

Текст взят с психологического сайта <http://psylib.myword.ru>

На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2500 книг по психологии.

Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.

Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)

Сайт psylib.MyWord.ru является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен.

Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия.

ОЧЕРКИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Под редакцией М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова

Санкт-Петербург, 2003

Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова. — СПб.: Институт им. В. М. Бехтерева, 2003. — 438 с.

ISBN 5-94158-058-4

Данное издание представляет собой коллективную монографию, являющуюся результатом сотрудничества Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (Россия) и Всемирной ассоциации динамической психиатрии и Клиники Ментершвайге (Мюнхен - Берлин (Германия)).

В монографии представлены модель Динамической психиатрии Г. Аммона, взаимодействие и интеграция в области теории и практического использования в сотрудничающих странах.

Для психиатров, психотерапевтов, психологов и специалистов по социальной работе.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

ISBN 5-94158-058-4

СПИСОК АВТОРОВ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В. М. БЕХТЕРЕВА

Б. Д. Карвасарский, доктор медицинских наук, профессор (научный редактор)

С. М. Бабин, кандидат медицинских наук

В. В. Бочаров, кандидат психологических наук

А. В. Васильева, психиатр-психоаналитик

В. Д. Вид, доктор медицинских наук, профессор

М. М. Кабанов, доктор медицинских наук, профессор

Б. А. Казаковцев, доктор медицинских наук, профессор

Н. Г. Незнанов, доктор медицинских наук, профессор

Ю. Я. Тупицын, доктор медицинских наук, профессор

ВСЕМИРНАЯ АССОЦИАЦИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ И КЛИНИКА МЕНТЕРШВАЙГЕ

М. Аммон (M. Ammon), доктор наук

И. Бурбиель (I. Burbiel), доктор наук

ПРЕДИСЛОВИЕ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, являющийся исследовательским и учебным центром Всемирной организации здравоохранения, на протяжении многих лет имеет научные контакты с рядом зарубежных учреждений. Надо отметить их расширение за последние 2-3 десятилетия в связи с изменением социально-экономических условий в нашей стране.

Настоящая коллективная монография представляет собой комплекс работ российских и немецких ученых по актуальным проблемам динамической психиатрии. Это направление в психиатрии, имеющее довольно широкое распространение за границей, было до недавнего времени мало знакомо отечественным специалистам — психиатрам, психотерапевтам и психологам.

Это уже не первая книга, которую Институт им. В. М. Бехтерева издает совместно с зарубежными партнерами по научному сотрудничеству. В 1980 и 1981 гг. совместно с немецкими коллегами из Лейпцигского университета была издана монография: Клинические и организационные вопросы реабилитации психически больных / Под ред. М. М. Кабанова и К. Вайзе. — М: «Медицина», 1980. Год спустя та же монография вышла в Лейпциге (Leipzig: VEB Georg Thime, 1981). Название этой книги на немецком языке более соответствовало ее содержанию, чем русское — «Klinische und soziale Aspekte der Rehabilitation psychisch Kranker». В 1983 г. вышла в свет на польском языке, написанная совместно с коллегами из Варшавского психоневрологического института, монография «Групповая психотерапия» (ред. С. Ледер и Б. Карвасарский). Та же книга в 1990 г. была издана на русском языке. Совместно с немецкими учеными вышла еще одна монография: Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / Под ред. Р. Я. Бовина и Г.-Э. Кюне. — М.: «Медицина», 1989.

Предлагаемая монография являет собой плод совместных многолетних исследований в рамках заключенного в свое время договора о сотрудничестве в области психотерапии и реабилитации с Всемирной ассоциацией динамической психиатрии (WADP) и Немецкой академией психоанализа (DAP) — Берлин-Мюнхен. Помимо работ сотрудников Немецкой академии психоанализа (М. Ammon, Берлин, I. Burbiel, Мюнхен) и ученых Института им. В. М. Бехтерева в ней опубликованы материалы научных исследований практических врачей, которые с нашей помощью установили научные связи с клинической базой указанных организаций — мюнхенской Клиникой Ментершвайге, основанной видным теоретиком концепции динамической психиатрии Гюнтером Аммоном.

Эта концепция стала известна в нашей стране относительно недавно (10-15 лет тому назад). Последнее десятилетие активного сотрудничества института им. В. М. Бехтерева (к которому впоследствии присоединился Государственный научный

центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского в Москве) выражалось в совместной организации конгрессов WADP, многочисленных публикациях, главным образом, в немецком журнале «Dynamische Psychiatrie» и других мероприятиях, более подробно изложенных в первом разделе настоящей книги.

Здесь следует сказать, что, опираясь на понимание психосоциальных аспектов в развитии нервно-психических заболеваний школы В. М. Бехтерева (А. Ф. Лазурский, В. М. Мясищев, Б. Г. Ананьев и др.), в нашем институте в 1969-1972 гг. была разработана концепция реабилитации психически больных (М. М. Кабанов).

Реабилитация психически больных имеет свои особенности, она является, прежде всего, их ресоциализацией. Реабилитация (не только больных нервно-психическими заболеваниями) есть системное видение больного (пациента). Конечная цель реабилитации — восстановление (сохранение) личного и социального статуса больного.

Главное направление современной медицины, в которое вписывается разработанная в Институте им. В. М. Бехтерева концепция реабилитации, — это перемена ее парадигмы — переход от организмо-центрического к эволюционно-популяционному (экологическому) стилю мышления (врача и его партнеров в деле охраны здоровья населения — психологов, социальных работников, педагогов и др.).

Из вышеизложенного становится понятным, что, когда один из авторов настоящего предисловия в 1976 г. на конгрессе психиатров в Дрездене сделал доклад о своем понимании концепции реабилитации, принимавший участие в работе этого конгресса основатель Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP) президент Немецкой академии психоанализа (DAP) Гюнтер Аммон заинтересовался исследованиями Института им. В. М. Бехтерева и высказал пожелание о возможности научного сотрудничества, которое было спустя несколько лет осуществлено. Многие теоретические положения концепции динамической психиатрии совпадают с положениями концепции реабилитации с ее системным (и холистическим) подходом к человеку. Началось постепенное ознакомление с работой двух позиций в этом подходе — российской и немецкой. В 1990 г. был заключен первый договор о научном сотрудничестве в области психотерапии, в котором психоаналитический его аспект практически не упоминался, учитывая тогдашнее отношение к психоанализу в нашей стране. В 2002 г. договор о научном сотрудничестве был обновлен и подписан двумя сторонами.

Книга включает в себя не только теоретические взгляды Г. Аммона и его сотрудников и последователей (с акцентом на гуманструктуральную модель личности, положения о «социальной энергии», групповой динамике и др.), но и методические инструменты изучения личности (Я-структурный тест Аммона, ISTA), методы психотерапевтической и, по сути, реабилитационной работы с пациентами в мюнхенской Клинике Ментершвайге. В монографию входят главы, содержащие результаты проводимых работ клиниками Института им. В. М. Бехтерева и другими психиатрическими учреждениями России (Оренбург и Оренбургская область). Разумеется, методы реабилитационной и психотерапевтических клиник, а также широкие международные контакты Института им. В. М. Бехтерева сыграли немаловажную роль в укреплении позиции динамической психиатрии как в России, так и в Германии.

Хотим выразить надежду, что изложенные в настоящей монографии некоторые итоги нашего совместного сотрудничества послужат дальнейшим стимулом для интенсификации научных исследований в области динамической психиатрии.

Авторы выражают благодарность за предоставленные материалы, использованные в книге, и помощь в ее издании Е. И. Чехлатому, Н. М. Залуцкой, А. Г. Кондинскому, В. Н. Сгибову, В. П. Сировской, Р. Шмидтсу, Г. Вольфруму, Г. Финке.

М. М. Кабанов, Н. Г. Незнанов

1. ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА ИНСТИТУТА ИМ. В. М. БЕХТЕРЕВА (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ) И ВСЕМИРНОЙ АССОЦИАЦИИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ (МЮНХЕН - БЕРЛИН, ГЕРМАНИЯ)

Сотрудничество между Всемирной ассоциацией динамической психиатрии, ее первым президентом G. Ammon (известным немецким психиатром, психоаналитиком, пионером психотерапии психозов), его клиникой и советскими, а в последующем российскими, специалистами началось в конце 60-х гг. XX в. и плодотворно развивается по сей день.

Создатель школы динамической психиатрии в Германии, направления, объединяющего в себе психиатрию, психоанализ и групповую динамику, G. Ammon закончил в 1956 г. обучение в Психоаналитическом институте K. Abraham в Берлине, где он прошел учебный анализ у одного из учеников S. Freud C. Mijller-Braunschweig. Но классические психоаналитики весьма скептически относились к его желанию использовать психотерапию для лечения шизофрении. C. Miller-Braunschweig интерпретировал это как фантазию или сон наяву, а сам ортодоксальный психоанализ как метод он считал показанным только для лечения ограниченного круга больных с невротическими расстройствами. Поэтому G. Ammon в 1956 г. уехал в США, в известную клинику фонда K. Menninger, в Топике, штат Канзас. Там в 30-е гг. XX в. зародилось новое направление, получившее название динамической психиатрии, которое развивалось, основываясь в своей теории и практике на фрейдистском психоанализе, Я-психологии, школе объектных отношений и теоретическом системном и групподинамическом мышлении. Братьями K. и W. Menninger была открыта также одна из первых клиник для психоаналитического стационарного лечения пациентов с психическими заболеваниями, в том числе шизофренией и расстройствами личности. K. Menninger—один из наиболее известных американских психиатров и психоаналитиков — долгое время возглавлял Американскую психоаналитическую ассоциацию, активно участвовал в реформе психиатрической системы в США. Обучаясь в клинике, а затем активно сотрудничая с ее руководителями, G. Ammon практически разработал свои методы милли и групповой терапии. Там же в Топике он прошел дополнительное аналитическое обучение у ученика A. Freud I. Ramzy. С этой клиникой связаны имена таких известных психотерапевтов как A. Freud, M. Mead, G. Devereux. Фонд K. Menninger стал своеобразной «Меккой» для психотерапевтов, многие из которых впоследствии получили известность, среди них был O. Kernberg, один из ведущих специалистов в области личностных расстройств. Они проходили стажировку, печатали свои первые ра-

боты в Бюллетене К. Menninger. Во время второго аналитического обучения G. Amnion дополнил свое профессиональное мировоззрение теоретическими аспектами так называемой «средней объектной школы», берущей свое начало в Англии со времен второй мировой войны, куда были вынуждены эмигрировать многие известные психоаналитики, включая самого S. Freud, его дочь A. Freud, M. Klein, S. H. Foulkes и многих других.

G. Amnion оставался членом учебного психоаналитического института в Топике до самой смерти, отсюда берет начало его групподинамическое понимание тяжелых психических больных. Его дипломная работа была посвящена «Теоретическим аспектам милые-терапии» (1956). В качестве главного консультанта всех клиник Канзаса он разработал супервизионные техники с использованием групповой динамики, которые расширили концепцию М. Balint в групподинамических структурах. После практически 10-летней стажировки G. Amnion вернулся в Германию, где в 1968 г. открыл в Берлине аналитический учебный институт — учебный и научный институт динамической психиатрии и групповой динамики, а в 1969 г. основал немецкое Общество групповой психотерапии и Немецкую академию психоанализа, президентом которой он был в течение многих лет. Представляя собой самостоятельное направление в психоанализе и психиатрии, динамическая психиатрия, как это часто бывает со всем новым, не встретила теплого приема ни в среде традиционных психоаналитиков, ни в психиатрическом университетском сообществе. При этом, с исторической точки зрения представляет интерес, что развитие психиатрии шло именно в сторону принятия мультикаузальной природы психозов, активной интеграции медицинской психологии и психотерапии в лечение психических заболеваний. То, что в 60-е гг. XX в. выглядело утопией, сегодня скорее стало классикой. Сейчас нет ни одной серьезной психиатрической клиники, где бы не проводились различные формы психотерапии, направленные на активизацию здорового конструктивного психического потенциала пациента, а также активная работа с семьями больных шизофренией. Вместо принятой ранее симптомоцентрированной концепции лечения, все более широкое признание получает биопсихосоциальная модель болезни. Не отрицая роли генетических и биологических аспектов психических заболеваний, ее адепты ставят в центр внимания личность больного с ее психологическими особенностями и актуальным социальным окружением.

Продолжая работать в Германии, G. Ammon все больше отходит от классической теории S. Freud, от его взглядов на агрессию и формулирует свое понимание ее, прежде всего, как конструктивного начала, заложенного в каждом человеке, обеспечивая его активное взаимодействие с окружающим миром, которое лишь под влиянием неблагоприятной групповой динамики первичной группы может принимать деструктивную и дефицитарную форму. С 1968 г. G. Ammon с группой своих сотрудников начал издавать регулярный профессиональный журнал, получивший название «Динамическая психиатрия», который скоро стал центром международного научного обмена идеями и опытом в области гуманистической психиатрии и психоанализа. В журнале, носившем интердисциплинарный характер, печатались работы представителей различных школ, направлений, культур и дисциплин. В «Динамической психиатрии» публиковались известные психоаналитики, психотерапевты, специалисты в области групповой психотерапии нашего времени, такие как M. Khan, R. Battegey, R. Schindler, M. Pines и многие другие. Это единственный международный журнал, в ко-

тором с начала 70-х гг. XX в. регулярно печатаются статьи сначала советских, а затем российских ученых. В свое время это была одна из немногих возможностей познакомиться международное профессиональное сообщество с работами отечественных специалистов.

Сотрудничество советских ученых и G. Ammon началось в 1969 г. с научной переписки его с Ф. В. Бассиним. В ней обсуждались проблемы бессознательного, разрабатываемая в то время G. Ammon теория агрессии, вопросы формирования идентичности. В частности, G. Ammon писал: «Наша общая позиция была в том, что агрессия не является врожденным человеческим инстинктом, который должен вести к разрушению, насилию и войнам. В моем понимании агрессия — это первично конструктивная функция «Я» растущего ребенка, которая под влиянием групподинамического окружения может трансформироваться деструктивным образом». Он начал также активно сотрудничать с В. С. Ротенбергом, чья концепция поисковой активности (разработанная им совместно с В. В. Аршавским) имеет много общего с понятием о конструктивной агрессии у G. Ammon. В 1976 г. G. Ammon формулирует свою гуманструктуральную модель личности, таким образом окончательно отходя от S. Freud. Ее создание было обусловлено необходимостью лучшего понимания так называемых бордерлайн-пациентов, т. е. больных с пограничным личностным расстройством, а также имевших в СССР диагноз психопатоподобной шизофрении. С помощью своей модели он объяснял часто меняющиеся симптомы при этом едином заболевании с непрерывным течением, имеющим свои закономерности развития и динамики. Впервые G. Ammon представил гуманструктуральную личностную модель на конгрессе в Мюнхене в 1977 г. Дальнейший его научный путь тесно связан с сотрудничеством с советскими учеными, прежде всего нейрофизиологами, исследователями головного мозга, которые во многом повлияли на его понимание бессознательного. Благодаря их работам, он в своей концепции бессознательного определил его не только как место локализации интроецированного групподинамического и социально-энергетического опыта, но также и как резервуар личностного потенциала, перспектив и идентичности. Дальнейшая деятельность G. Ammon связана с разработкой терапевтической модели для лечения пациентов с так называемыми ранними, архаическими или преэдиальными расстройствами. Во всех этих названиях отражается их сущность как нарушений, возникающих на самых ранних этапах формирования личности при неблагоприятном воздействии групповой динамики первичной группы (ядерной семьи), в первую очередь, при неблагоприятном разрешении симбиотического комплекса с матерью, т. е. при нарушениях процессов сепарации-индивидуации в терминологии других авторов.

Вскоре после своего возвращения в Германию G. Ammon открыл первый дневной стационар для интенсивной групповой терапии в Штельцельройте в Байрише Вальд. Следующим шагом на пути осуществления своей мечты — организации стационара для психотерапевтического лечения пациентов с тяжелыми Я-структурными нарушениями, было создание в 1975 г. в Оберменцинге, в окрестностях Мюнхена, клиники стационарной психотерапии и психосоматики, деятельность которой осуществлялась в рамках динамически-психиатрического понимания психических заболеваний и научно обоснованных методов лечения. Открытая в 1979 г., Клиника Ментершвайге была названа клиникой стационарной психотерапии, психоанализа и психосоматики, в ней G. Ammon, став ее основателем, проработал многие годы в качестве терапевта, су-

первизора и учителя, применяя опыт и знания, полученные в Топике, и успешно развивая идеи динамической психиатрии и свою концепцию гуманструктуральной терапии, постоянно обучаясь у пациентов и вместе с пациентами, не останавливаясь на достигнутом, черпая новые идеи и энергию в непосредственной работе с группами. В основу терапевтической концепции было положено сочетание различных методов, в основном групповой работы, так как нарушения, возникшие в группе и под воздействием группы (прежде всего, ядерной семьи), нуждаются также и в лечении при помощи группы. В новых групповых условиях у пациента появляется возможность повторить свой первичный негативный опыт и при помощи терапевтов и лечебного действия самой группы, социально-энергетического потенциала группы, по G. Amnion, развить свои конструктивные возможности по его преодолению, в основу чего было положено представление о повторении и коррекции (repeat and repair). По мере накопления опыта увеличивалось число невербальных методов работы, и в 1983 г. G. Amnion создал свой вариант танцевальной терапии, так называемую гуманструктуральную танцевальную терапию, говоря о танце как о «королевской дороге к бессознательному». При этом он опирался на практический опыт и на исследования образного мышления, в первую очередь, советских ученых. Этот вид терапии эффективно используется как в лечении, так и в работе групп личностного роста. К открытию клиники был приурочен в 1980 г. конгресс «Психотерапия шизофрении», который собрал ученых из разных стран, многие из которых неоднократно участвовали в международных симпозиумах Немецкой академии психоанализа. На этой встрече был поставлен вопрос о необходимости организации, представляющей транскультуральные и транссоциальные интересы динамической психиатрии. Таким образом была создана Всемирная ассоциация динамической психиатрии (ВАДП), а в 1982 г. G. Amnion был избран ее президентом.

Интенсивный обмен научными идеями между немецкими и советскими специалистами привел к участию делегации Немецкой академии психоанализа в работе симпозиума по бессознательному в Тбилиси в 1979 г. Это способствовало развитию контактов с советскими учеными, прежде всего с А. Е. Шерозией, представителем грузинской школы Д. Н. Узнадзе, с ее концепцией неосознаваемых психологических установок, слишком рано ушедшим из жизни, а также с В. С. Ротенбергом.

Впервые G. Amnion приехал в СССР по приглашению Ф. В. Бассина на Международный симпозиум в октябре 1979 г., где он выступил с пленарным докладом. Симпозиум, состоявшийся в Тбилиси с 29 сентября по 5 октября 1979 г., был посвящен проблеме бессознательной психической активности и собрал более 500 участников, ученых различных специальностей: психиатров, психотерапевтов, психологов, психоаналитиков, нейрофизиологов и представителей немедицинских специальностей — лингвистов, филологов, социологов, искусствоведов, музыковедов из различных стран мира. Симпозиум был организован Академией наук СССР, Немецкой академией психоанализа, Московским государственным университетом, Академией наук Грузии, Тбилисским государственным университетом, а также Гарвардским университетом (США), университетами Парижа, Стенфорда, Милана, Рима, Лондона, Варшавы, Лейпцига, Психоаналитическим институтом Чикаго, Парижским психосоматическим центром. В 1978 г. в рамках подготовки к симпозиуму было издано трехтомное руководство «Бессознательное: природа, функции и методы исследования», включившее в себя работы участников. Сам по себе симпозиум с та-

ким названием стал событием в научной жизни страны, где долгое время термин «бессознательное» считался ненаучным и, более того, в условиях идеологизации науки, антисоветским. Совместная с иностранными учеными организация подобного научного форума и состав участников стали важным этапом возрождения международного научного обмена в области психотерапии и медицинской психологии. При этом у зарубежных коллег вызвали живейший интерес результаты экспериментального исследования бессознательного, представленные учениками Д. Н. Узнадзе. На этом симпозиуме G. Ammon в своем приветственном обращении в качестве одного из его организаторов подчеркнул, что наука и гуманизм неразрывно связаны между собой, и что необходимо понимать человека в его историческом контексте. Теория агрессии G. Ammon а также его двухтомное руководство по динамической психиатрии вызвали большой интерес у советских ученых, он был назван первым психоаналитиком, сделавшим шаг в сторону демифологизации деструктивности и тем самым отошедшим от ортодоксального психоанализа. Вместе с G. Ammon в Тбилиси в составе делегации от Немецкой академии психоанализа участвовали Gisela Ammon, психолог W. Rock, врач J. Pohl. Оживленные дискуссии, обмен мнениями, личные контакты в Тбилиси положили начало многолетнему разностороннему интенсивному научному сотрудничеству с советскими и позже российскими учеными. В журнале «Динамическая психиатрия» W. Rock представил подробное изложение работы симпозиума, в котором особо подчеркнул близость научных интересов и сходство теоретических позиций немецких и советских ученых в ряде областей. В частности, он отметил доклад М. М. Кабанова, директора Института им. В. М. Бехтерева, в котором, несмотря на различия теоретических основ и общественного устройства обеих стран, отчетливо прослеживается общность подхода к лечению больных шизофренией, центральное значение групповых методов работы и отношений между пациентом и врачом в системе реабилитации больных. W. Rock отметил во многом совпадающие концепции реабилитации М. М. Кабанова и динамической психиатрии G. Ammon. В последней в отличие от классического психоанализа терапевт занимает активную позицию, являясь, если это необходимо, вспомогательным «Я» пациента. Доклад Ф. В. Бассина (Москва) и А. Е. Шерозии (Тбилиси) «Роль категории бессознательного в системе современного научного знания о человеческой психике» был переведен на немецкий язык и опубликован в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 58, 1979). В следующем году появилась статья В. С. Ротенберга «Слово и образ: проблема контекста». С 1979 г. в «Динамической психиатрии» публиковались работы советских ученых, прежде всего, Ф. В. Бассина, В. С. Ротенберга, касающиеся исследований различных аспектов бессознательной психической деятельности, сна, в том числе электрофизиологической активности мозга во время сна, а также вопросов межполушарной асимметрии головного мозга, которые интенсивно разрабатывались исследовательским отделом Клиники динамической психиатрии Ментершвайге. В своих работах G. Ammon признает, что на его понимание бессознательного оказали большое влияние работы советских нейрофизиологов.

После Тбилиси на ежегодных симпозиумах Немецкой академии психоанализа, а с 1982 г. на интернациональных конгрессах Всемирной ассоциации динамической психиатрии регулярно зачитывались наиболее значительные доклады советских ученых В. Ф. Бассина, В. С. Ротенберга, И. Н. Смирнова, А. Е. Шерозии, А. Д. Зураба-

швили, Л. Р. Зенкова. А. Е. Шерозия посмертно был награжден золотой медалью Немецкой академии психоанализа за свои научные исследования бессознательных установок.

С 6 по 10 декабря 1982 г. в Травемюнде (Германия) состоялся первый конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Принцип социальной энергии в динамической психиатрии». На него была приглашена делегация советских ученых, которые из-за трудностей с оформлением документов не смогли приехать, поэтому их научные доклады были зачитаны на конгрессе, а затем опубликованы в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 78/79, 1982), в частности доклады А. Д. Зурабашвили (Тбилиси) — «Концепция психоэнергетического потенциала в психиатрии», Ф. В. Бассина, В. С. Ротенберга, И. Н. Смирнова (Москва) — «Категория «социальной энергии» Г. Аммона — анализ ее методологических основ».

В работе Ф. В. Бассина и соавт., на которой следует остановиться подробнее, поскольку в ней достаточно объективно сравниваются взгляды советских ученых и школы G. Ammon, на метатеоретическом уровне рассматривается концепция психической энергии в психоанализе и подтверждается высокодифференцированный подход G. Ammon к пониманию социальной энергии с привлечением для этого современных экспериментальных психологических исследований советских ученых, в том числе результатов работ в области межполушарной асимметрии головного мозга. В частности, в статье отмечалось, что «Методологические положения теории Г. Аммона соответствуют в первую очередь теориям советских ученых Д. Н. Узнадзе, Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, Н. А. Бернштейна». Эти научные параллели отмечал ранее и сам G. Ammon в своем докладе на международном симпозиуме по бессознательному в Тбилиси в 1979 г. Кроме того, в статье раскрывается понятие «социальной энергии». Авторы указывают на то, что G. Ammon употребляет его в несколько метафорическом смысле, описывая феномен как невербальную эмпатическую полисемантическую коммуникацию, основанную в большей степени на образном, а не на вербально-логическом восприятии. Указывается также, что дефицит или нарушения эмоциональных интеракций в первичной группе, т. е. в ядерной семье, лежат в основе формирования в дальнейшем психических расстройств, неспособности устанавливать эмоционально значимые отношения. Эти нарушения с трудом поддаются формализации, приводят к бедности образного мышления и эмоциональной жизни во взрослом возрасте. Идентификация, лежащая в основе эмпатии, представляет собой сходную способность воспринимать полисемантические представления, эмоциональный опыт других людей, устанавливать «полисемантические» отношения между индивидуумом и другими людьми. Здесь авторы выражают свое полное согласие с G. Ammon, что «социальная энергия» возникает в процессе эмоциональных межличностных интеракций. Особую важность в ее передаче имеют телесные контакты и контакты смыслового восприятия, язык жестов, нюансы интонации, а не формально-логические коммуникации. Правильное понимание роли социальных отношений в рамках установления полисемантических связей с окружающим миром позволяет лучшим образом определить суть и цели психотерапии, где основой любого психотерапевтического процесса являются двусторонние действующие эмоциональные отношения между терапевтом и пациентом. «Эмпатический или эмоционально воспринимаемый контакт с терапевтом становится той ниточкой, которая устанавливает отношения пациента с окружающим миром, вызволяя его из состояния одиночест-

ва». Таким образом, корректирующему эмоциональному опыту в процессе психотерапии придается первостепенное значение, что сближает динамическую психиатрию и советскую психотерапевтическую школу.

Уместно вспомнить, что известный американский психоаналитик I. Ziferstein, который в 60-е гг. XX в. около года находился в научной командировке в отделении неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева, говоря об особенностях советских психотерапевтов, как раз отмечал высокий уровень их эмпатии, активность позиции, способность устанавливать теплые доверительные эмоционально-значимые отношения.

Следовательно, несмотря на различия в теоретических основах и особенно в терминологии, можно говорить о близости практических подходов и содержания самого процесса психотерапии. Причем представляет интерес, что те позиций, которые со временем отдалили G. Ammon от ортодоксального психоанализа одновременно сблизили его с советскими психотерапевтами: теплое эмпатическое отношение к пациенту в противовес абстинентной позиции классического аналитика; значение не только анализа конфликта, но и корректирующего эмоционального опыта, реально переживаемого в отношениях с терапевтом; активная позиция терапевта.

Несмотря на длительную оторванность от мирового опыта вследствие идеологических и политических причин, развитие отечественной психотерапии к концу 70-х — началу 80-х гг. XX в. приблизилось по своему содержанию к общемировым тенденциям, а именно в плане гуманизации психотерапии, повышения интереса к интерперсональным аспектам психотерапии, активного развития групповых методов работы. Все это послужило основой для развития коллегиальных дружеских отношений между школой динамической психиатрии и советскими специалистами.

Об этой общности взглядов также свидетельствует напечатанная в 1984 г. в журнале «Вопросы философии» (№ 9) рецензия Ф. В. Бассина, В. С. Ротенберга и Л. Р. Зенкова на двухтомное руководство по динамической психиатрии, где помимо упоминания советских ученых, в тексте отдельная глава посвящена понятию бессознательного Ф. В. Бассиным, что свидетельствует о высокой оценке и признании важности его работ, а также их созвучности исследованиям немецких коллег. В рецензии Ф. В. Бассина и соавт. в разделе «Философия за рубежом» говорится: «Концепцию динамической психиатрии отличают следующие основные моменты: 1) признание роли нейрофизиологического субстрата в возникновении и развитии психических нарушений; 2) признание важной роли социального фактора, включая коллективные трудовые процессы, в нормальном развитии психики, в возникновении, развитии и лечении психических заболеваний. Оба эти положения сближают концепцию динамической психиатрии с советской психологией и медициной». И далее: «В отличие от позиции З. Фрейда бессознательное «Я» в концепции динамической психиатрии находится в особой зависимости от социальных отношений в группе. Такое понимание структуры «Я» наиболее близко концепциям советской психологии, разрабатываемым школой Д. Н. Узнадзе, рассматривающим подсознание не как сферу вытесненных биологических мотиваций и первичных инстинктов, а как сферу переработки недоступной сознанию информации... Наиболее ярко близость позиции школы Г. Аммона к базисным представлениям советской психологии проявляется в концепциях природы и функции труда и творчества. Исходные положения динамической психиатрии в этих вопросах почти полностью совпадают со взглядами Л. С. Выготского, А.

Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейна, что подчеркивает сам Г. Аммон, противопоставляя эти положения традиционным психоаналитическим. Основное же отличие работ Г. Аммона заключается в более пристальном внимании к психодинамическим процессам в микрогруппе и их влиянию на деятельность... Проблема психических и психосоматических заболеваний также рассматривается не как проблема индивида, а как проблема отношений в группе, прежде всего в первичной. Из основных положений марксистски ориентированной психологии — о зависимости человека и его психического развития от социального окружения — Г. Аммон делает справедливый вывод, что и проблемы патологии нельзя рассматривать только как проблемы отдельной личности или организма без учета межличностных отношений, особенно на ранних этапах онтогенеза».

