Adaptive Insights into Death Anxiety*. *The Psychoanalytic Review*, 90 :562-58.

Langs, R. (2005) *The Challenge of the Strong Adaptive Approach*. *Psychoanalytic Psychology*, 22: 46-68.

Langs, R. (2006) *Love and Death in Psychotherapy*. Palgrave. MacMillan. Houndmills, Hampshire

Linehan, M., Tutek, D., Heard, H. (1992) *Interpersonal and Social Treatment Outcomes in Borderline Personality Disorder*. Paper Presented on the 20th Annual Conference of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Boston.

Linehan, M., Heard, H., Armstrong, H. (1993) *Naturalistic Follow-Up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients*. *Archives Of General Psychiatry*, 50, 971-974.

Linehan, M. (1993) *A Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. A. Franes (Ed.). New York. Guilford Press.

Linehan, M. (1993) *A Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York. Guilford Press.

Linehan, M. (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York. Guilford Press.

Linehan, M. (1995) *Treating Borderline Personality Disorder*. New York. Gnilford Press.

Miller, M., Dorpat, T. (1996) Interactional Psychoanalytic Theory (1998) In R.Langs (Ed.).Current Theories of Psychoanalysis. Madison, Connecticut. International Universities Press: 1-30.

Miller, M. (1996) Validation, Interpretation, and Corrective Emotional Experience in Psychoanalytic Treatment. Contemporary Psychoanalysis., 32: 385-410.

Weiss, H., Sampson, H. (1986) The Psychoanalytic Process. New York. Guilford Press.