С включением материалов А. Е. Шерозии и В. С. Ротенберга и главы о бессознательном в работах Ф. В. Бассина в двухтомник «Динамическая психиатрия» советские ученые впервые стали участниками создания западного руководства по психиатрии.

В 1984 г. G. Ammon вновь приезжает в СССР, о чем сообщается в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 86, 1984): «С 15 по 24 мая 1984 г. по приглашению Минздрава СССР и Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им В. П. Сербского Г. Аммон принял участие в советском психиатрическом конгрессе с международным участием «Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и фармакологии», который состоялся в г. Баку». В поездке его сопровождали работники Клиники Ментершвайге М. Berger (в дальнейшем М. Amnion) и I. Burbiel. Он представил доклад по теме «Бордерлайн-синдром — новая клиническая картина, к ограничению от шизофрении». После конгресса G. Ammon посетил также Москву, где встретился с Ф. В. Бассиным и В. С. Ротенбергом. Научная дискуссия с ними была посвящена будущему развитию исследований функций мозга и сна.

В 1985 г. в Мюнхене (Германия) состоялся 3-й конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Многомерный человек». На нем в знак признания особых заслуг Ф. В. Бассин был заочно награжден золотой медалью и пергаментным свитком Немецкой академии психоанализа, которые были вручены руководителю венгерской секции В. Buda как представителю социалистических стран для дальнейшей передачи в Москву. В последующих выпусках журнала «Динамическая психиатрия» были опубликованы присланные на конгресс доклады советских ученых, а в последующие годы — работы специалистов из СССР по вопросам межполушарной асимметрии, а также о связи творческой активности с особенностями функционирования мозга. Параллельно были опубликованы результаты исследований немецких коллег по этим проблемам, причем, если в них использовались в основном клинко-психологические методы исследования, то отечественные работы были посвящены результатам нейрофизиологических исследований, и таким образом они удачно дополняли друг друга.

В связи со злоупотреблениями в области психиатрии, которая использовалась на государственном уровне в борьбе с так называемыми инакомыслящими в СССР и некоторых других социалистических странах, Всемирная психиатрическая ассоциация приняла решение об исключении из своего состава представителей этих стран, что нашло широкую поддержку, и мало у кого хватило смелости высказать иное мне-

ние. Лишь G. Amnion заявил о своем отношении к этой акции и оказал тем самым поддержку советским психиатрам. В журнале «Динамическая психиатрия» (№ 86, 1984) G. Amnion выступил с осуждением исключения советских психиатров и психиатров других социалистических стран из Всемирной ассоциации психиатрии, которая потеряла практически треть своих членов. В частности, он пишет, что «должна быть прекращена кампания, развернутая в западной прессе против советских психиатров, психиатрические ассоциации должны прекратить политизированную деятельность, и необходимо восстановить добрые отношения между психиатрами всех стран».

1988 г. ознаменовал собой новый этап в развитии сотрудничества между немецкими и советскими учеными. Благодаря начавшейся в СССР перестройке и связанным с ней социально-политическими переменами, изменился порядок выезда советских специалистов за рубеж, в том числе и в научные командировки.

В работе 6-го конгресса Всемирной ассоциации динамической психиатрии 7-11 марта 1988 г. «Шизофрения и психосоматика — структурные и процессуальные человеческие измерения — методы лечения и исследовательские концепции в динамической психиатрии» впервые приняла участие делегация из СССР. В ее состав вошли М. М. Кабанов, А. А. Чуркин — главный психиатр Минздрава СССР и Е. В. Зубков из Института им. В. М. Бехтерева. М. М. Кабанов в своем докладе указал на необходимость интеграции медицинских, психологических и социальных аспектов в систему реабилитации больных. Доклады Е. В. Зубкова и А. А. Чуркина были посвящены реабилитации пожилых пациентов с нейрофизиологическими нарушениями и развитию психотерапевтической службы в СССР. Министерство культуры СССР направило на конгресс Ю. Б. Некрасову, которая выступила с докладом и провела семинар. Был зачитан также доклад В. С. Ротенберга о нейрорепитивном синдроме.

Таким образом, у участников конгресса впервые появилась возможность непосредственно встретиться с советскими специалистами, принять участие в научных дискуссиях, а также познакомиться лично, а не только по публикациям.

В 1988 г. журнале «Динамическая психиатрия» (№ 108/109) в разделе «Книжное обозрение» была опубликована рецензия на книгу М. М. Кабанова и К. Вайзе «Клинические и социальные аспекты реабилитации психически больных». Автор рецензии напоминает, что К. Weise познакомил G. Amnion и М. М. Кабанова в 1976 г. на одной из международных конференций в Дрездене, (ГДР). К. Weise, профессор Лейпцигского университета, не был психоаналитиком, но разделял ряд идей психоанализа и динамической психиатрии, как нового метода познания личности и гуманистического направления в психиатрии. В своей рецензии врач-психиатр из Клиники Ментершвайге В. Richarz пишет о том, что очень редко работы специалистов из социалистических стран принимаются западными учеными, и это, безусловно, неблагоприятно влияет на международное сотрудничество. Многие ценные идеи и опыт при этом теряются и остаются незамеченными, но книга М. М. Кабанова и К. Вайзе скорее является исключением из правил. Автор отмечает гуманистическую направленность книги, отношение к больному в представленной концепции реабилитации, прежде всего, как к личности, важность восстановления социального статуса больного и активной работы с родственниками, понимание особенностей индивидуальной патодинамической структуры и ее связи с актуальной социальной ситуацией больного. Подчеркивается, что все эти идеи во многом перекликаются с основными

принципами динамической психиатрии и не могли не найти отклик и высокую оценку у ее приверженцев.

С 1988 г. расширяется круг публикаций в журнале «Динамическая психиатрия», появляются статьи не только московских и грузинских ученых, но и специалистов из Института им. В. М. Бехтерева по психотерапии, реабилитации, вопросам этики, актуальным проблемам оказания помощи психически больным, истории медицины.

В марте 1989 г. состоялся 7-й конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Бордерлайн-синдром в теории и практике». В нем приняла участие советская делегация в составе М. М. Кабанова, Ю. Я. Тупицына, А. А. Чуркина, В. С. Ротенберга и других, в докладах которых отчетливо прозвучала близость ряда идей советской психиатрии и психотерапии и динамической психиатрии, была подчеркнута плодотворность многолетнего научного сотрудничества Г. Аммон с В. С. Ротенбергом. В конце работы конгресса было заключено соглашение по разработке совместных научных проектов между Немецкой академией психоанализа (Мюнхен/Берлин) и научными учреждениями Ленинграда и Москвы с последующим созданием отделения динамической психиатрии в СССР. На этом конгрессе сотрудничество ученых обеих стран перешло на качественно новый уровень, начавшись с личной переписки и дружбы между ними, оно постепенно обрело официально признанный характер как научная кооперация между институтами.

В этом же году в Ленинграде в Институте им. В. М. Бехтерева состоялся конгресс по социальной психиатрии «Социальная психиатрия: фундаментальные и прикладные исследования». Немецкие коллеги в своей деятельности всегда придавали большое значение социальным аспектам психиатрии, поэтому с большим интересом в работе конгресса приняла участие делегация Всемирной ассоциации динамической психиатрии в составе G. Ammon, M. Berger, I. Burbiel.

В 1989 г. с 28 января по 4 февраля, в соответствии с соглашением о научном сотрудничестве и обмене специалистами, в Мюнхене в недельной научной командировке побывала делегация ленинградских ученых. Об этом сообщалось в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 118/119), как о первом визите ученых Института им. В. М. Бехтерева в рамках научного обмена в Клинику Ментершвайге. А. М. Шерешевский выступил с докладом «Транскультуральные проблемы в развитии психотерапии» и показал исторический фильм о жизни В. М. Бехтерева — основателя института. Второй доклад «Гуманистические традиции в истории русской и немецкой психиатрии» А. М. Шерешевский сделал в Немецкой академии психоанализа. Доклады вызвали живой интерес и плодотворную дискуссию. Оба ученых ознакомились с программой работы клиники, а также посетили научный отдел, в результате чего возник совместный проект по сравнительному исследованию эффективности терапии пациентов из Клиники Ментершвайге и Института им. В. М. Бехтерева. Была предусмотрена 10-дневная ознакомительная поездка I. Burbiel и R. Schmidts в этом же году в Ленинград в Институт им. В. М. Бехтерева. На основе договора о научной кооперации стал возможен непосредственный обмен опытом учреждений.

В октябре 1990 г. в Берлине прошел очередной 8-й конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Психотерапия психозов». В его работе приняла участие группа российских специалистов в составе М. М. Кабанова, А. А. Чуркина, В. С. Ротенберга, Ю. Я. Тупицына, А. М. Шерешевского, В. Д. Вида, доклады кото-

рых были посвящены особенностям развития психотерапии психозов в СССР, опубликованные в виде статей в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 124/125, 1990): В. С. Ротенберг — «Тревога, паническое поведение и депрессия: психо-бихевиоральный и биологический подход»; Ю. Я. Тупицын — «Актуальные тенденции в организации специализированной помощи для пациентов с пограничными психическими расстройствами в СССР»; М. М. Кабанов, В. Д. Вид — «Место психотерапии в системе реабилитации психически больных (результаты 20-летнего наблюдения и исследования)».

Был заключен договор о научном сотрудничестве между Немецкой академией психоанализа, международным образовательным центром Всемирной ассоциации динамической психиатрии, Клиникой Ментершвайге и Институтом им. В. М. Бехтерева. Темой совместной работы должна была стать оценка используемых терапевтических моделей и их эффективность при лечении психозов. Для ее оптимизации была намечена взаимная интеграция отдельных терапевтических элементов в модели и непрерывное двустороннее повышение квалификации и обучение терапевтов.

Во время конгресса состоялось также заседание исполнительного совета Всемирной ассоциации динамической психиатрии, который одобрил проект договора и отметил, что его подписание откроет новые перспективы для углубления совместной научной работы в области психотерапии психозов. На этом же заседании М. М. Кабанов был избран вице-президентом Всемирной ассоциации динамической психиатрии.

Политические и социально-экономические перемены в начале 90-х гг. XX в. в России привели к пересмотру отдельных страниц ее истории, коснулось это и психиатрии, в частности ее использовании в борьбе с так называемыми диссидентами. Это не могло не интересовать наших немецких коллег, которые поддерживали советских психиатров в пору их исключения из Всемирной психиатрической ассоциации и всегда придавали большое значение этическим аспектам психиатрии. Поэтому в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 128/129, 1991) публикуется сообщение о посмертной реабилитации генерал-майора Петра Григоренко, который неоднократно находился на принудительном психиатрическом лечении за критику советского режима.

В этом же номере журнала было напечатано сообщение о посещении Клиники Ментершвайге с 23 по 31 июня 1991 г. Ю. Я. Тупицыным и психологами Т. В. Камоориной и Т. В. Алхазовой в рамках договора о совместной работе. Ю. Я. Тупицыным был сделан доклад «Внебольничная психиатрия в СССР». Таким образом, в сотрудничестве и научном обмене начали участвовать практические работники Института им. В. М. Бехтерева. Они познакомились с принципами организации терапевтического сообщества в Клинике Ментершвайге, различными формами психотерапии, приняли участие в так называемых «балинтовских выходных», в центре внимания которых были вербальные и невербальные группы личностного роста. Непосредственное участие российских психологов в работе одной из невербальных групп позволило им приобрести собственный опыт в области динамической психиатрии и групповой динамики.

С 7 июля по 19 августа 1991 г. Мюнхен посетил Б. С. Положий, сотрудник Института психического здоровья Томского научного центра Академии медицинских наук. В его сообщении было подчеркнуто, что работа в томском институте строится на принципах реабилитации, разработанных в Институте им. В.М. Бехтерева.

В журнале «Динамическая психиатрия» (№ 130/131, 1991) появилось сообщение о дальнейшем развитии совместной научной работы между Институтом им. В.М. Бехтерева и Немецкой академией психоанализа. С 23 по 28 ноября 1991 г. Институт им В. М. Бехтерева посетили ведущий психолог I. Burbiel и главный врач Клиники Ментершвайге R. Schmidts. Целью встречи было дальнейшее планирование экспериментов, спецификация целей, гипотез, переменных и методов для совместной работы. В дискуссии участвовали М. М. Кабанов, Ю. Я. Тупицын, А. М. Шерешевский, Ю. В. Попов, В. Д. Вид. Было решено провести адаптацию на русский язык Я-структурного теста Аммона (ISTA) с представлением на следующем конгрессе результатов исследований на русской выборке.

В 1991 г. в рамках договора о сотрудничестве в Институте им. В. М. Бехтерева начались исследования по адаптации на русский язык и внедрению в практическую работу ISTA, основного психодиагностического инструмента в Клинике Ментершвайге, который был специально разработан для психометрических измерений центральных Я-функций. Тест клинически значим, поскольку результаты психометрических измерений позволяют определить терапевтические мишени и отчасти прогнозировать течение терапевтического процесса. Адаптация теста осуществлялась Ю. Я. Тупицыным и его сотрудниками. Результаты работы были представлены в статье, опубликованной в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 134/137, 1992). Одновременно это был и текст доклада Ю. Я. Тупицына на 9-м конгрессе Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Неврозы и шизофрения». Результаты исследования поставили новые вопросы для дальнейшей работы, было отмечено, что общая российская популяция характеризуется в сравнении с немецкой большим дефицитом конструктивных способностей, а также высоким уровнем неспецифической дезадаптации. Таким образом, выявились транскультуральные различия между российской и немецкой популяциями. При исследовании клинической выборки результаты соответствовали выдвинутой гипотезе и показали изменение Я-функций в зависимости от характера патологии, что подтвердило соответствие теста задачам клинической практики. Осталось неясным отражает ли полученная картина при исследовании здоровой популяции сложную социально-экономическую ситуацию в нашей стране или является следствием культурологических различий. Проведенная работа в значительной степени обогатила опыт использования ISTA, впервые были проведены транскультуральные исследования.

Адаптация Я-структурного теста Аммона на русский язык дала возможности для оценки агрессии в совершенно ином новом понимании, измерению различных функций «Я» в их конструктивном, деструктивном и дефицитарном выражении, что позволило адекватнее разрабатывать индивидуально ориентированную психотерапевтическую стратегию, а также лучше прогнозировать ход терапевтического процесса. Содержание в ISTA шкал для измерения конструктивных Я-функций отвечает принятой сегодня салютогенной медицинской концепции, а также ориентации в лечении на имеющиеся у пациента личностные ресурсы. С помощью ISTA, в частности, в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского были проведены пилотажные эпидемиологические исследования в различных регионах страны. Я-структурный тест Аммона нашел применение в диссертационных исследованиях, в том числе Н. Г. Незнанова, С. Л. Соловьевой, которые представили результаты своей работы в докладе на 11-м конгрессе Всемирной ассо-

циации динамической психиатрии с последующей публикацией в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 146/147, 1994) в статье «Исследование различных форм агрессивного поведения с помощью психологических тестов».

Развивающееся сотрудничество и авторитет российских ученых естественным образом привели к тому, что на 14-м Всемирном конгрессе по социальной психиатрии, который состоялся в 1994 г. в Гамбурге (Германия), присутствовала и делегация от Всемирной ассоциации динамической психиатрии, поскольку эта организация всегда отводила особое место социальным вопросам психиатрии, что в равной степени относится к многолетней деятельности Института им. В. М. Бехтерева по ключевым вопросам учения о-реабилитации. Неслучайно поэтому М. М. Кабанов принял участие в работе конгресса как член делегации Всемирной ассоциации динамической психиатрии («Динамическая психиатрия» № 146/147, 1994).

Особой главой в истории сотрудничества между российскими и немецкими учеными стало проведение в стенах Института им. В. М. Бехтерева 25-29 октября 1994 г. 10-го конгресса Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Медицина и психология — холистический подход к болезни и здоровью», который был организован при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации. Это был один из наиболее ярких конгрессов Всемирной ассоциации динамической психиатрии, который собрал в Санкт-Петербурге известных ученых, практиков и организаторов здравоохранения со всего мира, включая высокопоставленных представителей Всемирной организации здравоохранения, Всемирной психиатрической ассоциации и других организаций, чему способствовала широкая международная известность Института им. В. М. Бехтерева. Можно говорить о том, что конгресс изменил статус Всемирной ассоциации динамической психиатрии и способствовал повышению ее престижа среди профессиональных организаций. Конгресс был первым, проводившимся за пределами Германии. Проведение конгресса в Институте им. В. М. Бехтерева позволило многим отечественным специалистам принять участие в его работе и ознакомиться с современными тенденциями в области психотерапии и клинической психологии. Тема конгресса была выбрана неслучайно и во многом определялась сменой парадигм в медицине и переходом к холистической биопсихосоциальной концепции болезни, что отразилось в тематике прежде всего пленарных докладов. Работа конгресса была традиционно освещена в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 148/149, 1994).

В работе конгресса приняли участие свыше 200 ученых 20 стран мира, которые представили в своих сообщениях и вынесли в качестве тем для обсуждения новые достижения в области теории, а также практические решения по интеграции психиатрии, психотерапии, психологии и других областей науки, необходимых для благополучного существования как здорового индивида, так и больного. Выбор места проведения конгресса был обусловлен многолетним плодотворным сотрудничеством между Всемирной ассоциацией динамической психиатрии и Институтом им. В.М. Бехтерева. Гостями конгресса были президент Всемирной психиатрической ассоциации Felice Lien Mak, президент Всемирной ассоциации социальной психиатрии и директор Департамента психического здоровья Всемирной ассоциации здравоохранения J. Costa e Silva.

По стечению обстоятельств этот конгресс стал последним в жизни G. Amnion. 3 сентября 1995 г. он скончался. 17 сентября на торжественной панихиде в качестве представителя Института им. В. М. Бехтерева А. М. Шерешевский в своем выступле-

нии говорил о тесном контакте, который связывал G. Amnion с советскими и российскими коллегами, прежде всего с Институтом им. В. М. Бехтерева, где проходил последний всемирный конгресс с его участием.

В декабре 1995 г. М. М. Кабанов был избран президентом Всемирной ассоциации динамической психиатрии, что соответствовало желанию основателя ассоциации G. Amnion, а также ее исполнительного совета, и свидетельствовало о концептуальной близости обеих профессиональных школ.

В 1995 г. в г. Тюмени состоялся 1-й съезд Российской психотерапевтической ассоциации, которая была создана для объединения психотерапевтов страны, представления их интересов и защиты прав на государственном уровне, а также для включения российской психотерапии в международное сообщество психотерапевтов с целью обеспечения ее эффективного и планомерного развития. Ее президентом был избран главный психотерапевт Минздрава России, руководитель отделения неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева Б. Д. Карвасарский. Создание общественной профессиональной организации подобного рода стала новой вехой в развитии отечественной психотерапии и во многом определило и определяет ее новейшую историю. В этом же году был подписан приказ Минздрава России № 294 от 30. 10. 1995 г. о «Психиатрической и психотерапевтической помощи», устанавливающий, среди прочего, должность врача-психотерапевта из расчета 1 ставка на 50 коек общепсихиатрического отделения, и таким образом психотерапия получила официальное признание в системе стационарной психиатрической помощи населению. Это событие явилось по-своему революционным, поскольку долгое время, в особенности в советской психиатрии, главенствовал редукционистский биологический подход в понимании и лечении психических расстройств, который надо, к сожалению признать, во многих больницах и клиниках сохраняется до сих пор. Если в так называемой малой психиатрии психотерапии отводится ведущее место как методу лечения, то психотерапия психозов, несмотря на общепризнанный факт, что эффективность фармакотерапии во многом определяется особенностями комплайенса, характером отношений между врачом и пациентом и пониманием особенностей личности больного, многими ведущими психиатрами нашей страны (т. е. теми, чье профессиональное мировоззрение сформировалось в эпоху СССР) воспринимается практически как альтернативная медицина, граничащая с парапсихологией. Нередко такое отношение скрывает страх и некоторую беспомощность, связанную с недостатком знаний и отсутствием возможности их получения. Упомянутый приказ, с одной стороны, открыл двери для психотерапевтов в психиатрические больницы, а с другой стороны, поставил сложнейшую задачу подготовки кадров и создания эффективно работающих моделей, в решении которых немецкие коллеги с их многолетним практическим опытом могли оказать неоценимую помощь и поддержку.

В 1996 г. издается Указ Президента Российской Федерации «О возрождении и развитии психоанализа в России», что само по себе открыло новые перспективы развития психотерапии как специальности в стране. После выхода указа была создана рабочая группа при Министерстве науки и технологий Российской Федерации по его реализации, председателем которой стал М. М. Кабанов, а одним из заместителей и руководителем группы терапевтического психоанализа. Б. Д. Карвасарский. В разработке программы приняли участие более 20 ведущих научных центров России, в том числе Институт им. В. М. Бехтерева и Государственный научный центр социальной

и судебной психиатрии им В. П. Сербского. Психиатрия была признана одним из трех основных направлений в психотерапии, наряду с гуманистическим и когнитивно-поведенческим. Остро встал вопрос нехватки специалистов, поскольку аналитики, имеющие право заниматься обучением других, должны соответствовать определенным стандартам, прежде всего касающимся достаточного стажа собственного учебного анализа, часов супервизии клинических случаев. Если вспомнить о том, что на протяжении десятилетий психоанализ в СССР был негласно запрещен, то специалисты такого уровня не могли появиться в одночасье и здесь, конечно, Немецкая академия психоанализа оказала заметную помощь российской психотерапии. В рамках договора о совместном сотрудничестве немецкие коллеги взяли на себя обучение пяти российских психотерапевтов, в том числе двух из Института им. В. М. Бехтерева в соответствии с общепринятыми государственными стандартами в Германии. Руководитель отделения восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева В. Д. Вид стал первым сертифицированным психоаналитиком в России.

10 мая 1996 г. в Мюнхене состоялось торжественное заседание по случаю 20-летия Клиники динамической психиатрии Ментершвайге; эта дата была приурочена к 78-летию со дня рождения основателя клиники G. Ammon. На заседании присутствовала делегация из России в составе М. М. Кабанова, Б. Д. Карвасарского, Б. С. Положего и В. Д. Вида, которые в своих выступлениях подчеркнули значение клиники как эффективной терапевтической модели, а также вклад G. Ammon в развитие сотрудничества между двумя странами еще в тот период, когда они были разделены так называемым «железным занавесом». В докладах выступавших было подчеркнуто место динамической психиатрии в современной психиатрии и психотерапии, отмечен непростой исторический путь, который ей пришлось пройти, добиваясь признания, была показана общность ее основных положений с базовыми аспектами концепции реабилитации, разработанной в Институте им. В. М. Бехтерева. Б. Д. Карвасарский сделал доклад «Влияние динамической психиатрии на развитие стационарной психотерапевтической помощи в России». Была представлена недавно изданная на русском языке книга G. Ammon «Динамическая психиатрия», дающая возможность широкому кругу российских специалистов познакомиться с его концепцией.

В июне 1996 г. в Институте им. В. М. Бехтерева совместно с Всемирной организацией здравоохранения, шведским Министерством здравоохранения и финским Фондом Гилленберга состоялся международный конгресс «Кризис в обществе и здоровье в стремительно меняющемся мире — этиология, патогенез, профилактика». В конгрессе приняли участие руководитель Клиники Ментершвайге M. Ammon и сотрудник клиники G. Wolfrum. В своем докладе «Кризис в обществе — трудности и возможности» M. Ammon подчеркнула, что кризисы помимо трудностей содержат в себе возможности изменений и улучшений, которые важно видеть и использовать. Приезд в Россию послужил дальнейшему углублению совместного сотрудничества, в котором основной акцент переместился на практическую терапевтическую работу, в частности, немецкие коллеги посетили Новгородскую психиатрическую больницу, в которой было запланировано открытие отделения динамической психиатрии; были обсуждены дальнейшие шаги на пути осуществления этого проекта, в частности, приглашение сотрудников новгородской больницы в Клинику Ментершвайге для стажировки и обучения. Во время конгресса был подписан договор о сотрудничестве с Государственным научным центром социальной и судебной психиатрии им. В. П.

Сербского, с целью совместной разработки базисной документации, а также с Институтом им. В. М. Бехтерева о дальнейшем развитии и совершенствовании русской версии ISTA.

В марте 1997 г. в Мюнхене состоялся 11-й конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Динамическая психиатрия сегодня, интеграция психотерапии в психиатрию», что оказалось необычайно созвучным с актуальными задачами российского здравоохранения в области психотерапии. В Мюнхен впервые приехала делегация Российской психотерапевтической ассоциации, в состав которой вошли руководители региональных отделений Оренбургской, Новгородской, Челябинской областей, а также главные врачи крупных районных психиатрических больниц и молодые психотерапевты. Таким образом, российская делегация стала самой многочисленной из всех иностранных участников и можно говорить о том, что сотрудничество перешло на общероссийский уровень. Помимо участия в конгрессе, 6 человек провели после него неделю в Клинике Ментершвайге с целью знакомства с организацией терапевтического сообщества для последующего внедрения полученного опыта непосредственно на местах. В своем выступлении на конгрессе главный психиатр Минздрава России Б. А. Казаковцев, в частности, отметил значение для развития психотерапии в психиатрии Российской психотерапевтической ассоциации. Он подчеркнул научно-практическое значение терапевтических моделей динамической психиатрии. В совместном докладе Б. Д. Карвасарского и Р. К. Назырова на конгрессе было представлено развитие психотерапевтической службы в России, а также возникающие в связи с этим задачи, для решения которых может активно использоваться опыт школы G. Aamon, в том числе в организации более привычной в русской терминологии бригадной формы работы. В иностранной литературе, в том числе и в немецкой, используется понятие командного взаимодействия, так как между участниками возникают отношения, обусловленные их личными особенностями и описываемые в терминах групповой динамики, что важно учитывать. Понятие же «бригады», скорее, ограничивается чисто рабочими отношениями. Опыт организации слаженной работы психиатра, медицинского психолога, социальных работников и среднего медицинского и вспомогательного персонала с учетом взаимовлияния и групповой динамики различных подгрупп в Клинике Ментершвайге представлял несомненный интерес для использования в российской психотерапевтической службе. Терапевтическая концепция Клиники Ментершвайге могла быть применена при организации психотерапевтических отделений в психиатрических стационарах России. Во время работы конгресса состоялся ряд встреч, на которых обсуждались перспективы дальнейшего сотрудничества, в частности, было достигнуто соглашение об обучении врачей и психологов Института им. В. М. Бехтерева по психоанализу и о поддержке Немецкой академией психоанализа организации отделения милеи-терапии в Институте им. В. М. Бехтерева. Также состоялась встреча с делегацией Российской психотерапевтической ассоциации, на которой был обсужден проект договора о сотрудничестве и обучении, включая открытие в перспективе отделений динамической психиатрии в ряде регионов России.

Для реализации проекта по использованию опыта динамической психиатрии в концепцию работы одного из отделений Института им. В. М. Бехтерева, в качестве первого шага было предусмотрено внедрение милеи-терапии. С этой целью с 25 июня по 13 июля 1997 г. С. Г. Баженова (впоследствии главный врач института) и Н. Б.

Лутова (заведующая отделением) были направлены в Клинику Ментершвайге для непосредственного участия в терапевтической программе клиники, изучения принципов групповой динамики в функционировании терапевтического сообщества. Ответный визит немецких коллег в Санкт-Петербург состоялся в сентябре того же года. Дипломированные психологи и опытные милие-терапевты клиники М. Dworschak и М. Borasiak провели 3 недели в отделении восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева, где они вместе с российскими коллегами участвовали в милие-терапии, работали над проектом. Помимо этого, они посетили Новгород, где на базе медицинского факультета местного университета провели 5-часовой семинар «Милие-терапия — теория и практика». Был подготовлен проект договора о сотрудничестве между Новгородским отделом здравоохранения, городской психиатрической больницей, Российской психотерапевтической ассоциацией и Немецкой академией психоанализа.

В 1997 г. в Ижевске состоялся конгресс по транскультуральной психиатрии «Этнические и культуральные вопросы психиатрии». По приглашению Государственного научного центра по социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского в нем приняли участие психологи из Мюнхена G. Wolfram и G. Finke, которые зачитали работу М. Ammon по основам теории и практики динамической психиатрии, а также совместную работу по факторам риска психических заболеваний в Германии.

В рамках развития сотрудничества с российскими психотерапевтами с целью подготовки кадров для отделений динамической психиатрии в 1998 г. в Клинике Ментершвайге прошли стажировку по освоению милие-терапии непосредственно на рабочем месте два психотерапевта из Челябинска, которые затем были приняты на обучение психоанализу.

Включение в программы обмена специалистами молодых сотрудников, владеющих немецким языком, с несформированным стилем работы, которые, проходя стажировку на этапе освоения профессиональных навыков, могли органично интегрировать идеи динамической психиатрии в свою работу и свое профессиональное мировоззрение, позволило не только познакомиться с терапевтической концепцией Клиники Ментершвайге, но и стать полноправными членами терапевтической бригады. На этом этапе сотрудничества терапевтическая работа в динамической психиатрии стала частью профессионального и личного опыта российских специалистов. Появилась возможность вместе с немецкими коллегами разрешать сложные, подчас критические и непредсказуемые групповые ситуации, углубленно изучать феномен «отзеркаливания», умелое обращение с которым относится к одной из наиболее сильных и разработанных сторон динамической психиатрии. Под «отзеркаливанием» понимаются сложные взаимозависимые, реципрокные отношения с делегированием эмоционального напряжения и актуальной групподинамической ситуацией между группой пациентов и бригадой терапевтов. Именно эти взаимовлияния различных подгрупп относились к числу еще недостаточно разработанных в отечественной психотерапии, и использование немецкого опыта могло иметь значение в практической деятельности на местах, а также при обучении психотерапевтов и в супервизионной работе.

В мае 1998 г. в Берлине состоялся симпозиум, посвященный 80-летию со дня рождения G. Ammon «Этика в динамической психиатрии» и семинар Всемирной психиатрической ассоциации по правовым и этическим аспектам экспериментальных

исследований в медицине. В симпозиуме приняла участие российская делегация. Было представлено понимание этики в российской психиатрии и, прежде всего, ее профессиональных аспектов, которые в психиатрии трудно отделимы от общечеловеческих.

В 1998 г. вышла монография М. М. Кабанова «Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия», в которой отдельная глава посвящена сравнению концепций реабилитации и динамической психиатрии. Автор подчеркивает, что начало знакомства Института им. В. М. Бехтерева — головного учреждения России по медицинской психологии и психотерапии — с динамической психиатрией связано с именем G. Ammon. Его концепция динамической психиатрии, изложенная в многочисленных монографиях и статьях, упала на благодатную почву идей реабилитации, разработанных в Институте им. В. М. Бехтерева. Обе эти концепции имеют много общего, в частности, в их основе — примат человеческого «Я», сознательного и бессознательного в определении сущности подхода к психически больным, во многом опирающиеся на методологию социально-трудовой реабилитации. Методы работы в Институте им. В. М. Бехтерева и в Клинике Ментершвайге сходны, несмотря на ряд клиничко-теоретических различий. В меньшей степени используется психоаналитическая психотерапия, вместе с тем, применяются самые разнообразные методы психосоциальных воздействий — индивидуальных и групповых.

М. М. Кабанов в своей книге пишет: «Уже тогда мы увидели общие точки соприкосновения наших взглядов в области психиатрии и психотерапии. С пользой для себя я отметил, что некоторые положения фрейдистского психоанализа были подвергнуты Немецкой академией психоанализа существенному пересмотру и переработке. G. Ammon было разработано, вписывающееся в наше понимание концепции реабилитации, понятие «социальной энергии», уделяется много внимания использованию групповой динамики в системе отношений «Я-другой», — одному из основных положений психологии, которое в России долгие годы развивали в разных аспектах М. М. Бахтин, В. Н. Мясищев и др. ... Социальная энергия в понимании G. Ammon это один из основных постулатов теории и практики динамической психиатрии. Она заменяет интраиндивидуально-биологическое либидо S. Freud межчеловечески генерирующейся, зависящей от отдельных групп, энергией. Таким образом, социальная энергия перестала быть психической константой, повинующейся как бы термодинамическим законам, а стала зависимой от актуальной групповой динамики и поэтому может изменяться. Реализация в психо- и социотерапевтической практике этого положения (групповая психотерапия, лечение средой, занятостью) показала высокую эффективность подобного подхода при лечении широкого круга психических расстройств... Работа Клиники Ментершвайге во многом перекликается с деятельностью созданного в 1966 г. в Институте им. В. М. Бехтерева отделения восстановительного лечения и реабилитации психически больных».

В марте 1999 г. в Берлине состоялся 12-й конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Шизофрения и пограничные расстройства». В работе конгресса приняла участие большая делегация из России, в ее состав традиционно вошли представители Института им. В. М. Бехтерева, Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, а также руководители региональных отделений Российской психотерапевтической ассоциации, психотерапевты из Оренбурга, Новгорода, Челябинска. Всего в Берлин приехало 26 специали-

стов из России. Как обычно встреча на конгрессе стала поводом для обсуждения дальнейших планов двустороннего сотрудничества. По окончании работы конгресса руководитель регионального Оренбургского отделения Российской психотерапевтической ассоциации С. М. Бабин и заведующая отделения неврозов Оренбургской городской больницы Т. А. Тсвелева провели неделю в Клинике Ментершвайге. За это время они познакомились с организацией работы в клинике, был запланирован приезд немецких коллег в Оренбург для обучения динамической психиатрии, на встречах обсуждался вопрос об открытии отделения динамической психиатрии в одной из крупных Оренбургских психиатрических больниц в Старице. Сотрудник Института им. В. М. Бехтерева В. В. Зайцев был награжден почетным призом им. G. Ammon за представленную на конкурс работу «Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни у больных шизофренией». Он стал первым лауреатом этой почетной награды, которая была учреждена в память о G. Ammon. Было решено присуждать ее ученым за крупный вклад в исследования и теорию динамической психиатрии.

Следующая встреча с немецкими коллегами состоялась во время конференции «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике», организованной Российской психотерапевтической ассоциацией (25-28 мая 1999 г., Иваново). В ней приняли участие I. Burbiel и G. von Bulow. На этой конференции они представили доклады о системе обучения и месте психоанализа в психотерапии, а также об изменениях и последствиях принятия в Германии закона о специальности психолог-психотерапевт, который формально уравнивает в полномочиях врача психотерапевта и психолога-психотерапевта. В своем выступлении I. Burbiel рассказала не только о возможностях, которые открывает новый закон для психолога, но и связанных с ним сложностях для этих специалистов.

В журнале «Динамическая психиатрия» (№ 176/179, 1999) была опубликована выдержка из письма Министерства здравоохранения Российской Федерации в Министерство здравоохранения Германии за подписью министра здравоохранения В. И. Стародубова, в котором выражается благодарность Немецкой академии психоанализа за проявленную инициативу в области образования российских специалистов.

Продолжался обмен сотрудниками Института им. В. М. Бехтерева и Клиники Ментершвайге. В октябре 1999 г. в течение двух недель в Мюнхене находились сотрудники отделения восстановительной терапии психически больных института Н. Б. Лутова и И. Н. Петровская с целью детального изучения особенностей работы в клинике динамической психиатрии и обмена уже накопленным опытом, а в начале ноября 1999 г. состоялся запланированный приезд двух немецких специалистов, G. Wolfram и руководителя среднего медперсонала Н. Krtiger в Новгород, в Отделение динамической психиатрии, открытое там на базе психиатрической больницы. Работая совместно с российскими коллегами, они провели обучение по миле-терапии, обсудили возникающие в этой работе сложности, а также отметили успехи своих новгородских коллег. После этого 3 дня они были в Институте им. В. М. Бехтерева, где прошел интенсивный обмен опытом (в отделении восстановительной терапии психически больных), в том числе по применению миле-терапии, который лег в основу опубликованной в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 176/179, 1999) статьи С. Г. Баженовой, В. Д. Вида и Н. Б. Лутовой «Специфические терапевтические эффекты миле-терапии по G. Ammon».

В конце ноября 1999 г. психиатр Е. Fabian и психолог М. Rcttenbergс из Клиники Ментершвайге провели в Оренбурге недельный обучающий цикл по основам динамической психиатрии, включающий лекции, семинары, а также практические занятия по экспрессивным методам терапии, на котором присутствовало более 100 специалистов врачей и медицинских психологов со всего региона. В Оренбурге же было переведено на русский язык методическое пособие М. Dworschak и В. Richarz по миле-терапии, рекомендованное Всемирной организацией здравоохранения.

В январе 2000 г. в Клинике Ментершвайге состоялась рабочая встреча участников мультицентровых исследований. Ученые из Санкт-Петербурга, Москвы, Тель-Авива прибыли на неделю в Мюнхен для дальнейшей разработки эксперимента. В проекте приняли участие М. М. Кабанов, В. Д. Вид, Ю. А. Александровский, Б. С. Положий, А. Коп, S. Туапо, I. Burbiel, M. Amnion, G. Wolfram, G. Finke. Было решено начать в марте 2000 г. пилотажные исследования в каждом из центров.

В апреле 2000 г. в рамках договора о сотрудничестве между Российской психотерапевтической ассоциацией и Немецкой академией психоанализа Клинику Ментершвайге с недельным визитом посетили С. М. Бабин, М. И. Шлафер и Л. М. Портнов из Оренбурга с целью изучения особенностей терапевтической работы в динамической психиатрии с углубленным изучением миле-терапии. Они привезли с собой видеоматериалы с опытом своей работы в отделении Динамической психиатрии (психотерапии) 2-й Оренбургской областной психиатрической больницы.

Осенью того же года в Клинике Ментершвайге побывали врач и медицинский психолог из Отделения динамической психиатрии Новгородской областной психиатрической больницы с целью обмена опытом и изучения отдельных аспектов проведения миле-терапии непосредственно в клинике.

В декабре 2000 г. в Институте им. В. М. Бехтерева состоялся конгресс, посвященной оценке качества жизни. От Немецкой академии психоанализа с докладом на нем выступила психолог и руководитель миле-терапии Клиники Ментершвайге М. Dworschak «Качество жизни и гуманструктуральная миле-терапия». Помимо этого, она провела семинар повышения квалификации по миле-терапии в Отделении динамической психиатрии Новгородской областной психиатрической больницы.

В этом же году вышла в свет на русском языке монография G. Ammon «Психосоматическая медицина».

В марте 2001 г. в Университете Людвиг-Максимилиана в Мюнхене прошел 13-й конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Роль группы в норме и патологии», в котором участвовала большая делегация из России. В своих докладах российские участники уже смогли поделиться опытом работы в области динамической психиатрии, на стенде были представлены приветствия оренбургских пациентов отделения Динамической психиатрии (психотерапии), что произвело большое впечатление, в особенности на немецких коллег.

В 2001 г. исполнилось 75 лет президенту Всемирной ассоциации динамической психиатрии М. М. Кабанову. На церемонии открытия конгресса ему была вручена золотая медаль Немецкой академии психоанализа за заслуги по интеграции психиатрии и психотерапии, его активность в деле гуманизации психиатрии. Ему был посвящен 186/187 № «Динамической психиатрии». В вышедшем в России юбилейном сборнике по проблемам реабилитации, концепцию которой М. М. Кабанов разрабатывал и вне-

дрял в медицину в течение практически всей своей жизни, были представлены работы немецких специалистов.

В состоявшейся в октябре 2001 г. конференции с международным участием в Институте им. В. М. Бехтерева «Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе» впервые приняли участие молодые специалисты Немецкой академии психоанализа, подростковые психотерапевты, которые поделились своим опытом работы с трудными подростками.

В январе 2002 г. в Клинике Ментершвайгс с недельным визитом находились Ю. Я. Тупицын и В. В. Бочаров, которые обсудили планы дальнейших совместных научных исследований, а также представили материалы по ISTA и Методику оценки психического здоровья, (разработанную на основе Я-структурного теста Аммона). Новая методика российских ученых позволяет оценивать имеющийся у индивида потенциал личностных ресурсов, что имеет существенное значение для выбора терапевтической стратегии и лечебного прогноза.

В октябре 2002 г. в Институте им. В. М. Бехтерева состоялась конференция «Современные проблемы психоневрологии», в которой участвовали I. Burbiel и M. Amnion. Так как к этому времени М. М. Кабанова на посту директора Института им. В. М. Бехтерева сменил Н. Г. Незнанов, лично знакомый с немецкой школой динамической психиатрии, неоднократно участвовавший в конгрессах Всемирной ассоциации динамической психиатрии, то во время встречи были обсуждены дальнейшие перспективы совместной деятельности.

В мае 2003 г. во время визита М. М. Кабанова и Н. Г. Незнанова в Германию обсуждался план подготовки очередного конгресса Всемирной ассоциации динамической психиатрии, который должен состояться в 2005 г. в Кракове (Польша), а также дальнейший план совместной работы, включающий издание данной монографии, окончание и защиту в Институте им. В. М. Бехтерева докторских диссертаций ведущими специалистами Клиники Ментершвайгс I. Burbiel и M. Amnion.

Даже краткое изложение исторических предпосылок и основных вех научного сотрудничества двух стран указывает на большой объем совместной работы, проделанной российскими и немецкими учеными, целесообразность ее продолжения, а также ознакомления путем публикации совместной монографии российских психиатров, психотерапевтов, психологов и других специалистов с динамической психиатрией — одним из перспективных направлений современной психиатрической науки и практики.

2. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ Г. АММОНА

2.1. История развития динамической психиатрии

Динамическая психиатрия — это интегративная концепция, которая связывает друг с другом психиатрию, психоанализ и групповую динамику и представляет собою дальнейшее развитие психологии «Я» и объектной психологии в межличностной концепции и системном понимании.

На развитие динамической психиатрии большое влияние оказал в XIX в. W. Griesinger (1817-1868), так как он уже описывал психические процессы, считал реальностью единство тела и души и в соответствии с этим — необходимость в ходе лечения воздействовать на обе плоскости. XIX в. прошел под знаком первых шагов динамической психиатрии, интереса к необычным патологическим состояниям, дуалистического представления о душе, соотношения тела и души, сознательного и бессознательного «Я», с пониманием роли психогенетических факторов при психических болезнях и применением определённых психотерапевтических методов. Здесь следует упомянуть J. M. Charcot, P. Janet, H. Bernheim. S. Freud принадлежит открытие динамики бессознательного. Тем самым он обогатил знания о психическом поведении неизвестными прежде явлениями. С помощью психоанализа, через межличностную связь между врачом и пациентом, принимая во внимание перенос и сопротивление, удалось сделать более доступным для понимания неясное поведение пациентов. Пациент больше не являлся объектом или носителем болезни, напротив, он становился субъектом, который в процессе коммуникации между пациентом и врачом рассматривался как партнёр в совместных усилиях, направленных на излечение.

Тем самым появилась возможность осознания межличностного процесса. Однако S. Freud связывал свою методику только с исследованием и лечением невротических расстройств; психические болезни он понимал как нарциссические неврозы и считал их не поддающимися лечению методами психоанализа, поскольку эти пациенты не были способны к развитию явления переноса.

Однако его ученики уже занимались психоаналитическим исследованием психозов. Это прежде всего касается C. G. Jung, P. Federn, S. Ferenczi, K. Abraham и E. Simmel. В англосаксонских странах психиатры с интересом восприняли и интегрировали психоанализ, особенно после выезда психоаналитиков из Германии в период фашизма.

Пионерами в этой области являлись F. Fromm-Reichman и особенно H. S. Sullivan, который разработал теорию и практику межличностной психологии. Кроме того, институт и клиника психиатрии в Топике (США), созданные K. и W. Menninger, стали центром основанной на психоанализе психиатрии, которую они

вместе с F. G. Alexander, первым предложившим этот термин, назвали динамической психиатрией.

Сочетание психиатрического и психоаналитического опыта и методов привело к развитию более дифференцированных психотерапевтических лечебных подходов, таких, как групповая и миле-терапия, невербальные формы терапии. Благодаря этому, удалось не только уточнить этиологию и динамику психических заболеваний, но появилась возможность проведения реабилитации и ресоциализации больных. В результате применения психофармакотерапии показанием к лечению методами психотерапии стали и тяжёлые психические заболевания.

В историческом плане в Германии со времён S. Freud психиатрия и психотерапия развивались в значительном отрыве друг от друга. Первые ужасающие результаты обследования 1975 г. психиатрического и психотерапевтического обслуживания в Германии стали стимулом к проведению реформ. Помимо уменьшения размеров клиник и развития сети амбулаторных и комплиментарных (взаимодополняющих) учреждений, требования Комитета экспертов предусматривали значительно большую терапевтическую направленность обучения и повышения квалификации всего психиатрического персонала, привлечение психологов и социальных работников к психосоциальному обслуживанию больных. В связи с реформой в психиатрии G. Ammon (1991) высказал следующие требования к науке о лечении: она должна располагать заложенным в её основе образом человека, обладать пониманием болезни и здоровья, а также иметь теорию и методику различных вербальных и невербальных методов психотерапии, психологическую диагностику с исследованиями эффективности, теории и практику повышения квалификации и переподготовки специалистов.

В последние годы интеграция психотерапии в психиатрию усилилась. Так, Н.-Р. Kapfhammer (1995) пишет, что дополнительная подготовка в психиатрии должна включать в себя фундаментальные теоретические и практические знания, касающиеся различных методов психотерапии — психоаналитических, когнитивных, поведенческих и др. Согласно D. Mattke и др. (1996), интерперсональную модель Н. S. Sullivan следует привлечь как теоретическую основу для групповой психотерапии в психиатрии, так же, как и различные другие теоретические направления: биологические, индивидуально-психологические, межличностные и социологические. Однако существует опасность последовательного применения различных методов терапии. Возникающий вследствие этого эклектицизм представляет собой трудность при сочетании психиатрических и психотерапевтических методов лечения психически больных. Так, G. Ammon в 1994 г. писал, что как раз в случае пограничных больных (Borderline Patienten), ориентированный на симптомы, эклектически интегрирующий методы, вариант психотерапии не может помочь пациентам в их страдании. Такая психотерапия с ее меняющимися методами точно удовлетворяет тому, что эти больные обнаруживают симптоматически, и перемена в методике как раз служила бы их бессознательному сопротивлению, которое оставляет незатронутым их центральное «Я» и тем самым их подлинное страдание, а именно их внутреннюю пустоту, их покинутость и их изоляцию. S. Scheidlinger (1991) указывает также, что в последнее десятилетие идеологических разногласий становятся популярными теоретический плюрализм и практический эклектицизм.

A. Albeniz и J. Holmes (1996) критикуют интеграцию психотерапии в психиатрию как слишком широкое понятие, которое означало бы эклектический выбор раз-

личных методов. Здесь необходима интеграция на практике. Они утверждают, что, хотя терапевтические направления должны тесно сотрудничать между собой, но всё же сохранять свою собственную идентичность.

В динамической психиатрии, в том виде, какой её разработал G. Ammon после своего возвращения из Америки в 1965 г., он осуществил интеграцию развитой далее психоаналитически-гуманструктуральной концепции с психиатрией и групповой динамикой. О самой сути интеграции он писал (1994): «Интеграция должна показать себя через новое направление мышления, новую концепцию, альтернативу прежнему мышлению в отношении тех же самых клинических фактов. В таких рамках я разработал динамическую психиатрию как самостоятельную интегрированную научную область. На место концепции инстинктов традиционного психоанализа пришла модель социальной энергии как энергии из группы, а на место топографической модели Я, Оно, Сверх-Я — гуманструктуральная модель».

2.2. Основные понятия

Динамическая психиатрия по G. Ammon имеет свои теоретические и практические корни в фрейдистском психоанализе с пониманием размерности бессознательного, феноменов переноса и контрпереноса и процессом сопротивления. Кроме того, её истоки лежат в Я-психологии (Hartmann H., Kris E., Loewenstein R., 1946) с понятием свободной от конфликтов сферы «Я», в объектной школе с понятием интернализированных объектов (Winnicott D. W., 1965; Balint M., 1955) и межличностных концепций H. S. Sullivan (1946) и F. Fromm-Reichmann (1959). В ней особенно используются системно-теоретические и групподинамические направления (Bertalanffy L. von, 1950; Lewin K., 1963). Создание собственной теоретической концепции началось G. Ammon с нового определения агрессии, когда он отошёл от фрейдистского понимания инстинктов и дал определение агрессии как подлинно конструктивной силы и особой гуманфункции, которая развивается во взаимозависимости с окружающей группой и глубоко коренится в бессознательном.

2.2.1. Понятие агрессии в динамической психиатрии

Агрессия понимается в значении слова «adgredi» (лат. подходить, нападать), т. е. как активный подход к вещам и людям, и как принцип первичной направленности человека на окружающий мир и его открытости окружающему миру, его потребностей во впечатлениях, контактах и отношениях (Ammon G., 1976). Это и установление контакта, способность к отношениям и привязанности, активное любопытство, исследование и настойчивость, удерживание отношений и целей. Концепция включает в себя и потенциал активности человека, способность адекватно использовать его в вышеопределённом смысле. При этом развитие гуманфункции агрессии, так же, как и других гуманфункций, всегда понимается в зависимости от групподинамического контекста человека и в тесной связи с бессознательным.

Развитие конструктивной агрессии поддается пониманию только в рамках раннего симбиоза матери и ребёнка. Если мать, отец и первичная группа враждебно или равнодушно противостоят развитию личности ребёнка и его игровому освоению действительности, то существенные части детской Я-структуры остаются неструктурированными. На психодинамическом уровне это означает родительскую дест-

руктивную агрессию в отношении развития личности ребенка и отражает интернализированный запрет на идентичность родителями, которые из-за собственных архаических страхов покинутости нуждаются в ребёнке для компенсации своих Я-структурных дефектов. Таким образом, деструктивная агрессия — это выражение интернализированной родительской враждебности, которая препятствует детским потребностям в жизни и идентичности. Она понимается как реактивная деформация первоначально конструктивной агрессии. Отношения с людьми, задачами и целями не поддерживаются и сохраняются, а деструктивно обрываются или разрушаются. Дефицитарная агрессия является причиной депрессии, непрожитой жизни («отсутствия жизни при жизни»). Направленная вовнутрь деструктивная агрессия ведёт к экстремальному ограничению «Я» и идентичности. Дефицитарная агрессия является причиной полной неспособности к приобретению опыта и к развитию.

Следовательно, конструктивная агрессия означает способность вступать в отношения с другими людьми, сохранять и поддерживать с ними контакты продолжительное время и вопреки трудностям. Конструктивно агрессивный человек принципиально любопытен, он активно старается формировать свои жизненные условия и всегда в состоянии высказывать свою точку зрения, цели и защищать их. Он стремится приобрести новый опыт, открыт другим людям и впечатлениям, способен вступать в дискуссии и доводить их до конца, в состоянии образовывать вокруг себя группы на работе и в своём частном кругу и находить союзников или соратников для своих целей.

При деструктивной агрессии на переднем плане стоит элемент разрыва отношений и контактов. Хотя в наличии имеется потенциал активности, но он разрегулирован. Дисрегуляция при внешней направленности выражается в вербальном проявлении злобы, угрозы вплоть до насилия, а будучи направленной вовнутрь — в мучительной ярости, разрушительных фантазиях, эмоциональном и мысленном обесценивании других людей, а также в чувствах мести и в цинизме. Разрушительные импульсы могут также быть делегированы экстремистским организациям и идеологиям. Если деструктивная агрессия не находит внешней цели, то она направляется против собственной личности. Следствием этого является деструктивное поведение в виде несчастных случаев, самоповреждения, суицида, деградации или наркомании. Будучи направленным вовнутрь разрушением, деструктивная агрессия значительно способствует развитию психосоматических заболеваний и может тогда учитываться только лишь в её дефицитарном качестве.

Дефицитарная агрессия определяется отсутствием контактов, потребностей, целей, интересов, помыслов, стремлений. Это выражается в пассивной отстранённости от обстоятельств и людей, в чувствах внутренней пустоты, частых приступах скуки и в неспособности выразить свои чувства и потребности в отношении других людей. Реальной конфронтации не происходит, и она заменяется мечтами и фантазиями. Человек с дефицитарной агрессией страдает от чувства вины, при конфликтах не защищает свои интересы, в ситуациях соперничества и непосредственно после них быстро уступает. При дефицитарной агрессии человек не способен к установлению отношений. Отсутствие отношений с окружающим миром ведёт к появлению чувств безучастности и внутренней пустоты, типичных для депрессии.

В клинической области деструктивное качество имеет принципиально различную характеристику в зависимости от гуманструктуры (личностного профиля),

иными словами, от конструктивного потенциала или высокого дефицита других Я-функций.

2.2.2. Понятие бессознательного в динамической психиатрии

Бессознательное получило новое содержание, данное ему G. Ammon (1978), также с отходом от фрейдистского представления, как местоположение креативных (творческих) сил человека, в котором закреплён потенциал развивающихся и развившихся гуманитарных функций личности. Тем самым бессознательное рассматривается как изначально данная конструктивная сила. Она образует динамическое ядро развития идентичности и представляет собой структурную и качественную размерность. Бессознательное образует конструктивный элемент, который обуславливает первичную, центральную и вторичную гуманитарную структуры. Психофизиологические же области ядра «Я», представляющие из себя основу первичных функций «Я» также развиваются в психосоциальном контексте группы, начиная с детского возраста.

Таким образом, бессознательный потенциал и физическое развитие следует с самого начала понимать в групподинамическом и межличностном плане. В результате бессознательное рассматривается не в фрейдистском смысле, как место расположения инстинктов, а как креативный и конструктивный потенциал идентичности.

Бессознательное, идентичность, структуру «Я» и группу необходимо понимать как теоретическое целое, элементы которого динамически, качественно и структурно связаны между собой. На бессознательное человека и возможности его развития влияет окружающая группа. Бессознательная интернализованная групповая динамика ранней первичной группы может способствовать развитию идентичности, но также и ограничивать её. Бессознательный структурный дефицит развивается на почве интернализованной деструктивной агрессии со стороны первичной группы, которая ограничивала потенциал развития ребёнка. Бессознательное охватывает весь спектр отношений раннего детства человека. Чем больше бессознательно заложенных возможностей для развития ребёнка допускает первичная группа, тем больше потенциала для расширения своих бессознательных структур имеется в распоряжении человека в дальнейшем.

В соответствии с этим пониманием, деструктивные интернализованные процессы развития идентичности могут быть использованы через посредство корректирующего групподинамического опыта при лечении для Я-структурного развития бессознательного. Терапевтически действенный конструктивный опыт может способствовать наверстывающему развитию «Я».

2.2.3. Понятие креативности в динамической психиатрии

При помощи нового определения креативности G. Ammon смог отказаться от фрейдистской теории сублимации, которая основывается на подавлении инстинктов в пользу культуральных достижений. По S. Freud (1908), «способность заменять первоначально сексуальную цель на другую, уже не сексуальную, но психически родственную ей, называют сублимацией». В 1930 г. он высказывается об этом следующим образом: «Сублимация инстинктов является примечательной особенностью развития культуры, она даёт возможность высшим формам психической деятельности — научным, художественным, идеологическим — играть такую важную роль в культурной жизни».

Е. Glover (1958) также определяет процесс сублимации, исходя из теории инстинктов: «Что касается сублимации мы можем сказать, что, с динамической точки зрения она является формой десексуализации инстинктов, сохраняющей энергию, которая нужна, чтобы поддерживать постоянный процесс сдерживания и торможения, высвобождающей энергию для нелибидинозных целей. Ее клинические проявления основываются на механизме символической идентификации смещения и замещения».

Г. Amnion в 1974 г. рассматривает терапевтическую работу как созидательно-творческое действие, причём он считает креативными достижениями следующие процессы:

1. Творческое достижение из-за переносной любви.
2. Творческое достижение как сопротивление против определенных аналитических заданий.
3. Творческое достижение как формирование реакции.
4. Выполнение творческого труда, который он понимает в виде сублимации как специфический защитный механизм.
5. Креативное достижение, которое осуществляется при прекращении вытеснения.
6. Творческое достижение как результат навёрстывания развития «Я» и автономии «Я».

Это наверстывание в психоаналитической работе рассматривается им как главный фактор в развитии креативности. Креативность — это первично заданная Я-функция, причем креативный акт или креативный процесс взаимосвязан с особым состоянием «Я». В креативном «Я» границы «Я» могут быть широко открыты. Это состояние между бодрствованием и сном Г. Amnion определяет как третичный процесс мышления.

Креативность не зависит от художественного или артистического достижения, но дана каждому человеку как присущая ему Я-функция, так что он в зависимости от окружающей группы, с которой живет, может выразить в креативном образе свою жизнь, чувства и личность.

2.3. Гуманструктуральная модель личности

Исходя из этого нового взгляда на агрессию и креативность и новое определение бессознательного в креативном значении, Г. Amnion развил свою собственную концепцию личности, которую он представил в 1976 г. как гуманструктуральную модель. При этом он понимает гуманструктурологию как абстракцию энергетических, динамических, структуральных и генетических процессов. В психоаналитической Я-психологии, которую разработали Н. Hartmann, Е. Kris, R. Loewenstein и др., исходят из первично данных автономных Я-аппаратов, которые образуют свободную от конфликтов Я-сферу. Н. Hartmann (1964) видит основу этой вторичной автономии «Я» в прогрессирующей нейтрализации либидинозной и агрессивной энергии. Согласно Н. Hartmann, нейтрализация и сублимация являются решающими процессами для развития «Я»: «помимо первичных автономных Эго-функций и до того, как Эго упрочилось как организация, первичные цели и функции попадают под влияние либидинозных и агрессивных факторов. В ходе развития их влияние

нейтрализуется, и они приобретают определённую степень автономии по отношению к подсознательным импульсам, что находится в постоянной взаимозависимости с процессами созревания. Вторичная автономия, безусловно, зависит от нейтрализации» (Hartmann Н., 1964). Автономию он определяет в этой связи как «стабильность Эго-функции или точнее — её сопротивляемость регрессу и инстинктуализации». Таким образом, Я-психология остаётся в основном привязанной к психоаналитическому пониманию инстинктов. Вопреки гипотезе о первично данной автономии Я-аппаратов, развитие «Я» понимается как процесс защиты от инстинктивных импульсов, а вторичная автономия — как непрерывная защита от инстинктивных потребностей.

G. Amnion (1992) понимает «Я-структуру», которую он обозначает как «гуман- и личностную структуру» в виде многомерной и целостной, т. е. она составлена из различных Я-функций и интегрируется в идентичность. Я-структуру или гуманструктуру он всегда понимает как развившуюся в отношениях с группой. При этом гуманфункции изначально заложены как основа «Я» и только в ходе развития, в результате интеракции ребёнка с матерью и с окружающей группой они формируются в функции «Я» или, иначе говоря, в гуманфункции. Функция определяется как направленная активность структуры. В этом смысле речь идёт об интеграции Я-психологии и аналитической групповой динамики. Развитие личности всегда совершается в соотнесённости с «Я» и группой. Здесь G. Amnion отказывается также от фрейдистского понятия либидо; это означает, что он определяет жизненную энергию и понимает ее не как сублимированную энергию инстинктов. В концепции социальной энергии люди не являются объектами инстинктивных влечений, а эмоции не являются Эгодистонными и не представляют опасность для «Я», но, напротив того, представляют из себя энергию, способствующую развитию.

Гуманструктуральная модель определяется как система первичных, вторичных и центральных гуманфункций. Гуманфункции составляют генетически функциональную иерархию, и их взаимозависимость образует совокупность гуманструктуры. Первичные гуманфункции охватывают все биологические и нейрофизиологические области человека, как например, центральную нервную систему, эндокринную систему и функции органов чувств. Вторичные гуманфункции суть «функциональные носители личности» (Amnion G., 1995). Они определяют поведение человека и сосредоточены главным образом на сознательном / осознанном уровне.

Ядро личности образуют центральные гуманфункции, которые зафиксированы в бессознательном, — агрессия, креативность, сексуальность, нарциссизм, страх, Я-отграничение, идентичность и т. д. При этом гуманфункция идентичности имеет первостепенное значение. Её задача состоит в том, чтобы динамизировать, интегрировать и соединить все гуманфункции друг с другом. В целом она составляет личность человека. Идентичность определяется как сумма всего историко-биографического опыта и идентификаций. Таким образом, идентичность есть сумма всех интернализованных групповых отношений, и как таковая она представляет собой функцию «Я». Это — интегративная центральная сила «Я». Её надлежит понимать одновременно как интегрирующую функцию и общую структуру. В динамической психиатрии она является центральным интегрирующим моментом, как в теоретической концепции, в представлении о человеке, так и в теории лечения, как цель всякого развития. Будучи актуальной целостностью личности, она находится в постоянном развитии. Идентич-

ность может обнаруживать конструктивные, деструктивные и дефицитарные тенденции. Человек с конструктивной идентичностью «гомеостатически уравновешен, имеет хорошую, связь со своим бессознательным, имеет идеи, собственную точку зрения, интегрированное ощущение самого себя, и вследствие этого, конструктивно проецируется на других людей. Человек с идентичностью будет специфическим образом вести себя в группах и сможет дать людям, вместе с которыми он находится в группах, понимание, доброту, помощь, подтверждение и конфронтацию» (Ammon G., 1994). Исходя из этого понимания, человек с конструктивной идентичностью сможет связать рациональное и эмоциональное, поставить в связь внешние и внутренние реальности, ставить себе цели и осуществлять их, так же как быть наедине с самим собой, не чувствуя одиночества, и уметь получать для своего развития социальную энергию из группы. На основании тесной связи гуманструктуры человека с группой, эта гуманструктура также наиболее ясно познаваема внутри группы.

Гуманструктуральная модель — это модель развития, концептуализированная как открытая система, которая постоянно изменяется и развивается в социально-энергетическом обмене с группой. В зависимости от того, как концептуализирована группа, гуманструктура ребенка может развиваться конструктивно, деструктивно или дефицитарно. Исходя из этого понимания, образовавшиеся дефициты гуманструктуры могут оказаться доступными для дальнейшего нового развития при посредстве возмещающего социально-энергетического групподинамического опыта. Личность может быть расширена и структурально дифференцирована. Развитие здесь всегда направлено на ядро личности, которое локализуется в бессознательном, потому что только так возможно фундаментальное изменение структуры. Вытеснение понимается как Я-функциональное, точнее вторично-функциональное действие и, таким образом, иначе, чем у S. Freud. Бессознательное — это резервуар, где локализуются первичные, вторичные и центральные гуманфункции человека, которые развиваются в результате межчеловеческих отношений. Таким образом, это креативный потенциал идентичности. Исходя из этого, каждое психическое заболевание может пониматься как заболевание бессознательного, гуманфункции и динамики отношений. Гуманструктуральная модель — модель развития, которую надлежит понимать с учётом генетического, энергетического, групподинамического и структурального контекста.

Для содействия развитию гуманфункции существенное значение имеет первичная группа, которая сама может без страха преодолевать конфликты. Психические структуры развиваются на основе приобретенного опыта; это означает, что окружающая ребёнка или взрослого человека группа приводит в действие процесс обучения и изменения. Следовательно, каждая развившаяся гуманструктура может пониматься как интернализированный социально-энергетический групповой опыт.

Важной центральной гуманфункцией в понимании гуманструктуры в динамической психиатрии является страх. Гуманфункция страха тесно связана с гуманфункцией агрессии, так как каждому значимому новому опыту и изменению сопутствует не только активный подход, конструктивная агрессия, но и феномен страха.

2.3.1. Гуманфункция страха / тревоги

Страх тесно связан с агрессией, так как любой значимый новый опыт и изменение взаимосвязаны не только с любопытством, но одновременно и с феноменом страха. Он в качестве центральной Я-функции, безусловно, необходим для совладания с

действительностью и как энергетически-регуляторный фактор определяет возможность переносить ситуации, в которых предъявляются требования к идентичности, т. е. способность к интеграции нового опыта, важного для дальнейшего развития человека. В значении функции регуляции в средней зоне идентичности он способствует креативности, т. е. изменению и установлению связи всей в целом Я-структуры и, тем самым, Я-расширению и обогащению идентичности. В патологических пограничных областях он препятствует распаду «Я», приводя в действие защитные механизмы, на одной стороне, — компульсивность, на другой, — психотическую реакцию, с тем чтобы избежать страха уничтожения и смерти и, в конечном счёте, страха идентичности.

Как пишет G. Ammon (1976), в понимании философии экзистенциализма конструктивный страх как непереносимое, безусловное единство страха и человеческого бытия играет важную роль: конструктивный страх делает человека человеком и способствует обогащению его идентичности; играет особую роль при внутреннем и внешнем Я-отграничении; делает человека открытым для других, позволяет ему принимать помощь и помогает ему самому приблизиться к своей собственной идентичности. С другой стороны, он имеет сигнальную функцию и, тем самым, в Я-структуральном понимании ему принадлежит также функция Я-отграничения. Конструктивный страх активизирует человека и воспринимается не обязательно негативно, но как состояние бодрствования, волнения и концентрированной напряжённости. Деструктивный страх — это затопляющий страх без ясно очерченной цели. Он вызывает дезинтеграцию «Я». Таким образом, деструктивный страх в собственном смысле — это страх уничтожения, который направлен во внешнее окружение и проявляется в формах деструктивной ярости. Эта форма страха является одной из причин так называемой пограничной криминальности, когда люди из-за страха становятся преступниками. Из-за страха не находят себе места, ведут себя как утопающие, «бегут из-за страха в психоз, в наркоманию или в деструктивную сексуальность». Деструктивный страх в их поведенческих проявлениях направлен на окружающий мир. Дефицитарный страх — это причина для ухода от жизни, для избегания конструктивно-агрессивных конфронтаций с другими людьми, вообще для избегания идентичности. Дефицитарный страх представляет собой защиту от страха, бегство от страха, что означает уклонение от конфронтации с самим собой, с собственной идентичностью. Общее поведение избегания, ригидность, компульсивность и рефлекс «мнимой смерти» при депрессии показывают, что без страха не может быть никакого развития. В плане регуляции дефицитарный страх означает внешнюю и внутреннюю гиперадаптацию, что ведет к невозможности жизни и идентичности.

Подобно гуманфункции агрессии, развитие конструктивного страха также может быть понято только в контексте раннего симбиоза матери и ребёнка и окружающей группы. Это возможно только тогда, когда шаги к идентичности в защищающей среде разрешаются и поощряются, когда ребёнку без гиперопеки даётся возможность испытать выносимый уровень чувства страха, т. е. испытать его в контакте. Однако он не должен переживать панический страх покинутости или даже смерти, и находясь под защитой дружественного симбиоза, овладевать новым опытом и жизненными пространствами и сделать их своими. Деструктивный страх имеет свои корни в неисполненной тревоги, и поэтому часто в агрессивной семейной обстановке все новые шаги ребёнка боязливо контролируются, ему угрожают одиночеством или наказыва-

ют этим. Родители, сами преисполненные страха, способствуют развитию у ребёнка образа угрожающего и опасного мира, с которым лучше не связываться. Соответственно этому, деструктивный страх подавляет активность и ведёт к неадекватному поведению избегания. В дефицитарном случае ребёнок не находит ни понимания, ни поддержки в своих страхах, вследствие чего он не получает шанса научиться реалистически оценивать по-настоящему опасные ситуации. Напротив, на уровне детских фантазий всемогущества он будет постоянно вступать в столкновения с окружающим миром и нередко может оказаться в криминальной среде или будет постоянно подвергать себя опасности. Исчезновение страха перед смертью повышает у людей опасность самоубийства, отсутствие ощущения страха ведёт на уровне межличностных контактов к поверхностным отношениям. В противоположность деструктивному страху, который большей частью лишает способности совершать поступки и устанавливать отношения, в данном случае человек не испытывает затруднений в приобретении новых связей, но эмоционально он остается безучастным и поэтому не может извлечь никаких преимуществ из нового опыта.

Человек с конструктивным страхом может при усвоении нового опыта и при новых шагах в жизни допускать чувство страха и выносить его. Он может устанавливать контакт с другими людьми, делиться с ними своими страхами; сохраняет интерес к новым планам и новому опыту, даже если они связаны со страхом. Его любопытство может преодолеть страх. Страх активизирует его, мобилизует конструктивный потенциал всех гуманитарных функций и помогает ему отличать реальный страх как обоснованный из-за реальных опасностей от иррационального страха. Человек с конструктивным страхом обладает способностью критически осмысливать разрыв отношений, расставание, границы и смерть.

При деструктивном страхе человек неспособен избавиться от страхов, не в состоянии обратиться с ними к другим людям, поделиться своими страхами и получить от этого облегчение. Наоборот, он чувствует страх перед другими людьми, их близостью и телесным прикосновением. Деструктивный страх сопровождается выраженными физическими реакциями, например, ускоренным сердцебиением, головокружением, потливостью и ведёт к тому, что вторичные Я-функции, требуемые в данный момент для совладания с реальностью, грозят обвалом, как это можно часто наблюдать в ситуациях напряжённой деятельности. В целом человек испытывает больше страха, чем это обусловлено ситуацией. Фобии, приступы паники, так называемый свободно плавающий страх, страх покинутости и уничтожения входят в эту категорию. Деструктивный страх может также означать неспособность переносить повседневный, «нормальный» страх при новых задачах и отношениях, что приводит к избеганию контактов.

Человек с дефицитарным страхом обычно неспособен ощущать и допускать его: вместо этого он чувствует усталость, скуку или внутреннюю пустоту. Опасные ситуации оцениваются неадекватно, реально существующие опасности недооцениваются или вообще не воспринимаются. Отсутствует здоровый страх в контакте с людьми и непривычными ситуациями. Бессознательная потребность избегать этого состояния ведет к тому, что человек отыскивает для себя экстремальные пограничные ситуации, например, опасные виды спорта, криминальное поведение или рискованную езду на автомобиле. Так же мало, как собственный страх, он способен ощущать, понимать и выдерживать страхи других людей, что также ведет к поверхност-

ным отношениям и эмоциональной безучастности. Значение эмоционально обременительных ситуаций, например, отделения (разлуки, расставания) такие люди принижают или обходят их. Соответственно этому, отсутствие чувства страха может воспрепятствовать развитию стратегий преодоления (совладения), адекватных данной ситуации.

2.3.2. Гуманфункция внешнего и внутреннего Я-отграничения

Внешнее Я-отграничение как гуманфункция

Концепция первично открытого окружающему миру и зависящего от него индивидуума с самого начала ставит в центр динамику отношений. Тем самым Я-отграничение является одной из первичных функций регуляции отношений «Я» с окружающей группой. Только лишь отграничения «Я» и «Не-Я» приводят к осознанию существования двух индивидуумов, которые могут устанавливать друг с другом отношения, в противоположность симбиотическому слиянию. Поэтому в генетическом понимании построение границ «Я» является решающей фазой в развитии идентичности человека. Одновременно оно создаёт возможность внешнего контакта как реального опыта общения с окружающей группой и тем самым интернализации нарциссической поддержки. Первый креативный акт на собственном опыте идентичности — это отграничение от симбиоза раннего детского возраста. При неудаче выхода из него в «Я» возникает неструктурированная область: прежние значимые референтные лица здесь и всё же не здесь. С одной стороны, они здесь, потому что не отграничены, с другой — они не здесь, потому что никакая действительная коммуникация и отношения с другими невозможны. Только Я-отграничение создаёт действительность, реальность, основу для Я-ощущения и для идентичности; если это не удаётся, то «Я» остаётся неразвитым и недифференцированным. Поэтому для развития собственной идентичности удачное Я-отграничение имеет важное значение. Обобщённо это означает, что конструктивное внешнее Я-отграничение обеспечивает наилучшую способность приобретения опыта при одновременной защите от наплыва внешних событий и, к тому же, способом, соответствующим групподинамической ситуации. Человек с конструктивным внешним Я-отграничением имеет свою точку зрения, восприимчив к критике, взглядам и чувствам других людей, может открыться физически, психически и духовно, интегрирует новый опыт, имеет контакт с окружающей группой, может интернализировать этот реальный опыт и, таким образом, развиваться дальше. Он различает свои чувства и чувства других людей, способен ответить отказом, не испытывая вины, ощущает себя самостоятельным в своих решениях; развил способность гибко и мимолетно вступать в симбиозы и более глубокие контакты и уметь снова выходить из них или же жить в них, не отрекаясь от себя и собственной идентичности.

Деструктивное внешнее Я-отграничение включает в себе расстройство регуляции отношений с окружающей группой, с другими людьми и внешними событиями. Из-за существующей опасности переполнения, внешнее Я-отграничение образует подобие непреодолимого для контактов препятствия. Деструктивное внешнее Я-отграничение проявляется в отсутствии интереса и отказе от продиктованного чувствами участия в других людях, событиях и окружающем мире, причем подлинное, заинтересованное участие других к самому себе воспринимается как неприятное и, по

возможности, избегается; человек никого и ничего «не подпускает к себе». Отсюда следуют чувства внутренней пустоты и отсутствие контакта и причастности. Этих людей ничего по-настоящему не затрагивает, и они не испытывают подлинного страдания к другим.

Дефицитарное внешнее Я-отграничение включает в себе неспособность регулировать близость и дистанцию в отношениях с другими людьми, внешними событиями и с окружающим миром. Здесь имеет место неспособность проводить различия между «Я» и «Не-Я», между самим собою и другими, между своими и чужими потребностями и чувствами. Человек не в состоянии принимать собственные решения и отстаивать их перед другими людьми, он не может сказать «нет», чтобы отграничить притязания других людей, и чувствует себя игрушкой в их руках. Он перенимает чувства и настроения других, как если бы они были его собственными, с трудом может согласиться, что другие люди имеют другие потребности или хотят идти своими путями; воспринимает все ситуации симбиотически, как будто бы все хотят одного и того же. Такой человек зависим от присутствия других, гиперадаптирован к нормам, господствующим в данный момент в социальной референтной группе, беспомощен, отдан на произвол других и, соответственно, доступен для эксплуатации.

Внутреннее Я-отграничение как гуманфункция

Эта функция гибко регулирует отношения между сознательным «Я» и содержанием бессознательного по отношению к интернализированной динамике первичной группы, фантазированию и снам. Самый существенный её признак — это способность отличать интернализированную динамику первичной группы от действительных отношений и ситуаций, т. е. дифференцировать прошлое и настоящее и уметь обращаться с этим. Тем самым становится ясной тесная, неразрывная связь с внешним Я-отграничением как динамикой отношений. Как следствие, это означает, что тот ребёнок, которому не было разрешено отграничение без чувства вины на внешнем уровне отношений, не может также интернализировать свободную от конфликтов динамику отношений. Становится понятным очень тесное взаимодействие в биографическом развитии внутреннего и внешнего Я-отграничения.

Конструктивное внутреннее Я-отграничение проявляется в способности к сновидениям, фантазированию и чувствам, воспринимать их и уметь выразить, но отличать их от реальности, дифференцировать их реальные и нереальные аспекты. Это означает свободно допускать чувства, но также и сдерживать наплыв чувств — страха, печали или эйфории. Человек обладает способностью свободно и на некоторое время открывать свои границы к бессознательному, для того чтобы креативно развивать дальше интернализированный опыт отношений и в значении развития личности заново оценивать его. Гибкое регулирование границ между различными психическими процессами и содержанием удаётся и выражается, например, в гибком отграничении между плоскостью работы и уровнем отношений, между мышлением и чувствами. В восприятии времени существует синергизм прошлого, настоящего и будущего. Гибкое внутреннее Я-отграничение дает возможность удачного, неневротического вытеснения мешающего материала.

Деструктивное внутреннее Я-отграничение характеризуется жёстко закрытыми границами «Я», у человека отсутствует подход к своему бессознательному. В значении операционализации это обнаруживается в недостаточной способности к сновидениям.

дениям, в бедности фантазий и чувств и в потере связи с собственной историей. Отсюда следует тенденция отделять чувства или проявлять их внешним образом в форме отсутствия достижений, неуспешной, неудовлетворительной работы, психосоматики, несчастных случаев, самоповреждений, проекций, делегирования чувств: вместо самого данного субъекта окружающие люди испытывают ярость, печаль или страхи. Контакты с другими людьми становятся деловыми и формальными, ригидные защитные механизмы, например отрицание произошедшего делают невозможной интернализацию нового опыта отношений. Деструктивное внутреннее Я-отграничение является причиной жизни в безжизненном восприятии времени, отклонению социальной энергии и, как правило, феноменологически имеет вид компульсивного поведения.

Дефицитарное внутреннее Я-отграничение приводит к тому, что человек оказывается переполненным содержанием его бессознательного; он пребывает во власти своих чувств, а также колебаний своего настроения, снов наяву, мыслей, бесплодных мечтаний, расстройств концентрации и, в крайнем случае, тем самым приближается к психозу. Он не может ни различать важное и неважное в жизни, ни дифференцировать или высказывать кому-либо свои чувства. Из-за отсутствия границ, новый опыт только с трудом может быть интегрирован и интернализирован в целях образования структуры, телесные потребности с трудом поддаются регуляции и требуют немедленного удовлетворения.

2.3.3. Гуманфункция нарциссизма

Гуманфункция нарциссизма определяет отношение человека к самому себе. Она имеет решающее значение для чувства самооценки человека, т. е. с каким представлением о себе и о мире он обращается к другим людям, обстоятельствам и видам деятельности. Это представление о себе относится как к человеку в целом в значении общей самооценки, так и к отдельным аспектам личности, например, к телу, своим поступкам, мышлению и ощущениям. В отличие от основанного на теории инстинктов, традиционного психоаналитического понимания нарциссизма на уровне объектных отношений (Freud S., 1905, 1914; Kohut H., 1971, 1977; Kernberg O. K, 1978), G. Amnion (1979, 1982) определяет нарциссизм как первично конструктивную элементарную основную потребность человека и как результат интернализации специфического опыта отношений с другими людьми. Только в результате соответствующего негативного опыта в семейной группе и в других значимых группах нарциссизм принимает патологический, т. е. деструктивно или дефицитарно деформированный характер (Burbiel L, Finke G., Wagner H, 1983). Дети из таких семей затем уходят в замкнутый мир восприятий, недоступный для коммуникации и который только с трудом можно разделить с окружающими. И позже, в соответствии с этим, по причине интернализированной первично-групповой динамики, любое соприкосновение с межличностной реальностью воспринимается как угрожающее, что, например, объясняет параноидное реагирование на контакты. Гуманфункция нарциссизма регулирует, в зависимости от количества и качества получаемого внимания, т. е. социальной энергии, способность человека снова принимать участие в социально-энергетических процессах. Глубокий архаический экзистенциальный и витальный страх делает для нарциссически дефицитарных людей невозможным действительно интернализировать так желанную и необходимую нарциссическую поддержку извне, ничего не уда-

ется по-настоящему воспринять и интернализировать, так что развитие структуры личности состояться не может (Ammon G., 1979). В соответствии с этим дети, которые в истории своего развития не имели опыта полноценных отношений, вряд ли смогут развить отношение к себе и, следовательно, здоровое чувство самооценки. Обычные негативные представления, которые связаны с традиционным понятием нарциссизма, такие как уединённость, неспособность к взаимоотношениям, а также идеи величия и самоуничтожения G. Ammon понимает как «вторичные и реактивные деформации первоначально конструктивного нарциссизма», т. е. деструктивные или дефицитарные проявления. Обобщённо это означает, что конструктивный нарциссизм включает в себе способность с любовью относиться к себе и своему бессознательному и уметь при необходимости вводить его в действие.

Конструктивный нарциссизм включает в себя позитивное представление человека о себе как чувство собственной важности и значения, как основную потребность каждого человека и необходимый компонент идентичности. При этом речь идет не о самолюбовании, а о той форме любви к себе, которая сопутствует радостному, страстному утверждению своей телесности, своих интересов, духовности и идей, которые как подлинно свои, как радостные и с эротической напряженностью могут переживаться и передаваться другим. Операционализируя, можно было бы сказать: «Конструктивно нарциссический человек ощущает себя как индивидуум с правом на собственное мышление, собственное восприятие и собственный образ жизни» (Ammon G., 1979). Он обладает способностью вводить в действие всю совокупность своих Я-функций для того, чтобы установить и поддерживать контакт с людьми и таким образом участвовать в процессах обмена социальной энергией. Он может позволить другим принимать участие в значимых для него самых событиях, может перед собой и другими позволить себе слабости и ошибки и способен учиться на опыте других. Он в состоянии правильно оценивать себя, быть в одиночестве и находить удовлетворение в собственных мыслях, чувствах, ощущениях и действиях.

Деструктивный нарциссизм характеризуется расстроенным или искажённым отношением человека к себе самому, к другим и к окружающему миру. Деструктивно нарциссические люди не могут адекватно оценивать себя, переоценивают или недооценивают свои способности и не могут полемизировать с другими о себе и о воспринимаемой ими действительности. Они также большей частью считают себя непонятыми в своих чувствах и интересах, колеблются между фантазиями величия и самоуничтожения и неспособны учиться у других и принимать от них социальную энергию. Согласно их отчуждённому миру восприятий, любой межличностный контакт ощущается как угрожающий и параноидно перерабатывается. Деструктивный нарциссизм проявляется в неспособности выносить критику и обнаруживать слабости перед собой и другими. Наоборот, эти люди постоянно требуют признания, похвалы, одобрения и внимания за выполненную работу и достижения, которые должны быть как можно более совершенными и большей частью создаются без контакта с другими людьми.

Дефицитарный нарциссизм рассматривается в психогенетическом плане как дальнейшая патологическая деструктивно-нарциссическая динамика. У этих людей в истории их развития в онтогенезе имелись только рудиментарные возможности становления здорового чувства самооценки, большей частью они вообще не выработали отношения к себе. Дефицитарно нарциссический человек не в состоянии серьёзно

воспринимать своё мышление, свои чувства и действия и отстаивать их. Тем самым у него отсутствует способность к духовному и эротическому контакту с другими людьми. Эти люди неспособны рассчитывать на себя и не выдерживают критики и расхождений во мнениях. Вместо этого, из-за неспособности ощущать свои потребности и защищать их, они стараются соответствовать потребностям других людей. Дефицитарно нарциссический человек считает себя не представляющим ценности и вполне заменимым, и поэтому его часто не замечают и легко забывают. Отсутствие отношений с людьми и обстоятельствами делает невозможным получение и интернализацию так желанной и недостающей социальной энергии извне, необходимой для развития гуманструктуры. Как и при дефицитарных агрессии и страхе, в результате возникают бесчувствие, внутренняя пустота и скука.

2.3.4. Гуманфункция сексуальности

Возможность проявлять в жизни адекватно развитую сексуальность в основном определяется условиями позитивно-разрешительного, иными словами, конструктивного симбиоза раннего детского возраста. Сексуальные расстройства возникают на основе недоброжелательного, препятствующего развитию, т. е. в конечном счёте деструктивного симбиоза или равнодушно-недостаточного, дефицитарного опыта первичной группы (Ammon G., 1979, 1986, 1991; Amnion G., Finke G., Wolfrum G, 1994; Reitz G., 1991, 1996).

Для успешного развития конструктивной сексуальности, которая, как и агрессия, понимается как «первично и без конфликтов данный потенциал», решающее значение имеет помощь и поддержка со стороны окружающей группы. Конструктивная сексуальность зависит от качества отношений в раннем детстве, от того, помогают ли мать и окружающая группа ребёнку осмелиться на отграничение при уступчивости с их стороны, допускают ли конструктивную агрессию, понимают ли детские страхи и, наконец, содействуют ли его активному интересу к своей телесности и сексуальности.

Только выход без чувства вины из интернализированного симбиоза раннего детского возраста и построение гибких границ «Я», для чего также должна быть разрешена конструктивная агрессия, создают возможность погружения без страха в симбиоз и интимность партнёрства и тем самым развития свободной сексуальности. Так же, как и креативность, сексуальность, являясь человеческой возможностью переживания, только при здоровой способности к страху и успешном Я-отграничении будет находиться в распоряжении «Я», причём формы выражения сексуальности всегда тесно связаны с соответствующей схемой идентичности человека. G. Ammon (1979) пишет об этом: «Сексуальность надлежит рассматривать как показательное выражение идентичности, потому что здесь на уровне телесного "Я", первично-процессуальные модусы должны находиться под властью гибких границ "Я"». И далее: «Симбиотическая интеракция между матерью и ребёнком образует контекст для формирования телесного "Я", для развития первично данных гуманфункций конструктивной агрессии, креативности, сексуальности и других и создаёт таким образом учебное поле, на котором ребёнок в непрерывной интеракции с матерью развивает свои Я-функции, устанавливает и переживает границы своего "Я"».

Как первично-процессуальная составляющая опыта центральная гуманфункция сексуальности, будучи первично и без конфликтов данным потенциалом челове-

ка, тесно связана с его первичным «Я» и телесным «Я». Это означает, что связанный с чувственным желанием и неудовольствием телесный опыт человека в первичной группе накладывает отпечаток на мир восприятий и опыта новорожденного и подрастающего ребенка. У подростков и позже у взрослых этот ранний телесный опыт представляет собой психическую репрезентацию конструктивной сексуальности. Ребенок при телесном контакте через кожу достаточно часто должен получать позитивные осязательные, отмеченные удовольствием, ощущения (Harlow H. E., Harlow ML, 1966), не испытывал бы ограничений при попытках аутосексуальных действий, вообще ощущал бы любовное и заботливое отношение, соответствующее его потребностям.

В качестве важной и необходимой предпосылки для развития конструктивной сексуальности следует постоянно сохранять в первичной группе принципиально доброжелательно-ласковую атмосферу поддержки, которая позволяет ребёнку развивать и опробовать его первично данные функции, допускает отграничение без чувства вины из раннего детского симбиоза и, наконец, наряду с утверждением своей телесности, содействует бесконфликтному преодолению эдиповской проблематики.

Соответственно этому, деструктивная сексуальность может пониматься как результат патогенной бессознательной групповой динамики раннего детства, выражающийся в «неразрешённом комплексе симбиоза» (Ammon G., 1971) как в патологическом ядре всех архаических заболеваний «Я». В соответствии с вышеприведенными рассуждениями о сексуальности как о первично-процессуальной составляющей опыта, в неласковой или даже враждебной семейной атмосфере, потребности ребёнка игнорируются или ими злоупотребляют; тело маленького ребёнка воспринимается негативно. Возможно, также скрытое или открытое сексуальное злоупотребление, в том числе инцест, тепличная атмосфера, когда все отношения эротизированы или сексуализированы, причем эротически-сексуальные потребности и чувства не интегрируются, родители не умеют оперировать близостью и дистанцией в соответствии с потребностями ребёнка.

Дефицитарную сексуальность следует понимать как результат образования дефицитарной гуманструктуры вследствие только рудиментарно развитого позитивного опыта отношений, как задержанное развитие сексуальности на основе интернализованного запрета на сексуальное и, вообще, наслаждение и жизнь. На первично-процессуальном уровне это относится к детям, которых никогда не ласкали или делали это редко, которые приобрели слишком мало телесно-осязательного опыта.

Гуманфункция сексуальности психогенетически и групподинамически может пониматься как основная гуманфункция, для раскрытия которой, однако, должна быть определённая степень здорового развития в областях агрессии, страха, способности к отграничению и нарциссизма, причём контактность и возможность установления отношений имеют решающее значение. Развитие сексуальности является следствием роста других основных гуманфункций и поэтому, может быть, она проявляется на другом или более высоком уровне развития.

С точки зрения операционализации это означает, что конструктивная сексуальность характеризует качество контакта, обмена, связи между сексуальными партнёрами на духовном, психическом и телесном уровне. Любая конструктивная сексуальность возможна только при подлинном контакте и настоящей связи, восприятию радости и тепла через других и себя самого, при способности развивать в себе заботу,

доброту и готовность отдаться другим, при ощущении другого и вступлении в контакт с ним как партнером при одновременной возможности наслаждаться при этом самому. Кроме того, для формирования креативной, интегрированной конструктивной сексуальности желательна увлеченность в контакте, готовность к эротической фантазии, свобода от фиксации половых ролей, возможность высказывания своих сексуальных желаний на вербальном и невербальном уровне и чувственное восприятие всего тела. Все сказанное относится к мужским и женским гомосексуальным связям. Онанизм также может быть конструктивным как получение радости от собственного тела и возможность перенести период лишенности сексуальных контактов. Однако, он может стать деструктивным, если самоудовлетворение аутистическим образом предпочитается реальному сексуальному контакту с партнером. Как навязчивое действие он часто является сопутствующим явлением при тяжелых психических заболеваниях.

Важным критерием конструктивной сексуальности являются ощущения человека после сексуального контакта. Если он чувствует себя обогащенным и удовлетворенным, полным жизни, то это значит, что происходит конструктивный социально-энергетический обмен. При деструктивной сексуальности — обычно обозначаемой как «сексуальные перверсии» (Freud S., 1905; Keller-Husemann U., 1983) — половой партнер воспринимается как средство для собственного удовлетворения и тем самым инструментализируется, радость от радости другого не возникает. Сексуальность приобретает качество «обоюдного онанизма», отсутствует связь с партнером, часто появляется незаинтересованность в генитальном слиянии, как, например, при фетишизме. Деструктивная сексуальность всегда имеет оскорбительные черты в отношении партнёра или себя самого и может иметь тяжелые последствия — самым крайним случаем является сексуальное насилие вплоть до убийства, но в этом всегда присутствуют черты саморазрушения, в том числе социального характера (публичный скандал, арест и т. д.). Вместо близости, интимности и генитального слияния часто доминирует раздражающий момент отчуждённости, анонимности и отсутствия контакта. И здесь также важным критерием является ощущение после сексуального контакта: как правило, по крайней мере у одного из партнеров возникает чувство вины, униженности или сознание того, что сам унижил другого.

К вариантам деструктивной сексуальности на уровне симптомов относятся эксгибиционизм, вуайеризм, садомазохистское поведение, часто в сочетании с возникновением болезненной страсти, наркомании, проституции, фетишизма, сексуальных злоупотреблений в отношении детей, изнасилования и содомии. В шкалах сексуальности Я-структурного теста Аммона (ISTA) отсутствуют пункты на уровне симптомов, потому что решающим фактором при дифференциации между конструктивным и деструктивным характером сексуального поведения является качество контакта и отношений между партнерами. Элементы деструкции — разрыв отношений, оскорбление, отчуждение и охлаждение и т. д. указывают на тесное родство с деструктивной агрессией.

Дефицитарная сексуальность соответствует интернализованному запрещению сексуальности, которое было усвоено в детстве или в групподинамических контекстах. Если сексуальность вообще большей частью может быть испытана только в сочетании с сильным страхом, то дефицитарная сексуальность часто проявляется в виде импотенции у мужчины или фригидности у женщины, следствием чего является

продолжительный отказ от половой жизни; иногда появляются также брезгливость, страх соприкосновения и заражения. Дефицитарная сексуальность часто встречается у очень нерешительных неконтактных или не способных к отношениям личностей в смысле «заторможенного человека» (Schultz-Henke Н., 1940), который не испытывает удовольствия от своего тела и неохотно общается с другими людьми. Такие люди характеризуются сниженным чувством собственной ценности или втайне ждут «сказочного принца» или «женщину своей мечты», следствием чего является общее пренебрежение всеми реальными возможными партнерами. Здесь становится понятной проблематика недостаточного отграничения, симбиоза и аутизма: после первоначальной влюблённости развивается симбиотическая зависимость или даже подчинённость, что при отсутствии какого бы ни было интереса и гибкой отграниченности приводит к неэффективному симбиозу, часто к аутистическому уходу в себя и тем самым к дефицитарной сексуальности.

Резюмируя, можно сказать, что каждый человек имеет конструктивные, деструктивные и дефицитарные элементы Я-структуры, которые индивидуально выражены с различной интенсивностью. Человек с исключительно дефицитарными агрессией, тревогой, Я-отграничением, сексуальностью и отсутствием нарциссизма был бы нежизнеспособен; человек лишь с деструктивными элементами погубил бы самого себя. Каждый человек имеет здоровые области, которые при Я-структуральной терапевтической работе образуют основу для союза с психотерапевтом и делают возможным постепенное отграничение от своей патологии. Конечно, следует особенно принимать во внимание вторичные гуманфункций со способностями и навыками человека и вовлекать первичные органические структуры.

На основании вышеприведенных теоретических соображений в отношении отдельных гуманфункций можно понять тесную их взаимосвязь внутри всей в целом психической структуры человека, как это представил G. Amnion (1979-1992) в своей спектральной теории, и тем самым также относительно болезней; отдельные гуманфункций не следует рассматривать изолированными друг от друга, так как в своем единстве они определяют меру психического здоровья человека. В зависимости от качества раннего детского симбиоза определённая степень конструктивности, деструктивностTM или дефицитарности в дальнейшем будет определять сущность человека. В отношении комплексности сексуальность занимает особое положение — по крайней мере, в своём поведенческом проявлении она нуждается в определённой степени здорового развития агрессии, страха, отграничения и некоторой самооценности; поэтому она сильнее связана с другими центральными гуманфункциями, чем они между собой.

Ниже излагаются тесно взаимосвязанные с гуманструктуральным представлением о личности другие важнейшие понятия и принципы динамической психиатрии Г. Аммона.

2.3.5. Групподинамический принцип как психологическая основа динамической психиатрии

В динамической психиатрии человек понимается как групповое существо. Группа с ее динамикой, атмосферой, социально-энергетическим полем, с соответствующей социальной и культуральной сплочённостью, более широкими общественными связями определяет жизнь и идентичность каждого человека. В пренатальной

фазе его развития уже начинается групподинамическое влияние, исходящее от матери с ее погруженностью в семейную группу, психологическим и физиологическим здоровьем, а также с ее отношением к растущей новой жизни. Развитие становится особенно значимым в ранней постнатальной фазе, в которой происходят постоянные процессы созревания головного мозга. Важно рассматривать групповую динамику и групподинамические поля как единое целое, так как реакции отдельного индивидуума или между различными людьми всегда отражают групподинамическую ситуацию в целом. Групподинамические констелляции могут пониматься как тонко сотканые сети, сравнимые с силовым полем, которое определяет важные поступки и реакции. При этом групповая динамика всегда означает больше, чем интеракции и ролевое поведение отдельных членов группы, потому что она всегда включает в себя бессознательные, актуальные и исторические групповые явления. Так, в динамической психиатрии в качестве социально-энергетического и групподинамического поля понимается окружение человека, группа, в которой он живёт, и особенно в которой он вырос, но также и клиника. Групповая динамика особенно значима для процессуальных изменений и для интернализованного гомеостаза. Конструктивная групповая динамика отличается тем, что изменения в направлении развития идентичности у каждого отдельного члена группы допускаются и поощряются, и группа заботится о коммуникативном обмене. Деструктивная групповая динамика означает, что члены группы активно препятствуют таким процессам, что коммуникация эти процессы не поддерживает, и что из страха перед изменениями отдельный член группы удерживается другими. В дефицитарных групподинамических констелляциях коммуникация и развитие идентичности с самого начала встречают препятствия, что сравнимо с рефлексом имитации смерти.

2.3.6. Социальная энергия

Происхождение психической энергии постоянно было полем научных исследований. У S. Freud это было главным образом либидо, которое предоставляло психическую энергию в распоряжение человека как существа, управляемого инстинктами. По G. Ammon, напротив, психическая энергия — это не биологическая величина, которая подчиняется закономерностям, но всегда должна пониматься в соотношении с людьми и группами. В этом плане он создал понятие социальной энергии, которую надлежит рассматривать как собственно психическую энергию человека, которую индивидуум получает от окружающей группы. Это означает, что, в отличие от S. Freud, источник энергии обусловлен здесь не интраиндивидуально биологически, но содержит в себе интериндивидуальные аспекты отношений. Индивидуум воспринимает энергию своего окружения, использует её для своего развития и через установление контактов и отношений передает энергию дальше. Для развития индивидуума нужны социальные межчеловеческие процессы, которые отличаются от эндогенных представлений психологических теорий фрейдистского направления. Таким образом, понятие энергии у G. Ammon подразумевает значимость отношений как качественно действенных компонентов для развития человека. Следовательно, отношения индивидуума с другими в группе, а также с обществом, могут пониматься энергетически.

К этому G. Ammon пришел не сразу. Еще в 50-х гг. XX в. он придерживался фрейдистской теории либидо и только постепенно отказался от нее. Он развил кон-

цепцию нарциссической поддержки, что означает необходимость для развития «Я» человека одобрения, защищенности, обращенности, внимания, надежности и любви. Эту нарциссическую поддержку надлежит понимать как источник для резервуара энергии «Я». Недостаточная нарциссическая поддержка ведет к нарциссическому дефициту «Я». В ранний период жизни ребенка, в симбиотической фазе, для развития своей идентичности он нуждается в постоянном нарциссическом подкреплении телесного и атмосферного характера. Поэтому принятие со стороны матери вместе с окружающей группой представляет собой абсолютную жизненную необходимость для построения границ и структур детского «Я». Таким образом, G. Ammon (1979) понимает развитие идентичности человека энергетически, как первично зависящее от группы, а не определяемое инстинктами. Принимая во внимание социальные отношения человека и взаимное влияние друг на друга группы и индивидуума, а также различных групп, он постепенно создавал представление о социальной энергии как собственно психической энергии. Под социальной энергией следует понимать исполненное любви, надёжное поле отношений, которое, с одной стороны, обеспечивает нарциссическое удовлетворение как условие развития человека, а, с другой стороны, предъявляет требования, устанавливает границы и вызывает столкновения, необходимые для дальнейшего развития личности, в смысле роста ее идентичности. Эти требования необходимы как социально-энергетическая поддержка для построения структуры «Я». В соответствии с этим, человек растёт в социально-энергетическом поле, которое, как правило, составляет семья, и получает поддержку в форме контактов и отношений. Поступление внутриспихической энергии, дающей возможность построения Я-функций, первично заложенные как ядра «Я», осуществляется при посредстве межчеловеческих отношений в ходе обмена. При этом энергетическое поле характеризуется процессами обмена и отличается от интеракционистских представлений.

Например, такие понятия, как любовь, защищённость, контакт, надёжность, а также и конфронтации можно отнести к общему понятию социальной энергии, так как здесь имеются в виду важные для человеческого развития источники энергии. В то время как у S. Freud такие понятия, как «изначальное доверие» были значимыми в том смысле, что расстройство отношений между матерью и ребёнком и, тем самым, отсутствие изначального доверия имеет следствием патологическую экономию либидо, у G. Ammon надёжная, исполненная доверия связь является источником энергии сама по себе. Исследования депривации, проведённые R. Spitz (1957), показали, что вследствие дефицита принятия грудной ребёнок может даже умереть.

В соответствии с групподинамической констелляцией, социальная энергия может обнаружить конструктивную, дефицитарную или деструктивную форму. Конструктивная социальная энергия характеризуется тем, что отношения и конфронтации ведут к росту и развитию структуры «Я». Конструктивная социальная энергия означает способность развить понимание и интерес к другому человеку, полемизировать с ним, воспринимать его серьёзно и содействовать ему. При этом можно отметить, что отношения способны выдерживать нагрузку. Такие чувства в отношениях, как страх и агрессию, можно перенести. Поэтому по переносимости страха можно судить о контактности и социальной энергии.

Под дефицитарной социальной энергией понимают ее недостаток или отказ передавать ее, т. е. игнорирование человека при отсутствии интереса к нему и понима-

ния его. Одно из самых сильных наказаний, которым можно подвергнуть ребенка — это лишение его любви. Если общение недостаточно и имеется сознательный или бессознательный отказ от психологических контактов или телесных контактов, то можно говорить о дефицитарной социальной энергии. Эта динамика типична для «мертвых» (не функционирующих) отношений, которые часто характеризуются симбиотическим самоотречением. Однако дефицитарная энергия присутствует и в отношениях при наличии избалованности, изнеженности, так как при этом часто преобладают материальные связи в ущерб эмоциональным. Это ведет к эмоциональной покинутости. Деструктивная социальная энергия характеризуется тем, что налагаются строгие запреты, стесняющие жизнь, частые и тяжёлые наказания и разного рода принуждения. Примерами этого могут служить телесные или сексуальные истязания или постоянные оскорбления и приписывание отсутствия способностей.

Деструктивная и дефицитарная социальная энергия у человека могут привести к постоянной зависимости его рудиментарно развитой гуманструктуры от нарциссической поддержки окружения. Если эта непрерывная поддержка отсутствует, то возникает угроза психической дезинтеграции.

Благодаря изменённому G. Amnion понятию энергии, возникает и новая концепция развития. Она связана с межличностными отношениями. Структура «Я» не может быть определена в категориях телеологии, но также подвержена процессам развития. Как сознательные, так и бессознательные гуманфункции находятся в постоянном изменении, в котором отражается каждый новый контакт. Особенно значимы процессы, происходящие в раннем детском возрасте. Социальную энергию первичной группы можно выявить в гуманструктуре или же психодинамике индивидуума, она является зеркалом ранней семейной динамики. Идентичность человека и в целом его гуманструктура сопряжены с социальной энергией.

Вначале маленький ребёнок получает социальную энергию от матери; мать большей частью бывает окружена членами семьи или другими людьми и всегда — обществом. Группы оказывают влияние на мать, и это определяет ее влияние на ребенка. Большая часть социальной энергии, особенно в случае грудных детей, передается на бессознательном уровне. Уже интонация матери, её жесты, даже неуловимые микродвижения и выражение лица играют в передаче социальной энергии большую роль. При этом имеют место первичные проявления бессознательной коммуникации между матерью и ребёнком, а также между группой и ребёнком в социально-энергетическом обмене. В идеальном случае ребёнок получает ощущение поддержки и восприятия его личности, потребностей в отграничении, в ласке или его агрессии.

Образ человека в группе имеет решающее значение. Семейная группа, вопреки общественным идеалам, отличается своими собственными масштабами, которые она, в свою очередь, передаёт ребёнку. Имеет значение отношение к связям и социальным контактам, к духовным темам.

Идентичность и группа обуславливают друг друга, так как развитие идентичности может состояться через отражение в группе, восприятие и отношение. Идентичность возрастает при наличии требований к ней и связана с межчеловеческими процессами. Дети, которые не получали содействия в своём развитии и не испытали отграничения, располагают лишь ограниченной дифференциацией «Я». Это в большинстве случаев дети с повреждениями психики вследствие избалованности или отказов. Позже, став взрослыми, они ощущают пустоту и отсутствие идентичности,

неспособны переносить фрустрацию, часто не знают, чего они хотят. У них нет цели, они страдают от нерешительности и предъявляют претензии, но их потребности никогда не могут быть удовлетворены. Такие люди живут постоянно в зависимости от нарциссической поддержки; в этом случае G. Amnion (1979) говорит о дефицитарной идентичности. Исходя из этого понимания, социальная энергия и идентичность динамически и процессуально обуславливают друг друга.

Все возможные элементы сливаются через социальную энергию в идентичность; сформируется ли идентичность преимущественно конструктивно, деструктивно или дефицитарно связано с качеством социальной энергии или, соответственно, с динамикой в определённой первичной группе. Здесь G. Amnion говорит о групподинамическом социально-энергетическом поле, которое имеет значение для развития человека, и в этом смысле также о возмещающем ущерб терапевтическом поле в значении навёрстывающего развития «Я». Такое поле должно быть предоставлено в распоряжение пациентов с расстройствами раннего возраста. Социально-энергетическое поле представляет собой групподинамическую структуру, основывающуюся на понимании и эмпатии и в которой возможны человеческое расположение, критика и помощь.

В связи с социальной энергией, G. Amnion говорит о социально-энергетическом обмене, социально-энергетическом поле и спектре конструктивной, деструктивной и дефицитарной социальной энергии. Социальная энергия рассматривается как особенно значимая для развития человека и его идентичности; при этом социальная энергия, идентичность и группа понимаются во взаимозависимости, т. е. возникает «социально-энергетический круг регуляции» (рис. 1)



Рис. 1. Социально-энергетический круг

Групповая динамика в первой группе в жизни человека образует социально-энергетическое поле для развития его гуманструктуры. Гуманструктура с ее потенциальными возможностями развития образует идентичность человека. Исходя из

своей идентичности, человек, в свою очередь, будет искать и устанавливать в группах контакты и связи. Конфронтация в группах снова будет давать ему энергию, так же, как и он возвращает энергию группе. В этом смысле энергетический круг продолжается, и поэтому вновь может происходить развитие гуманструктуры.

Патологическое развитие следует понимать как социально-энергетический порочный круг; это означает, что психически больные люди, из-за их дефицитарно-деструктивной гуманструктуры, постоянно ищут себе группы, которые оказывают им только нарциссическую поддержку, но не предъявляют требований к идентичности и тем самым влияют на их заболевание. Патологическая гуманструктура сохраняется. В значении навёрстывающего развития гуманструктуры социально-энергетический порочный круг следует разорвать, и в распоряжение больного должно быть предоставлено конструктивное социально-энергетическое поле. Исходя из этого, он может искать себе группы, которые в значении конструктивного социально-энергетического круга содействуют развитию его идентичности.

Бессознательная динамика группы, т. е. установки, бессознательные представления, жестикуляция и мимика играют значительную роль при образовании идентичности и центральной гуманструктуры, так как она определяет социально-энергетическое поле, которое находит своё отражение в центральных Я-функциях.

Поскольку динамическая психиатрия представляет собой науку о лечении, следует упомянуть лечебно-теоретический аспект социальной энергии. Вся в целом терапия ориентируется на поступление социальной энергии и, таким образом, на пути формирования идентичности. Но, помимо понимания, интуиции, элементами социально-энергетической работы являются также отграничение и конфронтация. При этом пациенту демонстрируют его больные стороны, но не усиливают их.

2.3.7. Целостный образ человека в динамической психиатрии

Групподинамический социально-энергетический принцип лежит также в основе образа человека в динамической психиатрии. Речь идет о многомерном, целостном (холистическом) образе человека, в котором тело, психика и дух образуют единое целое. Человек рассматривается в его этическом и философском значении как индивидум с потребностью в идентичности и самореализации. Холистический образ человека интегрирует много параметров, «а именно креативность, время и ощущение времени, болезнь, работу и деятельность, андрогинность, тело и телесную жизнь, а также религиозность в самом широком смысле» (G. Amnion, 1986). Но он также включает в себя многомерную сексуальность, страх, чувство собственной ценности, идентичность, мышление, отграничение и многие другие параметры. Основное значение принадлежит интеграции их в ядре личности. Интегрирующей силой является группа с её социально-энергетическими групподинамическими полями.

В этом значении человек понимается как тесно связанный с группой, с потребностью в идентичности, самореализации и отыскании смысла в жизни. Он с самого рождения понимается как креативное конструктивное существо, которое, в зависимости от окружающей группы, развивается конструктивно, деструктивно или дефицитарно. Сформулированный таким образом позитивный образ человека в динамической психиатрии является основополагающим для теории, диагностики и лечения, которые всегда ориентированы на человека.

2.3.8. Идентичность

Идентичность в динамической психиатрии соответствует холистическому образу человека и включает в себя всего человека с его бессознательными, сознательными, креативно конструктивными и деструктивно-дефицитарными областями, а также с его нейрофизиологической структурой, способностями, навыками, активностью и естественностью поведения, т. е. быть таким, как есть, быть самим собою в группах и в обществе.

В психоаналитической модели индивидуум не выходит за рамки ролевых теорий и находит свои границы при внутриспсихических процессах. «Идентичность — это сущность человека, которая становится видимой только тогда, когда все роли отброшены» (De Levita D. J., 1971). Напротив этому, А. Wheelis (1958) писал: «Идентичность соответствует совокупности ролей, которые человек берёт на себя в определённой ситуации».

Чтобы найти пояснительные модели для межличностных процессов, интеракционисты, например, такие как И. S. Sullivan (1953) и М. Mead (1968), указывали, что характеристики интеракций интернализируются. Эти теории очень близки к структурной модели G. Ammon, но они не могут объяснить, откуда поступает энергия, с помощью которой совершается работа психической структуры по синтезу. Этот вопрос находит решение в концепции «социальной энергии», так как по G. Ammon, межчеловеческий контакт сам по себе уже содержит энергию. Понятие идентичности в гуманструктуральной модели с ее первичными, вторичными и центральными гуманфункциями имеет особенное значение. «Идентичность есть всеобъемлющая и стоящая над другими Я-функция, центральная Я-функция» (Ammon G., 1979). Функцию он определяет как направленную активность структуры, таким образом, понятие идентичности, как уже отмечалось ранее, содержит в себе оба элемента. «Она имеет два аспекта: с одной стороны, аспект всей в целом личности в значении Я-функции, и, с другой стороны, функциональный аспект в том значении, что идентичность «Я» всегда возникает на границе «Я» и группы. В этом значении идентичность интегрирует и динамизирует все другие Я-функции». Онтогенетически идентичность является «суммой всего жизненно-исторического опыта и идентификаций». Отношения внутри группы отражаются непосредственно в психике, как и наоборот, чувства, установки находят своё выражение в социальных структурах». С помощью нового опыта отношений и далее продолжается развитие идентичности. Этот процесс G. Ammon обозначает как способность к восприятию опыта, в благоприятном случае он продолжается всю жизнь. При этом идентичность обладает возможностью к изменениям, но также содержит в себе психическое качество постоянства. Чувство устойчивости, которым обладает Я-идентичность, придает ей статус главной Я-функции.

При помощи дальнейшего обособления психической структуры идентичность человека приобретает свое своеобразие и уникальность. Несмотря на то, что идентичность имеет сознательные элементы, как, например, знание о своей собственной личности, корни идентичности в бессознательном. «Идентичность есть ядро постулируемого мною в бессознательном центрального "Я"» (Ammon G., 1979).

Дальнейшую характеристику получает понятие идентичности через психические качества конструктивности, деструктивности и дефицитарности. Под конструк-

тивной идентичностью понимается человек, который, творчески самоопределяясь, способен жить совместно с другими людьми. Деструктивная идентичность характеризует человека, который сам себя представляет другим, как реагирующего деструктивно. Человек с деструктивной идентичностью — это, например, пограничный больной, который не знает, кто он и чего он хочет на этом свете. Люди с дефицитарной идентичностью характеризуются внутренней пустотой, которая даже заметна в коммуникации с ними. Примером этого могут быть нарциссически-депрессивные люди. Размерность идентичности как Я-функции представляет собою внутриспсихическую плоскость идентичности; это означает, что она понимается как интеграционная сила биологических, бессознательных и сознательных элементов. Идентичность как структура образует совокупность всех гуманитарных функций в их конкретных проявлениях и взаимозависимостях в отношении к соответствующему уровню развития человека. Под понятием идентичности как структуры имеется в виду второй аспект идентичности, которая представляет собой интерпсихический уровень. Здесь идентичность понимается как вся личность в целом в отграничении от других людей, групп и общества. В этой связи G. Ammon (1986) пишет: «Посредством своей идентичности человек привносит себя в группы, соответственно выраженности своей идентичности он будет приводить эти группы в движение. Возникнут конфронтации по поводу потребностей и тем самым также по поводу границ группы». Идентичность в третьем аспекте понимается как экономический принцип, как психическая энергия, как социальная энергия, которая вызвала построение структуры. В этом смысле развившаяся гуманитарная структура понимается как сконцентрированная социальная энергия, а идентичность — как сумма всего жизненно-исторического опыта, сумма полученной социальной энергии в качественном и количественном выражении. Регуляция социальной энергии в значении отдачи и получения ее тесно связана с идентичностью. Социальная энергия имеет здесь важную медиаторную функцию между идентичностью и группой. В этом смысле идентичность понимается как функция, структура, групподинамическое явление и экономический принцип.

Следующий аспект идентичности — это идентичность как процессуальное явление в значении динамического принципа развития. Идентичность следует рассматривать не статически, но в постоянном энергетическом процессе конфронтации с другими людьми, когда групподинамический опыт постоянно находит своё отражение в гуманитарной структуре. В этом значении идентичность приходится постоянно вновь завоевывать. Здесь важную роль играет продолжительность жизни человека, так как по G. Ammon, развитие идентичности представляет собой явление на границе пространства и времени.

Идентичность в качестве процесса содержит в себе значение времени, как в прошлом, так и в настоящем и будущем, потому что интернализованная групповая динамика изменяется путем переживаний, впечатлений в групподинамических событиях настоящего и охватывает одновременно развитие в будущем. Изменение и рост идентичности совершаются в человеческом контакте, в котором речь идет о вопросах к себе самому, взаимных сообщениях о потребностях, одобрительных и отрицательных чувствах. Основную важность для развития идентичности имеют оценки и значимость, а также и экзистенциальные вопросы, которые касаются человека.

Центральную роль при развитии идентичности играет страх. В процессах интеграции и дифференциации в групповых контактах индивидуума он ощущается как

страх уничтожения, покинутости и идентичности. Выраженность страха в дефицитарной, деструктивной или конструктивной форме играет большую роль при преодолении кризисов. Кризисы идентичности возникают при изменениях, которые предъявляют новые требования к идентичности. Кризисы — это и креативные процессы, если они разрешаются конструктивным образом. Кризисы могут помочь людям прийти к «расширенной идентичности». Развитие идентичности понимается как креативный процесс.

Креативность рассматривается как Я-функция, которая развивается в активных группах. При креативном процессе, как и при развитии идентичности, границы «Я» открываются как наружу, так и вовнутрь, к бессознательному, в котором коренятся центральные структуры «Я». Однако это возможно только в креативной среде. Здесь становится ясной зависимость человека от группы, так как только через группу человек становится человеком и может быть человеком только в группе. Он получает свою жизненную энергию, вплоть до социальной энергии, из окружающей группы, от нарциссического подкрепления. Социальная энергия понимается как мотивационный фактор человеческого развития. Индивидуум обучается с помощью группы и в конфронтации с ней интегрирует свою психику в идентичность. Это организация его внутреннего мира. Таким образом, он устанавливает свои отношения с внешним миром, которые являются аспектом его идентичности в той мере, в которой группа подтверждает его идентичность, вне этого он не может поддерживать данную организацию. Хотя первичная группа играет значимую роль для развития идентичности, однако и в дальнейшей жизни во всех группах, формирующих человека, идентичность изменяется и может быть изменена. На основе многомерной гуманструктуральной концепции идентичности выводится понятие здоровья и болезни.

2.3.9. Комплекс симбиоза и архаические заболевания «Я» и идентичности

Болезнь понимается как дезинтеграция гуманфункций с дефицитарными и деструктивными проявлениями. Вследствие неспособности к приобретению опыта, негативной позиции или открытой неприязни матери и первичной группы по отношению к ребенку возникают тяжёлые расстройства развития. Ребенок, испытав экзистенциальные страхи покинутости и угрозу уничтожения, может лишь незначительно развить границы своего «Я» и приобретает реальный дефицит опыта в гуманструктуре. Поскольку не смогли развиться границы, возникли задержки с построением структуры. Области неприобретенного опыта оказались вне распоряжения ребенка и не были использованы для дальнейшего развития и образования структуры. Структуральная интеграция различных гуманфункций идентичности «Я» могла состояться только рудиментарно. Вследствие этого ребёнок остаётся в этих неинтегрированных областях в диффузной зависимости от недифференцированных форм отношений. Ощущения агрессии и страха, которые сопутствуют этому, он не имеет права воспринимать, но должен отрицать их. Этот дефицитарный опыт в прездипальном периоде, ведущий к гуманструктуральным дефектам, G. Amnion (1979) называет комплексом симбиоза, который рассматривает как решающий для так называемых «архаических заболеваний "Я"».

Архаические заболевания «Я» обнаруживают дефициты гуманструктуры, которые образовались вследствие нарушений развития «Я» и идентичности ребёнка в пер-

вичной группе. К архаическим заболеваниям «Я» принадлежат все тяжёлые психические заболевания, такие, как шизофрения, пограничное заболевание (бординерлайн), расстройства личности, аффективные психозы, наркомания, психосоматика, а также нарциссическая депрессия и перверсии. Эти архаические заболевания гуманитарной структуры понимаются как расположенные на скользящем спектре, т. е. диагноз и патологический процесс всегда поддаются изменению. Психическую болезнь как дефицит в гуманитарной структуре G. Amlund в другом месте обозначил как «пробел в "Я"». Дефицит в гуманитарной структуре может быть заполнен различной симптоматикой. Симптом заменяет неудавшуюся коммуникацию и представляет собой саморазрушительную попытку испытать собственную идентичность в смысле закрытия границ «Я». Исходя из этого понимания, архаические заболевания «Я» и соответствующее симптоматическое поведение имеют следствием определенный терапевтический подход. Лечение означает навёрстывающее развитие «Я» в смысле навёрстывающего построения гуманитарной структуры, в котором реальный дефицит гибко изменяется, переходя в процесс исправления по пути конструктивности и креативности. Существует большое различие с невротическим симптомом, который может пониматься как выражение ставшего бессознательным конфликта при наличии в иных отношениях в основном развитого и отграниченного «Я». Невротический симптом рассматривается пациентом как Я-дистонный, в то время как симптом при архаических заболеваниях «Я» воспринимается как Я-синтонный. При терапии неврозов речь идет, главным образом, о вскрытии ставших бессознательными конфликтов, которые должны быть осознаны, а не об исправлении реальных гуманитарноструктуральных дефицитов. Путём гуманитарноструктурального лечения архаические заболевания «Я» могут, в зависимости от уровней развития и лечения, изменяться на скользящем спектре в своем диагнозе и патологическом процессе, вплоть до перехода в невротическое заболевание и выздоровления.

Здоровье понимается как развитие гуманитарных функций в сторону их конструктивных, жизнеутверждающих возможностей, всегда в аспекте интеграции и развития идентичности.

Гуманитарноструктурология с ее процессуальной изменчивостью различных конструктивно, деструктивно и дефицитарно развитых гуманитарных функций, первично биологических центральных бессознательных и сознательных поведенческих функций является основой многомерного понимания человека. Исходя из такого понимания, болезнь становится категорией, которая представляет собой дисрегуляцию гомеостаза тела, психики и духа, а выздоровление — интеграцию дезинтегрированных многомерных областей человека. Многомерность в динамической психиатрии означает также интеграцию андрогинности, целостного понимания с включением тела, значения времени для человека, особенностей работы, религиозности и особенно креативности и идентичности.

2.3.10. Концепция андрогинности

Поскольку концепция андрогинности в динамической психиатрии является важнейшим принципом, то ей следует уделить особое внимание.

Историческое развитие темы и обзор литературы

Коллективно созданные обществом и принудительно навязанные представления о социальном и психическом различии полов были в различных проявлениях и

во все времена существенными детерминантами в культурной истории человечества. Однако постулирование и внедрение в жизнь дуалистического отношения к полам, всегда означающее чувствительное ограничение возможностей жизни и проявления способностей объединённых таким образом в общество индивидуумов, вызывало с самого начала противоположное стремление к ликвидации противопоставления полов, которое духовно выражалось как представление о первоначальной андрогинности человека. Таким образом, андрогинность как утопический план преодоления предписанных обществом ограничений путём интеграции мужского и женского начал в одной личности и связанное с этим новое обретение утраченной целостности человеческого бытия представляют собою древнейшую мечту человечества.

Уже в старейших дошедших до нас преданиях об истории человечества, мифах и легендах античных культур о сотворении мира видную роль играет представление о двуполости некоторых божеств. Андрогинность здесь следует понимать как символ целостности, совершенства и абсолютности божества, через который, однако, выражается глубоко человеческое стремление. Философские размышления на тему андрогинности восходят к досократовскому философу Пармениду в V в. до н. э. и находят своё первое развернутое выражение в «Симпозионе» Платона в виде рассказанного там художественного мифа о человеке-шаре, который также представляет собою символ идеи о первоначальной андрогинности человека. При господстве христианского патриархата в культуре европейского средневековья и в ранний период новой истории представление об андрогинности человека всемерно вытеснялось из сферы официальных дискуссий, но всё же оно сохранялось в теоретических трактатах алхимиков и тесно связанном с ними мистически-религиозном мышлении, выдающимся представителем которого может считаться J. Bohme (1575-1624). Начатая им со ссылок на библейский миф о сотворении человека теологизация понятия андрогинности была в начале XIX в. продолжена и развита теологом и философом F. von Baader. Однако в период романтизма возникла другая интерпретация андрогинности, обязанная не теологии, а духу просвещения, которая подчёркивала эмансипационный потенциал андрогинного образа, стиля жизни, который надлежало создать. В программном виде эта конкретная утопия была изложена F. Schlegel в его романе «Люцинда» (1799).

В конце XIX и начале XX в. представление о первоначальной андрогинности человека было интегрировано, преимущественно в аспекте бисексуальности, вновь появившимися дисциплинами — сексологией и психоанализом — и претворено в различные теоретические концепции. Из представителей сексологии здесь следует назвать R. Krafft-Ebing и M. Hirschfeld; в психоанализе — это прежде всего S. Freud с его концепцией изначальной бисексуальности человека и C. G. Jung, развивший представления в отношении архетипов Animus и Anima.

Начиная с 70-х гг. XX в., интерес к исследованию проблемы андрогинности человека всё более смещался в сферу академической эмпирически-экспериментальной психологии. Под влиянием операционализации этого конструкта в форме различных способов психологического тестирования до середины 80-х гг. XX в. появилось множество эмпирических исследований по теме андрогинности, причём они главным образом имели отношение к сексуальности в аспекте бисексуальности. При этом особенно авторитетным считался составленный S. Bern «Перечень половых ролей»

(«Sex-Role-Inventory»), который применялся в большинстве исследований. Хотя справедливая критика ограниченного понятия андрогинности у S. Bern, а также ее метода операционализации конструкта и заслуживает внимания, но всё же эмпирические исследования 80-х и 90-х гг. XX в. дали ряд новых интересных результатов. Нашли подтверждение причинные связи между андрогинностью и лучшим психическим здоровьем, более высоким чувством собственной ценности и более позитивным представлением о себе (Whitley B. E., 1988; Marsh H. W., Byrne B. M., 1991; Sieverding M., 1992). Эмпирические исследования также говорят о более высокой выносливости андрогинных людей к когнитивным и эмоциональным диссонансам и сопутствующей ей большей способности переносить неуверенность и амбивалентность (Rotter G. N., O'Connell A. N., 1978). Некоторые исследования указывают на то, что андрогинные люди отличаются большей гибкостью в поведении, связанном с межличностными отношениями (Babladelis G., 1978) и, в соответствии с этим, обнаруживают более высокую социальную компетентность (Campbell M. et al., 1981). Значительное количество эмпирических работ указывает также на возможные преимущества развития благодаря андрогинному личностному стилю, поскольку андрогинные пробанды всегда получали более высокие оценки по различным пунктам психологического исследования относительно уровня психического развития (Orlofsky S. L., 1977; Schiff E., Koorman E. S., 1978; Tzuriel D., 1984). В одном лонгитудинальном исследовании, проводившемся в немецкоязычных странах (Fooker I., 1992), были получены даже указания на то, что андрогинный жизненный стиль в старости может способствовать продлению жизни. В середине 80-х гг. XX в. научный текст, составленный при содействии находившегося тогда в расцвете движения Нью-Эйдж (New Age — новый век, англ.), даже был принят в официальный труд о медицине и культуре. В 90-х гг. XX в. в немецкоязычных странах появились многочисленные работы по андрогинности, в которых форсировалось критическое рассмотрение этой постановки вопроса. Из числа авторов здесь можно ещё дополнительно назвать U. Bock (1988, 1994), D. Alfermann (1989, 1993, 1994), B. Sill (1990, 1994) и H. Meesmann (1994), которые в монографии «Андрогиния и феминизм» также подробно рассматривают понятие андрогинности. В названных выше концепциях андрогинности нужно критически относиться к их ограниченному способу рассмотрения андрогинности человека. В то время как психоаналитическая традиция исследований парадигму бисексуальности человека сводит к сексуальности, академическая психология под социально-психологическим углом зрения, в первую очередь, ориентируется на характеристики половых ролей. Обе эти концепции андрогинности в этом отношении являются редукционистскими и не отвечают целостному пониманию личности. В качестве альтернативы существующим, G. Ammon разработал свою холистическую концепцию.

Теоретическая концепция андрогинности Г. Аммона

Для Г. Ammon работа над темой андрогинности была предметом исследовательского интереса на протяжении всей жизни. Уже его первые публикации в 1950 г. по теме матриархата имели к этому отношение. В 1983 г., а затем в 1984 и 1986 гг. он изложил в двух статьях: «Андрогинный человек» и «Андрогинность человека» своё холистическое понимание андрогинности: «Андрогинность есть высшее выражение и всеобъемлющая возможность человеческих качеств и человеческого бытия. Анд-

рогинность включает в себя все способы переживания и проявления выражения тела, психики и духа. Андрогинность означает синергизм и интеграцию преимущественно женских эмоциональности и мира фантазий с преимущественно мужской рационалистичностью и способностью к действиям. В гуманитарном понимании это означает также синергизм в нервной системе между потенциалами правого и левого полушарий головного мозга, как между сознательным и бессознательным ядром личности, между готовностью отдаться, преданностью, самоотверженностью, увлеченностью и активностью, с одной стороны, и образным, концептуальным мышлением, с другой стороны. Андрогинность означает также свободу телесного выражения готовности отдаться и ограничения и свободу эротических потребностей за рамками общепринятых, традиционных ролевых фиксаций. Андрогинность означает эмансипацию обоих полов, не в завоевании равенства женщины с мужчиной в общественных отношениях — при насильственном навязывании женщине мужской роли» (G. Ammon, 1986).

Таким образом, согласно G. Ammon, решающим критерием андрогинности служит гибкость, с которой человек может использовать и приводить в действие свой одновременно мужской и женский потенциал в различных размерностях человеческого существования, в зависимости от его актуальных потребностей и ситуативных требований. Жесткие ригидные мужские или женские фиксации в половой роли, в поведении, в установках и фантазиях или сексуальной практике представляют в этом смысле противоположность андрогинности. Андрогинный принцип ориентирован на существенные для нее размерности телесности, сексуальности, ощущения и переживания, и деятельности.

При разработке своих оценочных рейтинговых шкал размерностей андрогинности [Androgynitäts-Dimensions-Rating (ADA)] G. Ammon операционализировал четыре размерности (табл. 1).

В предлагаемой форме ADA является комбинацией из самооценок и независимых оценок и может применяться в группах самопознания и терапевтических группах. При этом самооценка каждого участника дополняется на отдельных шкалах его оценкой со стороны всей группы в целом. На четырех шкалах женские и мужские качества понимаются как полюсы континуума. Обе конечные точки каждой шкалы означают при этом крайние полюсы, например, фиксированное мужское или женское ролевое поведение в профессии, обществе или семье, тогда как средняя область шкал должна регистрировать многомерный спектр нефиксированных способов поведения. Конечно, эта шкала рейтингов в своем первом варианте не отвечает критериям качества стандартизированного психологического теста, тем более что конкретные случаи выраженности шкал в действительности не соответствуют континууму. Тем не менее, заполнение ADA в качестве профиля впечатлений от бессознательных процессов и как моментальный снимок при групподинамических сеансах под углом зрения развития андрогинности оказалось полезным для отдельных участников и для рассмотрения общегруппового процесса. Разумеется, заключенные в этом способе методические проблемы не позволяют рассматривать результаты как «объективные данные». Подобно результатам скринингового метода, они, в лучшем случае, дают указания на тенденции и показывают субъективный профиль впечатлений, без претензии на «объективное приращение» андрогинности.

Таблица 1

Шкалы рейтингов размерностей андрогинности по G. Ammon (тест ADA)

Сексуальность: андрогинная область										
женская									мужская	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
многомерность Роловое поведение, профессия и интересы: андрогинная область										
женская									мужская	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
многомерность Психическое восприятие, переживание и мышление: андрогинная область										
женская									мужская	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
многомерность Телесность и восприятие тела: андрогинная область										
женская									мужская	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
многомерность										

В соответствии с холистической и гуманистической ориентацией G. Ammon, все его теоретические построения развивались на основе терапевтической и групподинамической практики, поэтому уже в 80-х гг. XX в. в Центре конференций Немецкой Академии Психоанализа (ДАП) в Пестуме (Южная Италия) им был проведен ряд групподинамических заседаний по теме андрогинности. Цель работы при этом всегда состояла в том чтобы помочь участникам преодолеть затрудняющие их жизнь и делающие ее невозможной фиксации и «сделать человека свободным для его самых различных андрогинных возможностей».

Эта начатая G. Ammon работа далее была возобновлена и продолжена в рамках трёх групподинамических заседаний в 1998-2001 гг. Работа с фиксациями и с разви-

тием андрогинности участников также представляла важную задачу. Параллельно с этим целью заседаний было углубление теоретического рассмотрения темы андрогинности. Ниже будет показано, как с точки зрения психологии развития и социальной психологии могут возникать фиксации, а затем, на втором этапе, поясняется в какой форме можно работать с такими фиксациями в групподинамических сеансах самопознания. Эти теоретические положения наглядно иллюстрируются изображением процесса на примере трёх заседаний. При этом основные задачи отдельных заседаний разрабатываются в том виде, как они проявились в результате соответствующих групподинамических процессов.

Возникновение фиксаций в группе. При рассмотрении андрогинного принципа бросается в глаза тот существенный факт, что андрогинная идентичность человека погружена в окружающую группу, получает в ней опору и содействие. Группа как источник социальной энергии играет решающую роль в развитии андрогинной структуры человека. С точки зрения психологии развития, это, естественно, касается прежде всего первичной семейной группы, в которой человек растёт. Некоторые авторы, как, например, S. Vern, сделали из этого факта вывод, что детей следует андрогинизировать в процессе воспитания. Против этой ориентированной на педагогику концепции уместно возразить, что этого не требуется, так как каждый ребенок изначально «андрогинен». Скорее нужно обращать внимание на то, каким образом групповая динамика первичной группы может задерживать развитие андрогинности ребенка и вызывать бессознательные фиксации. Решающее значение при этом имеют не только сознательные установки родителей в отношении сексуальности их ребёнка, но ещё больше — связанные с этим бессознательные фантазии. В то время как в сознательных установках относительно того, каким должен быть ребёнок, будучи девочкой или мальчиком, большей частью отражаются общественные нормы и ценности, бессознательные фантазии обусловлены соответствующей жизненной историей родителей, их развившейся в конкретных обстоятельствах бессознательной позицией по отношению к своей собственной сексуальности и сексуальности партнёра, прошлой и актуальной партнерской и семейной динамикой. Таким образом, ограничения естественной андрогинности ребёнка проявляются не только в результате претворения в жизнь в рамках воспитания общественно предписанных ролевых клише, но ещё больше вследствие переноса бессознательных желаний и страхов родителей на ребёнка в форме делегирования обязанностей или использования его как Я-объекта для родителей. При этом способом, которым реальный ребёнок приводится в соответствие с бессознательными фантазиями об идеальном ребёнке и тем самым с его функцией для родителей, всегда является селективное применение социально-энергетического обмена; это означает, что социально-энергетически вознаграждаются только такие жизненные проявления ребёнка, которые соответствуют родительским желаниям, а отклоняющееся от этого поведение ребёнка либо встречает агрессивный отпор, либо игнорируется. Таким образом, жёсткие фиксации на одной или нескольких размерностях андрогинности развиваются в тех случаях, когда родители, сообразно с собственными бессознательными потребностями, оказывали только одностороннее социально-энергетическое содействие либо мужскому, либо женскому восприятию и поведению ребёнка, тогда как другая сторона детской потенциальности последовательно отрицалась или активно подавлялась. Для ребёнка и будущего взрослого человека это имеет следствием то, что его сознательно воспринятая и реализованная

половая идентичность в отдельных размерностях андрогинности может формироваться в областях, развитию которых помогала конструктивная социальная энергия, тогда как другие аспекты его потенциальности приходится или активно защищать, или они остаются настолько неразвитыми, что их даже нельзя воспринимать в качестве возможности. В любом случае для такого человека следствием является ограниченное в результате сопротивления, редуцированное «слепыми пятнами» проявление развития своей идентичности и вытекающих отсюда жизненных возможностей, что, принимая во внимания условие возникновения такой ситуации, вполне можно обозначить понятием «запрещение жизни».

Поэтому групподинамические заседания, в которых участвуют также супружеские пары с детьми, предлагают, например, возможности одновременного изменения родителей во взрослой группе и детей в их детской группе, так что возникающие фиксации можно распознать и изменить на ранней стадии.

В понимании социальной экологии социализация половых ролей, естественно, имеет место не только в первичной группе, но также и в самых различных общественных учреждениях — в детских садах, в школе, в спортивных обществах, через средства массовой информации и т. д. Все эти учреждения, включая семейную группу, тесно связаны с большой группой — обществом — и отражают в своём функционировании его преобразования. G. Amnion описал ограничения личности, которые являются результатом социализации с фиксированием ролей в этих сферах: «Общественные учреждения, например, детский сад, школа и университет ограничивают андрогинность индивидуума, т. е. мир его фантазий, образное мышление и восприятие, в результате своих односторонних требований к деятельности на уровне левого полушария головного мозга. Это ведет к ограничениям креативности и утрате полноты человеческого бытия с тем результатом, что человек не имеет права следовать своим собственным потребностям, чувствам и установкам».

Для социализации классического полового стереотипа в общественных учреждениях эти причинные связи уже неоднократно были описаны в литературе. Необходимо указать лишь на один феномен, который постоянно выступал на передний план на проводившихся групподинамических заседаниях как зеркальное искажение классической полоролевой социализации. У участников упомянутых 3 заседаний во многих случаях можно было наблюдать, что они неоднократно обнаруживали идентификацию с противоположным полом, т. е. что женщины демонстрировали скорее мужское ролевое поведение, тогда как многие мужчины, в соответствии с тенденцией, больше обнаруживали женские черты. Для обоих полов в этом отношении было заметно, что раньше усвоение аспектов классической половой роли было проблематичным и подвергалось запретам. Таким образом, для многих участников шаг к освобождению состоял не в том, чтобы избавиться от ограничений при помощи классического ролевого стереотипа; переход границы состоял в том, чтобы суметь дать себе самому разрешение и осмелиться, наконец, чувствовать и вести себя в качестве мужчины классически по-мужски и в качестве женщины классически по-женски.

Как можно понимать эти неожиданные обстоятельства в свете процессов изменения, происходящих во всем обществе? В отношении тенденции к изменению женских ролей можно предполагать, что частичный распад патриархата и изменившаяся вследствие этого общественная роль женщины с вытекающими отсюда новыми жизненными планами и возможностями привели к тому, что женщины скорее отвергают

и предотвращают однополую идентификацию со своими матерями, которых они часто воспринимают как слабых и зависимых; в то же время они стремятся к идентификации с противоположным полом, с отцом, которого они считают сильным и независимым.

Потребности, которые соответствуют классической картине ролей, скорее отвергаются и подлежат строгим запретам, так как бессознательно они приравниваются к зависимости, подчинённости, утрате автономии и идентичности и представляются несовместимыми с изменившимся самосознанием женщин. Конечно, при этом нужно учитывать, что патриархальные структуры, продолжающие существовать именно в профессиональной и трудовой сфере, во многих отношениях навязывают мужскую ролевую ориентацию женщинам, которые стремятся к самореализации и успеху. Однако, наряду с этими новыми ориентациями, часто продолжают сохраняться классические ролевые ориентации, при этом можно сказать, что «борьба полов» во многих отношениях сместилась от общественной и межличностной плоскости к внутриспсихической. По причине часто необозримой путаницы традиционных и новых ориентации, попытки разрешения этой конфликтной напряжённости в значении идентичности имеют различную природу и простираются от форсированного изменения роли, которое может перейти в транссексуальную ориентацию, вплоть до женщин, которые во внешних формах поведения проявляют себя очень нежными и по-женски соблазнительными, в то время как внутри чувствуются вполне мужские, часто явственно жёсткие черты характера.

Общественные катаклизмы прошедшего века привели к тому, что мужчины также испытывают сильную неуверенность в отношении своих половых ролей. В то время как классически мужская, ориентированная на патриархат, половая роль в настоящее время во многих отношениях осуждается обществом, новые ролевые схемы вырабатываются достаточно медленно, и среди мужчин часто проявляются растерянность и отсутствие ориентации в вопросе, каким сейчас мужчина должен или может быть. Это ощущение обостряется еще тем, что во все более «безотцовском» обществе у юношей не имеется в распоряжении мужских ролевых эталонов и фигур для идентификации, которые могли бы продемонстрировать схемы конструктивного, не имеющего фиксированных ролей типа мужчины. Многие юноши либо растут совсем без отца с одинокой матерью, либо, если отец имеется, то часто он недоступен для сына в эмоциональном плане и не в состоянии исполнять свою отцовскую роль. Если же триангуляция диады мать-сын через отца не удаётся, то следствием является затянувшийся симбиоз матери и сына и усиление продолжающейся идентификации сына с противоположным полом в лице матери. Вместо самостоятельной мужской половой роли из этой констелляции часто развивается псевдофемининная полоролевая идентичность по бессознательному образу матери, с сознательным озлоблением против отца, который якобы отверг сына и бросил его на произвол судьбы. В большинстве случаев проявляется бессознательная деструктивная агрессия, направленная против матери и женщин вообще, которые, по причине сохраняющейся симбиотической зависимости, воспринимаются как непреодолимая сила, препятствующая развитию мужской идентичности. В ходе проводившихся заседаний эту констелляцию с более или менее сильной выраженностью можно было постоянно наблюдать у участников-мужчин. Все чувствовали облегчение, когда участнику удавалось в рамках группы преодолеть свои запреты на идентичность в отношении классической половой роли

и, благодаря этому суметь ощущать и вести себя как отграничившийся, способный настоять на своём и в конструктивном смысле по-мужски агрессивный человек. По причине, связанной у мужчин с этими фиксациями ранимости чувства собственной ценности и идентичности, особенно когда с этими фиксациями были связаны травматические детские переживания, в рамках групподинамических процессов у участников-мужчин случались сильные вспышки деструктивной агрессии, которые тогда приходилось купировать группе.

Часто мужчины с сильными фиксациями противоположного пола имеют таких же партнёрш, которые, скорее комплементарно, берут на себя мужскую, агрессивную ролевую партию. Однако эту инверсию классических отношений полов в партнёрстве нельзя смешивать с андрогинностью; скорее здесь возникает, по причине только смещенных фиксаций, картина старых проблем в новом обличье. Дело в том, что, согласно G. Ammon (1986), андрогинность означает эмансипацию обоих полов, а не зеркальное искажение существующих отношений.

Вопрос о распределении ролей в партнёрских отношениях — это в то же время вопрос о причинах того, почему в позднем возрасте фиксации сохраняются или даже ещё усиливаются. Т. е. почему партнёры обоюдно блокируют себя в своем развитии андрогинности и всякий раз отказываются развивать и реализовывать определенные потенциалы своей собственной личности и, вместо этого, предоставляют партнёру проявлять эти способы поведения заместительным образом. На этот вопрос у G. Ammon имеется следующее указание: «При ощущении перехода границы и соответствующем поведении андрогинных людей с творческой динамикой в их группах постоянно будет играть большую роль ревность и связанный с ней глубочайший страх покинутости. Но это именно андрогинность, т. е. возможность одновременно ощущать и вести себя как женщина, и как мужчина, вызывает эти чувства ревности, потому что оба партнёра могут принять на себя соответствующую их телесности сексуальную роль и роль, обусловленную отношениями с другими партнёрами» (Ammon G., 1984).

Из этой цитаты видно, что, как правило, неуверенность в привязанности партнёра и обусловленный этим страх быть покинутым заставляют человека отсекаать жизненные возможности у себя и у партнёра. Там, где это имеет место, партнёры, вследствие их дефицитарной собственной андрогинности, взаимно вынуждены сохранять отношения друг с другом. И эта вынужденность в значении зависимости усиливает ощущаемую ненадёжной или же только воображаемую таковой связь, что помогает избежать страха покинутости. Здесь становится ясной тесная связь жёстких ролевых фиксаций в партнёрстве с комплексом симбиоза. Как правило, оба партнёра в равной степени подвержены этому бессознательному страху утраты, вследствие чего их связь большей частью обнаруживает черты тайного сговора в смысле межличностной защиты. Если теперь один из партнёров начинает, например, в рамках собственных процессов развития в групподинамической группе самопознания, ставить под вопрос это распределение ролей и подвергать критическому рассмотрению свои фиксации и фиксации другого партнёра, то часто реакцией последнего, который видит в этом угрозу для отношений, будет сильная ревность. Здесь может быть очень полезной окружающая группа, которая предотвращает связанную с чувствами ревности деструкцию, распознаёт связанное с этим глубокое страдание человека, мучимого страхом утраты и разделяет его. Это соответствует положению, что «первый

шаг при ревности и страхе покинутости состоит в том чтобы в контакте с другими людьми допустить их, не используя известные динамики типа «борьба или бегство» (Ammon G., 1984). Однако он в этой связи предупреждает о том, что «работа с ревностью представляет трудноразрешимую проблему, которая может взорвать целые группы».

Преодоление фиксаций в группе. Ниже будет показано, в какой мере группа, в данном случае конкретно группа самопознания на групподинамической сессии в состоянии оказать помощь своим членам в развитии их андрогинности, т. е. при ликвидации сложившихся фиксаций. Основным принципом здесь можно считать, что задержки и нарушения развития идентичности человека, которые возникли в группе, — как правило, в первичной семейной группе, — могут быть преодолены в группе и при помощи группы. G. Ammon (1984) описывал причинную связь андрогинности и группы следующим образом: «Согласно нашему опыту, для развития и разрешения андрогинности группа, естественно, играет самую решающую роль, т. е. андрогинность должна получать поддержку в форме социальной энергии, межчеловеческой энергии и силы, которая сообщается человеку и которая, через многообразие развивающихся таким образом отношений снова возвращается в группу. Она образует андрогинную структуру и появляется в группе как энергетическая величина, где она со своей стороны опять может содействовать образованию и изменению структуры».

Решающее значение для развития андрогинности имеет социально-энергетический обмен. Так как фиксации в детстве или в дальнейшей жизни возникают и могут сохраняться дальше на основе деструктивной или дефицитарной социальной энергии, то эта причинная связь вполне очевидна. Таким образом, важнейший шаг к тому оживлению заторможенных процессов развития, состоит в том, чтобы создать в группе поле конструктивной социальной энергии, при посредстве которого становится возможным развитие. При этом конструктивная социальная энергия в группе всегда означает систему контактов и отношений членов группы друг с другом, которая строится на взаимном человеческом интересе, за рамками традиционных социальных контактов; это взаимное сближение в значении конструктивной агрессии и конфронтации с целью развития отношений. Создание такого социально-энергетического поля является основным принципом всей групповой динамики. Основные процессы групповой динамики — это распространённые повсеместно процессы, т. е. они не специфичны для темы андрогинности. Поэтому следует ограничиться описанием некоторых аспектов социально-энергетической работы, которые имеют прямое отношение к развитию андрогинности в рамках групподинамических сеансов.

Первый шаг социально-энергетического обмена всегда состоит в понимании идентичности другого человека в том виде, как он проявляет ее при контакте. Причём это представление идентичности не ограничивается только лишь сознательным, обдуманно демонстрируемым выражением, но оно включает в себя также бессознательные, произвольно обнаруженные, например, посредством языка тела, аспекты идентичности. Существенные элементы потенциальности человека при этом исключены из сознательного восприятия и не интегрированы в осязаемую для наблюдателя его идентичность. Несмотря на это, скрытые, непроявленные элементы, как правило, бессознательно и произвольно обнаруживаются и могут быть восприняты в групповой обстановке. Таким образом, группа может путем обратной связи о чувстве контрпереноса в отношении отщепленных, неразвитых аспектов идентичности уча-

стника сделать для него осознанными слепые пятна в его самовосприятии. Очень полезным в этом отношении показало себя проведение оценочного теста андрогинности (ADA) в начале и в конце занятия. Когда при этом вся группа формализованным способом оценивает по четырем характеристикам для каждого участника выраженность его андрогинной идентичности, и это независимое чужое восприятие непосредственно сопоставляется с самооценкой, то здесь обнаруженные расхождения демонстрируются в такой форме, которая вынуждает данного участника к критическому рассмотрению этого обстоятельства. Ощущение диссонанса вследствие расхождения между фиксированным своим собственным образом и групповым восприятием идентичности или потенциальности часто бывает для многих участников первым шагом к тому, чтобы на пути осознания снова открыть для себя задержанные, блокированные возможности развития. Но и для группы, благодаря исследованию по ADA, становятся понятными фиксации отдельных участников и вытекающие из этого задачи, так что ей тем самым даётся возможность оказать поддержку в их развитии, и поставить перед ними требования в этом отношении. Конечно, реакции участников на такие диссонансы бывают весьма различными и простираются, в зависимости от конкретной истории жизни, гуманструктуры, степени тяжести фиксаций и др., от отпора и сопротивления, через конструктивную конфронтацию, вплоть до приносящего облегчение согласия с расходящимся чужим, независимым восприятием. Так, например, одна участница, которая чувствовала себя связанной в очень неудовлетворяющем партнерстве, сообщила, что для неё было бы чрезвычайно большим облегчением, если бы группа определила у нее сильные женские качества в пунктах телесности и сексуальности, так как она, по причине ее восприятий в партнерской связи, уже давно кажется себе бесполом существом. На этом примере становится понятно, что развитие андрогинности, в конечном счете, следует понимать как открытие заново пока ещё не использовавшихся в жизни сторон личности и их интеграцию в воспринимаемую идентичность в значении целостности. Так как этот процесс только редко протекает так беспроблемно, как у этой участницы, и большей частью сопровождается конфликтами и даже мучителен, то здесь социально-энергетический обмен с группой играет решающую роль. При этом важно, чтобы отвергнутые, неинтегрированные стороны личности вступали в контакт с конструктивной социальной энергией, поступающей от группы, не только в том плане, что они воспринимаются группой, но и потому, что группа признает их ценность для данного человека и тем самым поддерживает их. Здесь важное значение имеют также фантазии группы о том, какие жизненные возможности мог бы иметь в своём распоряжении данный индивидум, как он мог бы конструктивно развивать свою идентичность, так как фиксации всегда связаны с ограниченным фантазированием в отношении самого себя и своей жизни. Таким образом, когда группа одобряет и объявляет желательным то, что человек до сих пор отвергал как неприемлемое для себя, она тем самым может ему помочь путем интернализации этих её обратных сигналов поставить под вопрос и преодолеть существующие жизненные запреты. Но здесь решающим является то, чтобы группа не только дала участнику «разрешение» на расширение идентичности, но и требовала этого от него, так как конструктивная социальная энергия, помимо нарциссической поддержки в виде понимания и одобрения, всегда содержит в качестве второго существенного компонента конфронтацию, направленную на развитие отношений. Ориентируясь на андрогинность, конфронтация фокусируется на вред-

ных воздействиях фиксации на жизненных возможностях индивидуума, на отягочающих последствиях для контактов с ним в группе и на его сопротивлении развитию, связанном с фиксациями.

Но дискуссия в этом смысле может быть успешной только тогда, когда она конструктивна. Это означает, что отдельный участник ощущает при этом неподдельный человеческий интерес группы к своей личности, т. е. он чувствует, что речь идёт о нём и ему желают добра. На групподинамическом заседании со стороны участников требуется определённая мера гуманструктурального развития и способности к контактам, так как при патологической структуре личности контакт и интерес воспринимаются как угрожающие, параноидно перерабатываются, и ответом может быть деструктивная внешняя реакция. Эти трудности в социально-энергетической работе с участниками, у которых фиксации локализуются в патологической области, в ходе групподинамических заседаний постоянно возникают, и они определяют повышенные требования к интеграционной способности групп.

На групподинамических заседаниях работа по развитию андрогинности участников проводится в соответствии с целостным принципом интеграции тела, психики и духа параллельно в нескольких плоскостях, имеющих отношение друг к другу. На заседаниях группы самопознания, главным образом ориентированных на вербальные методы, происходит социально-энергетический обмен в ситуации «здесь и сейчас» с учетом конкретных отношений между участниками. На переднем плане больше выступает эмоционально-психический уровень. В докладах, на проводимых в вечернее время семинарах по различным аспектам андрогинности и групповой динамики и в последующих дискуссиях по этим вопросам, больше внимания обращается на критический разбор темы, что для сознательной интеграции впечатлений от дискуссии играет важную роль. Наконец, при помощи ежедневно проводимых гуманструктуральных танцевальных занятий, в которых все вместе принимают участие, в холистический процесс вовлекается и невербальный телесный уровень.

Именно гуманструктуральный танец показал себя особенно значимым для развития или восстановления андрогинности участников. Причины этого кроются в выявляющих творческие способности возможностях танца, который вовлекает бессознательные, ориентированные на тело, и психику, компоненты человека, и таким образом создает возможности для проявления идентичности и полоролевой идентичности. Последняя в большой мере выражается и передается окружающим посредством семантически кодированных признаков: платья, причёски, мимики, телодвижений, осанки, голоса и т. д. С точки зрения психологии развития, различие полов на основании внешне воспринимаемых признаков, таких как платье или длина волос, является базовым (Fagot B., 1985; Kohlberg L., 1966). Так, например, четырехлетний ребёнок для описания половых различий на уровне своего умственного развития, в первую очередь, прибегнет к таким внешним признакам. Только начиная с возраста около 6 или 7 лет, во внимание принимаются свойства личности, которые ребенок понимает как типично «мужские» или «женские». В отношении выражения собственной половой принадлежности следует отметить параллельный путь развития в том смысле, что маленький ребёнок вначале усваивает, как он, будучи девочкой или мальчиком, должен выглядеть или двигаться, а затем, в более поздний момент развития, он сам начинает приписывать себе соответствующие черты характера. Этот ход развития важен в том отношении, что фиксации, как правило, берут своё начало в ран-

нем детстве, когда они не только психически закреплены, зафиксированы в памяти, но также имеют сильные корни в телесной памяти, т. е. «вписаны в тело».

Гуманструктуральный танец позволяет с помощью телесного языка, затрагивающего филогенетически более древние проявления фиксаций, многое увидеть прямым, а не окольным путем через речь. Этим объясняется часто возникающее чувство освобождения, о котором сообщают многие участники, когда им в танце удастся перейти границу, выйти за пределы прежних ограничений. Группа выполняет роль защитной среды для самовыражения танцующего и отражает это в своих ответных реакциях. Танец благодаря телесному опыту открывает доступ к архаическим ступеням развития личности. Так как танцующий становится при этом более ранимым, то в ответных реакциях группы необходима более высокая мера тактичности и осторожности, чем на вербально ориентированных занятиях группы самопознания. Для участников группы самопознания гуманитарный танец является хорошей возможностью, чтобы видоизменить и выразить непосредственно на уровне тела выявленные на вербальных сеансах конфликты и фиксации и таким путем зачастую гораздо быстрее добиться прогресса в развитии андрогинности, чем это могло бы произойти без танца. Но для этого необходимо, чтобы самовыражение танцующего дружелюбно и с пониманием принималось группой, и он был в состоянии воспринять одобрительную обратную связь и интегрировать изменившееся представление о себе.

Психологический анализ трех групподинамических закрытых заседаний по теме андрогинности в 1998-2000 гг. При рассмотрении групповых процессов на всех трех заседаниях заметно, что на первом из них освобождающий потенциал темы был воспринят группой наиболее сильно, что было связано с определённой эйфорией и настроением готовности к переменам, тогда как на втором и третьем заседаниях стали скорее заметны фиксации участников и полоспецифические препятствия, помехи на пути к андрогинности. Понятно, что привлекательность темы чувствовали прежде всего люди, которых она с различной выраженностью затрагивала в том отношении, что их полоролевые ориентации отчасти содержали проблемы. Но в индивидуальных жизненных историях участников также ясно отражались характерные для всего общества в целом изменения прошедшего века, которые привели к значительным сдвигам и неуверенности в отношении полоролевой идентичности. Общественные изменения создали ситуацию, в которой на старые распределения ролей, хотя они часто еще и существуют, накладываются новые ролевые представления о себе. Женщины больше не согласны, чтобы им навязывали вековой давности ролевую схему пассивной зависимости. Мужчины все больше сознают, что, помимо доминантности, агрессии и рационализма, в них имеется также эмоционально-мягкая и интуитивная плоскость. Эти новые ориентации привели к значительному расширению диапазона способов поведения мужчин и женщин. Но этому сопутствует более высокий конфликтный потенциал и большая неуверенность в отношении собственной половой роли.

Общественная переходная ситуация отражалась на всех трех заседаниях в том, что как для мужчин, так и для женщин, принятие на себя классической половой роли всё больше представляло проблему; это означало, что женщины отчасти испытывали трудности в проявлении своих мягких и женственных сторон, тогда как мужчины скорее обнаруживали негативизм в отношении доминантного и ограниченного ро-

левого поведения. К тому же на состоявшихся заседаниях стало понятно, что как раз у наиболее сильно фиксированных участников дело касалось, прежде всего, заполнения существующего дефицита и в меньшей степени интеграции андрогинных способов поведения в целостную личность. Особенно на втором заседании стали ясны границы группотерапевтической работы с участниками, имеющими патологические фиксации, которым была бы нужна предварительная терапевтическая проработка. На всех трёх заседаниях как в начале, так и в конце, проводились замеры при помощи Я-структурного теста (Amnion G., Finke G., Wolfrum G., 1998), а также рейтингового теста ADA. При этом расхождения на различных уровнях теста ADA между в большей степени сознательной самооценкой и ближе лежащей к бессознательному независимой групповой оценкой усилили дискуссию и конфронтацию в группе.

Тематическими центрами тяжести дискуссий первого заседания были значение андрогинности для целостного переживания и поведения в партнерстве, эротике и стиле жизни и ставшие при этом видимыми механизмы сопротивления. Как критическое рассмотрение темы, так и интеграция духовности как существенной человеческой размерности играли при этом важную роль, что подтверждают данные, полученные в параллельно работавшей группе дипломантов и докторантов, о групподинамическом процессе которой сообщалось в работе (Binder A., 1999).

Сравнение начального и конечного замеров групповых средних оценок по ISTA показало несомненный прирост в шкале конструктивной агрессии при одновременном понижении деструктивной агрессии. При сравнении начального и конечного замеров с помощью рейтингового теста показателей андрогинности (ADA) средние значения независимых оценок всей группы при первом заседании в соответствии с тенденцией позволяли предположить приближение к андрогинной средней области, т. е. возвращение к гетерогенности, отход от фиксаций экстремальных фемининности и маскулинности, однако в различной степени у женщин и мужчин.

Мужчины, по сравнению с женщинами, добиваются большей андрогинности, тогда как женщины позволяют себе больше средневывраженной фемининности. В области «Рольное поведение, профессия и интересы» у мужчин отмечалось больше андрогинности, но дополнительно и больше фемининности при одновременном редуцировании средней и сильной маскулинности. Вся группа женщин при неизменной андрогинности разрешает себе явно больше фемининности в средней и высокой степени. В области «Психическое восприятие, переживание и мышление» оценки у мужчин, при почти одинаковых значениях андрогинности, указывали на редуцирование в женских ориентациях в пользу увеличения лёгкой и средней маскулинности. Здесь мужчины отличались от женщин, — последние добивались большей андрогинности. В показателях «Телесность и восприятие тела» во всей группе мужчин при неизменной андрогинности отмечены явный прирост в области средней маскулинности; в противоположность этому, женщины в средней области обнаруживали снижение андрогинности, но зато увеличивали фемининность.

Таким образом, рассматривая полученные данные, можно констатировать, что в 1998 г. вся группа женщин развила в областях «Сексуальность», «Рольное поведение, профессия и интересы» и «Телесность и восприятие тела» женскую идентичность, а в области «Психическое восприятие, переживание и мышление» — андрогинность. Вся группа мужчин смогла добиться большей андрогинности в областях «Сексуальность» и «Рольное поведение, профессия и интересы» и большей мужской идентич-

ности в областях «Психическое восприятие, переживание и мышление» и «Телесность и восприятие тела».

Второе заседание (1999) характеризовалось тенденцией к транссексуальной проблематике у некоторых участников и более явно определялось запретами и патологическими феноменами. В качестве первоочередных задач обнаружилось больше проблем с женской половой ролью, когда некоторые участницы описывали себя в большинстве показателей ADA как очень фемининных, но воспринимались группой как преимущественно маскулинные или относительно андрогинные. У некоторых участников сохранялись сильные бессознательные фиксации; самооценка и независимая характеристика по ADA расходились более резко и явно, причем некоторые области оставались при втором замере неизменными, несмотря на полемику об этом в группе. Обнаруживалась также причинная связь патологических фиксаций и слабостью регуляции, т. е. неспособности относиться друг к другу гибко, уступчиво, без чувства вины, что заметно затрудняло изменения, вследствие связанных с этим проблем в согласии на получение социальной энергии. Но в ходе заседания у большинства участников всё же проявились заметные изменения в плане андрогинного расширения идентичности, особенно благодаря возможностям гуманитарного танца. При начальном замере с применением ISTA бросалось в глаза, что групповая средняя оценка для шкалы деструктивного нарциссизма была заметно повышенной, в сравнении с двумя другими заседаниями и со временем в динамике изменения также были незначительными. Увеличение отмечено по шкале конструктивного страха, возможно, как выражение повышенной уязвимости группы с более сильной нарциссической проблематикой и связанными с этим требованиями к большей переносимости страха.

Характерным для третьего заседания (2000 г.) было то, что в нём участвовало необычайно много супружеских / партнерских пар, и в результате этого неизбежно возникла оживлённая дискуссия о значении андрогинности для партнерских отношений. В первый раз была большая детская группа, где стало видно, насколько большим препятствием для развития детей может оказаться нереализованная андрогинность у родителей. У супружеских пар эта проблематика проявлялась в форме обмена ролями или ложного восприятия своей полоролевой идентичности и вытекающей отсюда агрессии. Некоторые женщины описывали себя по различным показателям теста ADA как преимущественно фемининных, но воспринимались группой скорее как маскулинные и даже доминантные. Их мужья характеризовали себя по ADA скорее как маскулинных, но в своём поведении в группе обнаруживали тенденции к фемининности; тем самым партнерские конфликты были заранее запрограммированы. Это зеркальное искажение классических половых стереотипов обнаружилось уже в процессе представления участников: в то время как женщины делали акцент на своей профессиональной идентичности и компетентности, т. е. в классическом смысле претендовали на мужскую ролевую ориентацию и, представляя себя, пренебрегали контекстом партнерства, мужчины скорее подчёркивали отношение к партнерше и меньше — профессиональную идентичность, т. е. в сравнительно большей степени принимали на себя классически женскую роль, ориентированную на чувства и отношения. Если говорить о проблематике развития андрогинности, то на этот раз мужчины особенно бросались в глаза со своими трудностями: мягкие на вид мужчины внезапно обнаруживали резко агрессивное поведение, но

приписывали себе в тесте ADA по-женски мягкие черты, что членами группы не подтверждалось. Первоначально они проявляли «псевдофемининность», которая была не подлинной, а усвоенной, но затем, наконец, оказывались способны выразить своё собственное желание ощутить себя в своей мужской половой роли, и в конце концов, интегрировали также женские стороны. В соответствии с этим, при сравнении начальных и конечных замеров по ADA для всей группы в целом оказалось, что приближение к классической половой роли или «повторное приобретение» ее частей состоялось.

В ISTA для всей группы обнаруживалось наиболее выраженное повышение показателей конструктивной сексуальности, за которой следовали конструктивное внешнее и внутреннее Я-отграничение, конструктивный нарциссизм и конструктивный страх. Эти изменения можно понимать как выражение расширенной способности к формированию отношений и более свободного обращения с собственной сексуальностью, которые становятся возможными в результате использования до сих пор запретных элементов классической половой роли.

В целом бросается в глаза, что в ходе всех 3 групповых заседаний каждый раз в средних оценках по ISTA наблюдается не только прирост во всех конструктивных качествах и снижение в большинстве деструктивных и дефицитарных характеристик, но можно также заметить по всем 3 заседаниям непрерывный рост относительного уровня всех конструктивных качеств и соответствующее снижение деструктивных. Как тенденция это относится также к дефицитарным качествам, которые, однако, в целом при втором, «самом тяжелом заседании» были выше, чем при первом. Данный феномен особенно бросается в глаза, если принять во внимание разнородность состава групп на каждом заседании.

Резюмируя, необходимо еще раз указать на то, какие возможности для развития андрогинности открываются благодаря работе в группах самопознания, поскольку здесь участники могут использовать зеркальную (отражательную) функцию группы, когда становятся видимыми собственные неинтегрированные области, и овладеть размерностями переживания, восприятия и поведения, которые до сих пор оставались закрытыми. Имея в виду общественные перемены и вредные последствия фиксаций для развития идентичности и жизни человека вообще, можно подчеркнуть даже необходимость использования подобных групп.

G. Ammon (1986) указывает на общественное значение андрогинности в следующей цитате: «Духовный принцип андрогинности в моём понимании всегда означает уход от фиксаций и конкретных способов мышления и действий в сторону концептуального и целостного видения / понимания человека. Духовный принцип андрогинности означает в глубочайшем смысле устранение противопоставления мужского и женского, глубочайшего общественного противоречия, которое ответственно за дуалистическое мышление».

2.4. Диагностика и концепция лечения в динамической психиатрии

Основой диагностики является холистический взгляд на человека. Человек рассматривается и понимается целостно (холистически) с телесной, психической и духовной сторон, и многомерно, в его потребностях, интересах, здоровых и боль-

ных компонентах и потенциалах. G. Amnion подчеркивает групповую сущность индивидуума, который на протяжении своей жизни развивается в различных групповых отношениях. Его бессознательное — это тот резервуар, где накапливаются различные пережитые групповые динамики, и который содержит креативные (творческие) возможности и потенциалы развития (Amnion G., 1982).

Построение теории, научное исследование, диагностика и лечение находятся в состоянии постоянного развития, чтобы соответствовать своеобразию личности в ее гуманструктуральном становлении идентичности, ее потребностях и возможностях. Поэтому целостная диагностика в динамической психиатрии понимается не только относительно болезни, но и здоровья; это означает, что должны учитываться также здоровые стороны человека, его телесные, психические и духовные аспекты. Поскольку в процессе лечения человек изменяется в различных личностных параметрах, то каждый диагноз следует понимать процессуально изменяющимся. Исходя из групподинамического понимания лечения, изменение совершается благодаря соответствующему опыту, влиянию, которые находят своё отражение в структуре личности человека. Поэтому в плане диагностики здоровья гуманструктура должна исследоваться с самого начала, исходя из возможностей ее развития. В начале лечения проводятся детальный сбор анамнеза и диагностика, которые включают в себя психопатологические, неврологические, соматические исследования и при необходимости привлекаются другие специалисты. Пациент обследуется психологом и социальным работником. При этом применяются Я-структурный тест Аммона, другие личностные и интеллектуальные тесты.

В Клинике Ментершвайге используются также аутокинетический световой тест и проводятся исследования в лаборатории сна. Результаты активно обсуждаются с пациентами, которые поэтому могут стать партнерами в диагностическом процессе.

Для того чтобы проанализировать внутриспсихическую групповую динамику пациента, фиксируются групповые изменения, которые отражаются в отношениях пациента с сотрудниками, другими пациентами и с терапевтическими группами. Все сведения о пациенте содержат в себе указания для диагностики и одновременно диагностическая ситуация представляет собой терапевтическую. Как для диагностики, так и лечения важное значение имеют непосредственные наблюдения повседневной жизни и поведения; сюда относятся стиль одежды пациента, выражение лица, жестикация, организация его жизни, включая бытовые условия, умения и навыки, способность брать на себя ответственность, а также характерные особенности. Необходимо распознать феномены переноса и контрпереноса в различных сферах лечения, особенно в обстановке стационара, понимать их как отображения бессознательной семейной динамики пациента. Результаты анамнестических и экспериментальных исследований рассматриваются и координируются на врачебной конференции (Case Konferenz).

Как указывалось выше, динамическая психиатрия связывает групповую динамику пациента с соответствующими отношениями, в которых он живёт. Это означает, что групподинамический принцип является основополагающим для лечебной концепции динамической психиатрии. Согласно такому пониманию, больной человек является выражением больной группы с нарушенной коммуникацией, которую он запечатлел в памяти, и он может в соответствующей группе снова выздороветь. Груп-

подинамический принцип по G. Ammon (1994) имеет значение в следующих аспектах лечения:

- 1) при исследовании жизненной истории пациента;
- 2) при исследовании актуальных групповых связей, которые были у пациента к моменту заболевания;
- 3) какая бессознательная групповая динамика в комплексе переносов в ходе психотерапии устанавливается снова, и как изменяется групповая динамика во время лечебного процесса;
- 4) работа с бессознательными групподинамическими зеркальными процессами и супервизия медицинской бригады;
- 5) работа с бессознательной групповой динамикой сотрудников как в клинике динамической психиатрии, так и в амбулаторных условиях.

По этим причинам групподинамические процессы вводятся в действие для лечения пациента в клинике в целом, в милитерапевтических группах, в дневных и ночных стационарах, амбулаторных учреждениях и др.

Групподинамическое окружение интегрируется как социально-энергетическое терапевтическое поле. Все социально-энергетическое групподинамическое и милитерапевтическое поле клиники вместе с внешней терапевтической системой служит лечению пациента. Его стремятся понять во всех областях, будь это безработица, трудности на работе, конфликты в партнерстве или другие трудные ситуации, которые способствовали психическому заболеванию. При этом оно рассматривается как выражение дезинтегрированных деструктивно-дефицитарных групподинамических жизненных процессов. Актуальная групповая ситуация, в которой живёт пациент, отражает его патогенез. Динамическая психиатрия — это наука о лечении, которая целостно оценивает человека и опирается главным образом на здоровые стороны его идентичности. Поэтому терапия в динамической психиатрии может пониматься как терапия идентичности. Работа над гуманструктурой является основным принципом лечения. Она составляет сущность терапии идентичности. Лечебная работа с дефицитарными и деструктивными областями гуманструктуры может проводиться только на основе терапевтического союза со здоровыми сторонами личности. Центральное звено в лечении — это всегда проработка деструктивной агрессии, так как, только исходя из этого, можно повлиять на другие деструктивно и дефицитарно развитые гуманфункции; особенно значимой здесь является гуманфункция нарциссизма. Путём конфронтации с агрессией и чувством одиночества пациента можно высвободить его интернализированные динамики и отреагировать их в терапевтическое поле; то, что он постоянно бессознательно восстанавливает в своей реальности, может быть им понято и изменено. В этом значении он может в терапевтической среде наверстать развитие гуманструктуры. Терапия гуманструктуры происходит всегда в пограничных ситуациях. Это означает, что требования, а также конфронтация с пациентом постоянно позволяют ему открыться для нового опыта. В динамической психиатрии пациент является партнером. Психотерапевт предоставляет себя в его распоряжение как личность со своими чувствами и установками. В лечении пациентов с ранними расстройствами в значении архаических заболеваний «Я» речь идёт не о том, чтобы вскрыть вытесненное содержание или интерпретировать процессы переноса, а развить человеческие отношения с пациентом, что позволит ему получить новый опыт и интегрировать его.

В отношениях с пациентом проявляется уважение и серьезное восприятие его личности. Архаическое заболевание «Я» понимается не как заболевание вытесненных конфликтов, а как реально имеющийся дефицит. Следует не вскрывать вытесненные переживания, а наверстывать конструктивное развитие, чтобы можно было выстроить новые структуры. Здесь основное значение имеет социально-энергетическая концепция; это означает, что для креативных возможностей развития в распоряжение пациента должно быть предоставлено конструктивное социально-энергетическое поле. Терапия в этом смысле является гуманной, т. е. пациента следует встретить с эмпатией и принимать участие в приобретении им нового опыта, но это не исключает необходимости конфронтации с деструктивными и болезненными компонентами его личности. Необходима стабильная сеть контактов, так как часто конфронтация со своими больными компонентами и шаг вовне из прежних деструктивных и дефицитарных интернализированных групповых динамик связаны для пациента с одиночеством, психическими травмами и отверженностью. Поэтому он снова и снова отклоняет контакты или бежит от них. Терапия в динамической психиатрии понимается как процесс, в котором необходимо постоянно фиксировать и интегрировать изменения и развития, в том числе симптоматики.

Здесь решающее значение имеют врачебные конференции и супервизионная групповая работа, а также совещания медицинской бригады, конференции с обсуждением трудностей лечения. Важно постоянно интегрировать различные сферы терапии и области развития пациента и сочетать их для роста его гуманструктуры. Решающим для успешного лечения пациентов с архаическими заболеваниями «Я» является величина и качество социально-энергетического поля лечебного учреждения.

Идентичность пациента при лечении пограничных расстройств стоит в центре терапевтической работы. Вопрос, кто этот человек, какой смысл, какие задачи он ставит в своей жизни, приобретает при этом центральное значение. В случае этих пациентов речь идет о наверстывающем, восстанавливающем развитии идентичности и способности к отношениям с самим собой и с другими людьми. При терапии важно, чтобы принималась во внимание не столько меняющаяся симптоматика, сколько скрывающиеся за ней агрессия, страх и чувство покинутости. Формальная психоаналитическая терапия с интерпретацией переносов, сопротивлений и анализом поведения этой группе больных не показана. При лечении пограничных расстройств, прежде всего, рекомендуется групповая психотерапия, так как пациенты могут завязывать контакты, серьезно принимать друг друга, происходит конфронтация, и пациенты реагируют действием в групподинамическом поле. Важны также невербальные формы терапии, например, гуманструктуральная танцтерапия, театротерапия, арттерапия, музыкотерапия и интенсивная терапия окружающей средой, при которой пациенты определенных групп работают над самостоятельно выбранными проектами.

Ориентированная на симптомы концепция лечения не может помочь этим людям в их страдании, так как подобная психотерапия как раз идет навстречу бессознательному сопротивлению больных и не затрагивает их гуманструктуру. Точно так же сильно структурированная обстановка с вниманием, направленным на характер поведения пациентов, не может воздействовать на ядро их личности.

В терапии пограничных и личностных расстройств гуманструктуральная работа стоит на переднем плане. За симптоматикой пограничного синдрома скрывается

повреждение многочисленных гуманфункций, например, функций внешнего и внутреннего Я-отграничения, конструктивной агрессии, Я-автономии, Я-интеграции и толерантности к фрустрации.

С помощью Я-структурного теста Аммона и других психометрических методов можно прийти к пониманию бессознательного пациента и его личностного профиля. Таким образом можно сделать вывод о повреждениях первичных, вторичных и центральных Я-функций. С помощью психометрии можно также прояснить большей частью преэдиальную защитную организацию.

Но для терапии имеют значение и конструктивные компоненты личности, так как с ними должен быть установлен рабочий союз. При этом не следует стремиться к преждевременному функционированию, поскольку пограничные больные из-за их боязни идентичности способны хорошо адаптироваться в группах и поэтому часто ничем не выделяются. Главная проблема пограничного больного — это его одиночество и покинутость, а также ощущение внутренней пустоты, вследствие чего он часто обращается за терапией, так как из-за требований идентичности его функционирующий фасад оказывается разрушенным. Для терапии пограничных расстройств совершенно необходимо, чтобы терапевт выступал в образе цельного человека и служил бы объектом идентификации.

Классический анализ на кушетке был бы противопоказан пограничным больным, они оказались бы в слишком сильной конфронтации со своими страхами и покинутостью, и существовала бы опасность психотической дезинтеграции. При классическом анализе на кушетке партнерское отношение скорее избегается и делается недостаточно предложений вспомогательного «Я», что необходимо пограничному больному.

По этой причине индивидуальная терапия с пограничными больными проводится преимущественно сидя. Конфронтация с терапевтом имеет при лечении пограничных расстройств решающее значение. Для процесса идентификации терапевт должен представлять собой личность, со своими интересами и своей точкой зрения, которым пациент следует, получая мотивацию со стороны терапевта, пока не установится собственная, внутренняя мотивация.

При терапии никогда не следует односторонне поощрять функциональную способность пациента, он должен непременно рассматриваться как человек с чувствами пустоты, неполноценности или с фантазиями превосходства. Несмотря на это, не следует терять из вида его реальную жизненную ситуацию, потому что пограничные больные часто нуждаются в помощи при требованиях к ним со стороны окружающей среды.

В ходе групповой терапии пациент имеет возможность познать себя через других, иначе говоря, примерить проблемы других на себя, так как большей частью его очень страшит прямая конфронтация со своими собственными проблемами. Поскольку пограничные больные с учетом их защитных механизмов стараются скрыть своё страдание и «крепко» держатся за свои симптомы, то при групповой терапии через так называемое третье лицо им легче отказаться от защит. В случае лечения пограничных расстройств надежной заменой защиты являются человеческие отношения, которые в ходе терапии следует предлагать пациенту.

Если установить связь не удаётся, то нужно вместе с пациентом справиться с периодом депрессии, чтобы предотвратить суицид. В течение таких фаз лечения важно, чтобы терапевт в любое время был доступен для пациента.

Нарциссическое одобрение при Я-структуральной работе должно точно регулироваться. Для этого необходимо умелое обращение с ситуацией переноса, который у этих пациентов всегда имеет симбиотический характер. Терапевтическая конфронтация возможна только тогда, когда к пациенту относятся с добротой, так как в ином случае он чувствует экзистенциальную угрозу для себя вследствие реального характера такой конфронтации. Необходим последовательный, постепенный подход, чтобы повысить фрустрационную толерантность.

В процессе терапии пациент начинает испытывать необычайную ярость против терапевта, потому что последний допустил, что неустойчивый «карточный домик» подобных фасаду гуманфункций разрушился, и пациент снова ощущает чувства покинутости времён детства. При лечении пограничных расстройств должна быть построена центральная гуманструктура пациента. Разумеется, терапевт не должен использовать свой собственный образ человека для того, чтобы передавать пациенту свое видение, но чтобы позволить ему развиваться как самостоятельная, независимая личность со своими собственными интересами. Могут также применяться элементы психоаналитической работы, как например, толкование снов. Важно, чтобы сны интерпретировались в связи с настоящим, конкретно, с учетом терапевтических отношений и актуальной терапевтической ситуацией. Это позволяет пациенту говорить о своих чувствах агрессии или о своём недоверии. Регулятивно можно работать со свободными ассоциациями, а также с анализом переноса и сопротивления, но именно так, чтобы предотвратить у пациента парализующий страх.

Наиболее значительный перенос при терапии пограничных расстройств — это, конечно, симбиотический перенос. Здесь пациент применяет преемственные защитные механизмы, чтобы оказывать сопротивление терапии. Контрперенос терапевта должен активно вноситься в процесс лечения. Пограничные больные пробуют провоцировать своих терапевтов, чтобы вызвать у них агрессию. Причина этого заключается в том, что гуманфункция агрессии часто дефицитарна, и больные поэтому не могут выразить чувства агрессии и пытаются их чем-то заменить. Пациент постоянно будет требовать от терапевта исполнения функций вспомогательного «Я», как например, «работы по отграничению», на что следует всегда обращать внимание.

В контрпереносе пограничный больной будет вновь и вновь будить у терапевта садистские чувства. Терапевт не должен на это поддаваться и вопреки всему относиться к нему по-человечески. Пациент часто будет демонстрировать кажущиеся успехи, чтобы склонить терапевта к признанию, что он самый успешный и самый интересный из всех пациентов. Если терапевт поддастся на это, то по окончании лечения пограничный пациент покажет себя или особенно слабым, или особенно сильным и засвидетельствует этим терапевту его неспособность проводить успешное лечение.

Страх — постоянный спутник пограничного больного, хотя последний его как такового не ощущает. Терапевт, для того чтобы довести этот страх до сознания пациента, постоянно должен давать ему понять, что он (терапевт) способен вместе с ним воспринимать его. Прежде всего, пациенты ощущают страх беспомощности, которого они стараются избежать всеми средствами. В рамках терапевтической связи следует помочь пациенту переносить все больше страха и разъяснить, что ему вредно бегать от страха, и, чтобы развиваться дальше, он должен его допускать.

Семьи, продуцирующие пограничные заболевания у своих членов, характеризуются тем, что запрещают ребенку видеть внешний мир таким, каков он есть. Они

изолируются от последнего и разрешают ребенку только восприятие семейной среды. Принятие ребенком чужой реальности часто наказывается ситуациями, в которых пациент чувствует себя брошенным. У больных шизофренического круга восприятие реальности воспрещено в ещё большей степени.

Пограничные больные в гуманструктуральном плане характеризуются дефицитной агрессией. Поэтому терапевт постоянно должен стремиться направить агрессию на себя и вместе с пациентом проработать ее. Речь идёт об агрессивных чувствах, которые становятся ощутимы пациенту только в процессе терапии и всегда имеют деструктивный характер. Конфронтация с агрессивными чувствами имеет в терапии фундаментальное значение, потому что без деструктивно-агрессивных конфронтаций пациенту не удастся развить конструктивно-агрессивную гуманфункцию, которая, кроме того, представляет собой меру удавшейся терапии. Терапевт должен помнить, что агрессивные конфронтации вызывают у пациента страх смерти, так как он боится оказаться брошенным при проявлении агрессии, как это было в его ранней семейной группе.

При лечении пограничных больных, которые с самого начала реагируют деструктивно-агрессивно, терапевт должен быть готовым выдержать большей частью обидную, оскорбительную полемику и обратить внимание на чувство страха, который скрывается за всем этим. Агрессивные конфронтации сопровождают весь процесс терапии; только после проработки деструктивного страха, пациент способен к конструктивной агрессии.

Сексуальность у пограничных больных всегда нарушена. Она находится под сильным влиянием комплекса симбиоза и обнаруживает все варианты дефицитарного и деструктивного сексуального поведения. К пациенту однако нельзя предъявлять какие-либо требования, которые дали бы ему представления о нормативной, генитальной сексуальности, а, напротив, следует говорить с ним о его собственных желаниях и подробно останавливаться на них. При этом важно действовать без предубеждений, чтобы излишне не усиливать недоверие пациента и помочь ему в достижении конструктивной сексуальности.

В большинстве случаев сексуальность пограничных больных деструктивна, так что сексуальное поведение имеет полиморфно перверсные черты. Сексуальность и сексуальное реагирование часто используются пограничными больными для того, чтобы избежать страха одиночества и чувства внутренней пустоты. Они вступают в полигамные и полиморфные связи, так как постоянно рассчитывают на нарциссическое подтверждение со стороны других.

Нарциссизм и дефицитарные его аспекты представляют особенную трудность при терапии пограничных больных. Требования со стороны реальности истолковываются как посягательство на личность. Вместо того чтобы воспринимать терапевта серьёзно, пограничные больные склонны его идеализировать и как недостижимого отстранять. Для деструктивного нарциссизма характерна смена чувств неполноценности и эйфории с соответствующими фантазиями всемогущества. За этим скрывается пассивно агрессивное поведение, от которого терапевт должен помочь пациенту отказаться. Это также должно совершаться регулятивно, чтобы избежать декомпенсации пациента.

При гуманструктуральной работе с пограничным больным речь идёт о его жизни и смерти, так как мёртвый в психическом аспекте человек снова должен пробу-

даться к жизни. Это означает для пациента пограничную ситуацию, которую он осознаёт уже в начале терапии. Борьба за идентичность идёт всегда на пограничной линии. Идентичность означает ощущение не только собственных границ, но и смерть должна осознаваться как граница человеческой жизни. Осознание границ под влиянием терапии должно делаться доступным для переживания и проработки; деструктивно агрессивные процессы будут постоянно приводить пограничного больного на грань выносимого. Агрессивные конфrontации в терапии — это также пограничные ситуации, потому что они могут иметь следствием разрыв терапевтического союза. Следует помнить, что каждый шаг пациента к автономии связан с сильным страхом уничтожения. Поэтому очень важно внушить пограничному пациенту чувство защищённости и надёжности, чтобы терапия могла продолжаться без внезапного прекращения. Таким образом, симбиотический перенос может быть медленно ослаблен или ликвидирован, что всегда сопровождается страхом и деструкцией. Выход из терапии показывает пациенту, что только обособление означает идентичность. Но конструктивный выход не означает полного отделения, так как содержит в себе возможность возвращения для консультации или кризисного вмешательства.

Терапия идентичности — это также терапия контактов, так как у каждого пограничного больного с его многообразной симптоматикой наблюдается и расстройство контактов. Ему можно разъяснить характер его контактов, представив их при помощи психодрамы. Пациент реинсценирует события в своей первичной группе и препятствует таким образом установлению контактов. Пограничные больные часто бывают поражены своим поведением, когда его воспроизводят перед ними. Психодрама в динамической психиатрии — это скорее спонтанное действие, а не инсценировка, как у J. L. Moreno; речь идет большей частью о вспомогательном методе.

Самое важное в терапии пограничных больных — это повлиять на пациента и притом в его самых глубоких чувствах, которые пограничный больной старается скрыть при помощи защитных механизмов. При этом нужно подходить к пограничным больным бережно, так как слишком поспешные действия оказались бы для них чрезмерно интенсивными и могли бы привести к отказу от терапии. Необходимо медленное продвижение к заключению союза на основе общих интересов.

Я-структуральная работа с пограничным больным требует от терапевта постоянной готовности вести его в течение долгого времени. Картина болезни пограничного синдрома даёт нам знания не только о психических заболеваниях, но также и о личности человека. В случае пограничных больных традиционная психиатрическая нозология оказывается не убедительной, и становится ясной важность динамического подхода.

Теоретическая и психиатрически-психотерапевтическая лечебная концепция динамической психиатрии была внедрена G. Ammon в полном спектре вербальных и невербальных методов в качестве целостного групподинамического социально-энергетического поля в Клинике Ментершвайге в Мюнхене. Основываясь на принципах Меннингеровского Фонда в Топике, США, в котором G. Ammon работал 10 лет, он развил стационарную терапевтическую концепцию, которая соединяет психиатрию, психоанализ, психосоматику и групповую динамику, чтобы таким образом предоставить миллиотерапевтическое лечебное поле для так называемых больных с ранними расстройствами. Меннингеровский Фонд в Топике имеет свои исторические корни в

первом психоаналитическом санатории, который был основан в 1927 г. в Берлине E. Simmel и где уже проводилась терапия активной деятельностью.

Клиника Ментершвайге последовала этой традиции. Сегодня она предоставляет 60 лечебных мест и включена в план психиатрического обслуживания Баварии, а все расходы по лечению несут государственные и частные больничные кассы.

Поскольку лечение в Клинике Ментершвайге проводится в аспекте терапии контактов, то фармакологическое лечение назначается главным образом при их разрыве. При этом существенно, что вместо лекарства основным терапевтическим фактором становится контакт с терапевтической бригадой и другими пациентами. В терапии принимают участие 11 врачей, а также 20 человек среднего медперсонала, санитаров и милеи-терапевтов: 8 психологов и 3 социальных работника. Терапевтическая концепция клиники предусматривает создание групподинамического социально-энергетического и милетерапевтического поля, внутри которого в проведение лечения вовлекается вся бригада среднего и младшего медицинского персонала, социальные работники и имеющие психоаналитическое образование психиатры и психологи. Спектр методов лечения достаточно широк. Это и индивидуальная терапия, психоаналитически ориентированная групповая психотерапия, милеи-терапия с работой через третий объект, имеющая особое значение для намеряющегося развития, невербальные формы терапии, такие как танцтерапия, музыкотерапия, арттерапия (терапия живописью), терапия спортом и верховой ездой, а также специальные группы по интересам. Каждый пациент получает специфическую для него лечебную программу, которая разрабатывается с учетом особенностей его гуманструктуры, потому что лечение должно отвечать потребностям пациентов. Таким образом, каждый пациент интегрирован в большое количество различных терапевтических групп и ситуаций. В клинике динамической психиатрии интегративная работа имеет особо важное значение, потому что задачей и целью всегда является объединение различных терапевтических стратегий в одно целое, для того чтобы постоянно содействовать пациентам в интеграции их разнообразного опыта. Это необходимо, чтобы противодействовать эклектицизму, который как раз соответствовал бы расщепленному «Я» пациентов, страдающих пограничным заболеванием. Очень важна работа с лечащей бригадой; так два раза в неделю проводятся супервизионные группы для бригады, чтобы прорабатывать феномены сопротивления и контрпереноса, а также сводить воедино различные терапевтические аспекты отдельных пациентов. Для того чтобы в значении намеряющегося развития гуманструктуры дать в распоряжение пациентов возможно более конструктивное групподинамическое социально-энергетическое терапевтическое поле, важно также, чтобы лечащая бригада получила своё собственное социально-энергетическое поле. С этой целью, наряду с супервизионными группами, проводятся 1-2 раза в неделю групподинамические заседания бригады, на которых речь идёт о контакте и отношениях между отдельными ее членами, так как терапевтическая эффективность зависит от того, сколько социальной энергии может предоставить в распоряжение терапевтическая бригада. При лечении пациентов с ранними расстройствами терапия может быть сконцентрирована не только на одном терапевте, но различные терапевты образуют терапевтическую систему вокруг пациента. Кроме того, имеет значение большая группа, которая проводится 2 раза в неделю для всех пациентов и сотрудников и представляет весь терапевтический комплекс клиники. Большая группа — важный пункт интеграции для каждого пациента, по-

скольку в актуальной обстановке «здесь и сейчас» общего собрания пациентов устанавливается интегративная сеть контактов со всеми сотрудниками клиники. Большую группу проводит главный врач или терапевтический руководитель клиники.

Каждый пациент во время своего стационарного лечения включается в милие-терапевтическую группу, которая на это время представляет собой малое терапевтическое жилое сообщество. В клинике имеются 3-4 милиетерапевтические группы, которыми руководят с учётом групповой динамики соответственно по 3-4 милие-терапевта. Они назначаются из членов персонала клиники, прошедших подготовку по групповой динамике и состоящих из дипломированных психологов и медицинских работников среднего и младшего звена. По вопросам терапии на дому каждого пациента также обслуживает сотрудник клиники. Такой «домашний терапевт» обычно имеется в каждой милие-группе. В милиетерапевтических группах составляется распорядок дня, т. е. пациенты совместно планируют занятия на день, питаются вместе за одним столом в столовой, имеют собственное помещение для своих занятий и совещаний, которое они сами оформляют. Сама милиетерапевтическая работа ведётся с учётом групповой динамики «здесь и сейчас» с акцентом на восстановление контактов. В этом отношении креативный рабочий проект должен служить для установления контактов в значении третьего объекта. Исходя из отдельных милие-групп, пациенты получают свою индивидуальную программу терапии.

Резюмируя, можно сказать, что клиника динамической психиатрии с невербальной и вербальной лечебной программой предлагает интенсивную терапию. Пациент может построить систему отношений. Каждый пациент получает индивидуального терапевта, который должен понимать его проблему, и для лечения он имеет в своём распоряжении всё терапевтическое поле клиники. Внутри, в пределах этого поля, пациент должен иметь возможность отреагировать действием свои бессознательные аспекты, которые он не может вербализировать.

В разделе 7 будет дано подробное описание всех методов терапевтического воздействия, применяемых в динамической психиатрии G. Ammon, в частности в Клинике Ментершвайге.

2.5. Методы исследования

Помимо общепринятых и упомянутых выше методов исследования, в Клинике Ментершвайге были в значительной мере разработаны заново и другие методы в их специфическом применении на базе гуманитарной концепции, в том числе для регистрации и измерения бессознательных структур.

2.5.1. Врачебная конференция как клинический метод наблюдения

На врачебной конференции (Case Konferenz) присутствуют все терапевты и сотрудники, которые участвуют в лечении пациента — специалисты по индивидуальной, групповой и милие-терапии, психологи по психодиагностике, специалисты по невербальным методам терапии, таким как танцтерапия, арттерапия, терапия верховой ездой и др. Все сообщают, со своих точек зрения, о развитии личности пациента. Интерес при этом представляют потенциалы, сильные стороны и способности в плане диагноза здоровья, особенно в применении к будущим перспективам пациента по-

сле лечения. Для лучшей оценки лечебного процесса фиксируются пассивность, инертность, нарушения отношений, а также и конструктивные изменения. Здесь возникает важный вопрос: достаточно ли эффективна терапевтическая среда, обстановка, или же необходимы изменения? Понят ли пациент в ядерных аспектах своей личности, сформировался ли хороший рабочий союз для лечения ?

На врачебной конференции диагноз при поступлении ещё раз оценивается, обсуждается и если нужно, — изменяется. В диагностическом процессе всегда исходят из того, что лечение в динамической психиатрии имеет следствием гуманструктуральное изменение личности, а не только уменьшение симптомов. Это означает, что нужно стремиться проникнуть в центральные структуры пациента, в его личность, и в духе гуманструктуральной терапии идентичности серьезно воспринимать пациента в его желаниях, потребностях, целях и в понимании смысла жизни. Во время проведения врачебной конференции устанавливается групповая динамика присутствующих членов бригады, которая позволяет делать заключения о бессознательном пациента. Так, например, могут появиться дружеские, тёплые и доброжелательные чувства при различных представлениях о будущем пациента, или же атмосфера выглядит как прохладная и сдержанная. Или же члены бригады вступают друг с другом в бурную и страстную дискуссию, при которой каждый настаивает на своём собственном восприятии пациента.

Во второй фазе врачебной конференции приглашается пациент. При этом большей частью его сопровождают другие значимые для него пациенты клиники. Последние определенным образом представляют его больные и здоровые аспекты. К примеру, один пациент больше отражает эротические особенности обследуемого, другой — его креативные характеристики, а ещё один — неспособность к вербализации чувств или интеллектуальные способности. Пациент приглашается на врачебную конференцию прежде всего для того, чтобы иметь возможность сообщить о своём актуальном состоянии и планах на будущее, об этом его и расспрашивают. Комментарии, идеи и фантазии, сопровождающие пациентов, способствуют пополнению диагностической информации. Каждая врачебная конференция сама по себе неповторима, так как она соответствует конкретной индивидуальности пациента. Некоторые пациенты бывают очень обеспокоены в связи с подобной врачебной конференцией, другие тщательно готовятся к ней и удовлетворены проявляемым к ним вниманием и заботой. Некоторые приносят с собой свои художественные работы или видеозаписи их танцев на занятиях. Бессознательные процессы большинства пациентов могут быть поняты при изучении их картин, написанных на сеансах арттерапии, с соответствующей интерпретацией. Врачебная конференция имеет для пациента также важную терапевтическую функцию, часто она является поворотным пунктом в ходе лечения. При мысленном анализе всей информации о себе происходит интенсивная и прямая конфронтация пациента с самим собой. Это действует как зеркало, в котором пациент видит себя через восприятие терапевтов. Стиль интервью в ходе врачебной конференции варьируется в зависимости от самочувствия пациента, его психопатологии и состояния терапии. Так, например, больному шизофренией в начале его лечения потребуется больше эмпатии и поддержки, чем больному с пограничным расстройством, который реагирует, используя множество защитных механизмов, чтобы избежать развития личности. Поэтому в случае пограничного больного, в зависимости от того, насколько стабильны отношения пациента и терапевта, применяется пря-

мая конфронтация. Для планирования будущего пациента, как имеющие особо важное значение, рассматриваются его качество жизни, профессиональные возможности и отношения. Требования со стороны общества должны приниматься во внимание, так же как и специфические потребности, возможности и границы пациента. Для своего дальнейшего развития после стационарного лечения пациенту необходимо поддерживающее окружение в значении социально-энергетического поля, большей частью в сочетании с продолжающейся амбулаторной психотерапией с целью стабилизации достигнутых положительных результатов лечения. Некоторые пациенты после стационарной психотерапии нуждаются в проживании в терапевтическом сообществе. Результаты врачебной конференции интегрируются в различные сферы стационарной терапии, такие как индивидуальная, групповая и милые-терапия.

Резюмируя, можно сказать, что врачебная конференция в клинике динамической психиатрии представляет собой центральный интегративный фактор, который включает все наблюдения и накопленный опыт для целостной диагностики и лечения пациента. Она является коммуникативным процессом, в котором активно участвует сам пациент. Принцип врачебной конференции состоит в том, чтобы в духе динамико-психиатрической диагностики и психотерапии выявлять здоровые компоненты пациента и всё больше укреплять и поддерживать креативные потенциалы пока болезнь не потеряет свои ограничивающие его жизнь аспекты.

2.5.2. Экспериментальные методы исследования

1) *Я-структурный тест Аммана (ISTA)*. Представляет собой разработанный автором и его сотрудницами (Burbiel I., 2003, и др.) на базе гуманструктурологии опросник. Регистрируются центральные личностные функции: агрессия, тревога / страх, внешнее и внутреннее Я-отграничения, нарциссизм и сексуальность. Опросник включает 220 пунктов, распределенных на 18 шкал, позволяющих получить представления о конструктивных, деструктивных и дефицитарных проявлениях. Сфера применения теста — это личностная диагностика лиц, страдающих неврозом, пограничным синдромом и психозом. ISTA базируется на гуманструктуральной модели личности, как она была разработана и опубликована (Ammon G., 1976, 1979 и др.). Окончательная редакция ISTA была проверена на различных диагностических и контрольных группах. Были проанализированы количественные показатели пунктов, их надежность и валидность. Внутренняя согласованность достигает для всех шкал хороших и очень хороших значений и удовлетворяет тем самым статистическим критериям качества. Что касается валидности, то ISTA значимо и в ожидаемом направлении указывает на различие между клиническими группами и здоровыми лицами. Тест надежно отображает изменения в ходе терапевтического процесса. Корреляции с MMPI и Гиссенским личностным опросником подтверждают конструктивную валидность ISTA.

2) *Аутокинетический световой тест*. Будучи экспериментом на восприятие, тест без когнитивных и интеллектуальных воздействий позволяет получить представление о структуре личности. Эксперимент проводится в полностью затемненном помещении площадью около 12 кв. м., в котором обследуемый сидит на расстоянии 3 метров от источника света. Источник света выполнен в виде отверстия диаметром меньше 1 миллиметра, через которое падает свет 5-ваттной электролампы. На столе

перед наблюдателем находится лист бумаги размером 60х70 см, удерживаемый деревянной рамкой.

Перед глазами большинства наблюдателей световая точка начинает совершать кажущиеся передвижения, которые зарисовываются испытуемым. Психофизиологическими исследованиями не было доказано какой-либо причинной связи между характером и масштабом аутокинеза и движениями глаз (Levy A. B., 1972). Сотрудники Клиники Ментершвайге исходили из того, что характер и масштаб аутокинетического восприятия передвижений являются выражением личностной структуры наблюдателя, и смогли доказать эту причинную связь в ряде исследований. Интерпретация картины передвижений, зарисованной во время 10-минутного эксперимента, производится: а) по стандартным параметрам (Voth A. C., 1941): длина восприятия движения (L), количество остановок (Н), размах, т. е. наибольшая протяженность отрезка линии (S) и расстояние со средней точки (М). Индекс (К) вычисляется по специальной формуле (Amnion G. et al.); б) по качественным структурным параметрам, с помощью 10 различных оценок картин передвижения по шкале из 5 пунктов, как, например, открытость или закрытость, число изменений направления в картине передвижений. Для диагностической полной оценки принимаются в расчет чувства и фантазии испытуемого в период ситуации исследования, а также его соображения и ассоциации в связи с картиной передвижения. В настоящее время вместо вышеописанной формы применения теста с бумагой и карандашом используется вновь разработанная в Клинике Ментершвайге компьютеризированная версия, позволяющая достигнуть повышенной точности зарисовок, особенно в отношении переменной «остановка» и более дифференцированного анализа вследствие дополнительной регистрации ряда динамических параметров.

3) *Методика гуманитарных исследований сна.* Полиграфические исследования сна позволяют получить представления о первичной биологической сфере личности — функциональном состоянии нейрофизиологических и церебральных структур и систем. Их постепенное развитие, дифференциация и интеграция отражаются в параметрах полиграммы ночного сна и ее временных характеристиках, так называемой «структуре сна». Полиграмма ночного сна имеет по отношению к принятым в психологии методам то преимущество, что она не связана с вторичным процессом — познания пациента. При современном состоянии гуманитарного исследования сна делаются попытки путем учета поперечных и лонгитудинальных показателей найти в полиграмме индикаторы, пригодные для описания структуры личности. Три теоретические предпосылки создают возможности осуществления этого намерения: а) гуманитарная концепция G. Amnion, которая исходит из взаимозависимости бессознательной сферы личности с первичной биологической и вторичной сферами поведенческого «Я», способностей и навыков; б) онтогенетическое развитие ночного сна и состояние нейрофизиологических представлений относительно функций исследуемых переменных сна; в) гуманитарное понимание развития, которое включает успехи и неудачи в его истории и изменения, обусловленные группой.

Для проведения исследований ночного сна пациент спит две ночи подряд в Лаборатории сновидений и сна клиники, причем для анализа используются только результаты второй ночи или (в настоящее время) трех ночей подряд с суммированием данных. Обработка результатов производится по методике A. Rechtschaffen и A. Kales

(1968). Для этого используются стандартные параметры: общее время сна, процентные доли бодрствования в период сна, REM-сна (быстрые движения глаз) и 1, 2, 3, 4 стадий n-REM-сна (медленные движения глаз). Учитываются структурные параметры — латентный период REM-сна и продолжительность отдельных фаз REM-сна и n-REM-сна, а также структурно-динамические параметры, такие как частота изменения стадий и структура фаз REM-сна.

Результаты исследований с помощью аукинетического светового теста и методики гуманструктуральных исследований сна, как имеющие во многом оригинальный характер, приведены в соответствующем разделе монографии.

3. Я-СТРУКТУРНЫЙ ТЕСТ АММОНА (ISTA), РАЗРАБОТКА И ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

3.1. Экспериментальные подходы к измерению Я-функций

Теоретической основой психометрии в динамической психиатрии является концепция личности, предложенная G. Ammon на основе многолетней клинической практики, сопровождаемой научными исследованиями.

Динамическая психиатрия, как указывалось выше, представляет собой синтез психоанализа и психиатрии. Однако G. Ammon не только развил или по-новому сформулировал психодинамические концепции, но и интегрировал идеи групповой динамики в психоаналитическое понимание личности в своей школе динамической психиатрии.

Целью терапии в динамической психиатрии является восполнение дефицита структуры «Я», восстановление здорового ядра личности и полное развитие идентичности человека. Поэтому для постановки диагноза, проведения лечения и стимуляции развития личности крайне важным является, по возможности, наиболее адекватная квантификация структуры «Я», а также создание профилей структуры личности, типичных для различных нозологических состояний.

Гипотезу о наличии такого типичного личностного профиля, отражающего характерную для определенной патологии специфику подтверждает опыт клинической практики (Ammon G., 1981). Для этого необходима была эмпирическая идентификация структуры «Я», т. е. количественное измерение его центральных функций.

Модель операционализации структуры личности в динамической психиатрии представлена в монографическом исследовании I. Burbiel (2003).

3.1.1. Обзор наиболее распространенных шкал для измерения Я-функций

Ниже приводятся названия наиболее употребительных тестов для измерения основных Я-функций и некоторые их характеристики: теории личности и теории функций, на которых основан тест, а также измеряемая ими область.

3.1.1.1. Методики для измерения агрессии

1) Опросник для измерения факторов агрессии — FAF (Hampel R., Selg H., 1975). Тест не основан на какой-либо определенной теории личности. Теория агрессии обоснована принципами теории обучения. Авторы исходят из представления о том, что формы социального поведения, включая агрессию, являются усвоенными оперантным путем и в ходе обучения с помощью наблюдения. Измеряется опыт агрессивных тенденций (спонтанная и реактивная агрессивность, возбудимость, аутоагрессия), а также сила совести как торможение агрессии.

2) Картинный фрустрационный тест — Picture-Frustration-Test PFT (Rosenzweig S., 1957). Тест не основан на какой-либо определенной теории личности. Для теоретического понимания агрессии привлекается известная гипотеза фрустрации J. A. Dollard и N. E. Miller. Измеряются тенденции реагирования на конфликтные и фрустрирующие ситуации: экстра-, интра- и импунитивные направления агрессии.

3) Миннесотский многопрофильный личностный опросник — MMPI (Hathaway S. R., McKinley I. C., 1951). Тест не основан на какой-либо определенной теории личности. Применяется классификационный подход E. Kreapelin. В тесте также не используется какая-либо определенная теория агрессии. Измеряется так называемая «враждебность», проявляемая в бросающихся в глаза формах поведения.

4) Опросник эмоциональности — EMI (Ullrich R., 1977). Тест не основан на какой-либо определенной теории личности. Агрессия понимается как «релевантный класс эмоциональных реакций». Измеряется агрессивное настроение, даются «дифференцированные суждения о клинически релевантных классах эмоциональных реакций».

Для сравнения с вышеописанными приводятся аналогичные характеристики по шкале агрессии ISTA. Тест основан на теории личности G. Ammon, в которой ее развитие формулируется как структурирование первичных, центральных и вторичных функций «Я». В этой связи изначально конструктивная Я-функция агрессии благодаря опыту патологических или недостаточно интенсивных межличностных отношений может принять деструктивный или дефицитарный характер. Измеряется Я-функция агрессии в ее конструктивном, деструктивном или дефицитарном выражении.

Обзор приведенных методик позволяет убедиться в том, что ни одна из них не основана на какой-либо определенной теории личности. Агрессии «обучаются» (FAF), она возникает как реакция на фрустрацию (PFT) или предопределена инстинктами — Гиссенский тест (GT). Эти формулировки происхождения агрессии весьма неспецифичны и не вносят достаточного понимания динамики формирования агрессии и той роли, которую она играет в заболевании.

Характерным в этом отношении является широко распространенный опросник для оценки факторов агрессии FAF. Этот тест ориентирован исключительно на измерение уровня агрессии, в то время как другие инструменты (MMPI, EMI) предоставляют для этого лишь свои шкалы. Методика FAF конструировалась параллельно с Фрейбургским личностным опросником (FPI) и имеет с ним много общих пунктов. Другими источниками являются опросник A. Buss, A. Durkee (1957), MMPI-Саарбрюккен, тест MMQ (Eysenck H. J., 1953) и иные шкалы. Вот как H. Selg (1968) определяет агрессию: «Агрессия заключается в распределении вредных раздражений, направленных против организма или суррогата организма; агрессия может быть открытой (физической, вербальной) или скрытой (фантазируемой), она может быть позитивной (одобряемой культуральными нормами) или негативной (не одобряемой)».

Характерно для большинства известных тестов понимание агрессии как чего-то разрушительного. Довольно много внимания уделяется «снятию агрессии» (Kanfer F., Goldstein A., 1975), однако не ее отсутствию, проявляющемуся в не бросающемся в глаза и в адаптивном поведении. Дефицитарное развитие агрессии столь же мало доступно измерению в этих методиках, как и формирование конструктивной агрессии. Эти тесты ограничиваются измерением «агрессивных тенденций» (FAF), «агрессивного настроения» (EMI) или «враждебных форм поведения» (MMPI).

Тем самым рассматриваемые тесты измеряют лишь деструктивную агрессию. Отсутствие соотнесения с какой-либо концепцией личности делают проведение диагностики и формулирование терапевтических рекомендаций весьма затруднительными, на что указывают R. Hampel и H. Selg.

3.1.1.2. Методики для измерения тревоги

Ниже приводятся названия наиболее употребительных шкал для измерения тревоги и некоторые их основные характеристики: теория личности и теория возникновения тревоги, на которых основан тест, измеряемая область тревоги и принцип подбора пунктов.

1) Миннесотский многопрофильный личностный опросник — ММПИ (Hathaway S. R., McKinley I. C., 1951). Не основан на какой-либо определенной теории личности или теории возникновения тревоги. Классификационная система по E. Kneapelin. 566 клинических пунктов, выбранных у различных авторов.

2) Шкала манифестной тревоги — MAS (Taylor J. A., 1953). Не основана на какой-либо определенной теории личности. Человек — «черный ящик», его реакции определяются инстинктами. Тревога понимается как постоянная готовность к реагированию, зависящая от силы инстинктов. Измеряются физиологические параметры (соматическое выражение тревоги) и типы субъективного переживания. Пункты отобраны из ММПИ, определяются соматическая и психическая тревога.

3) Опросник тревоги — TAQ (Mandler G., Sarason S. B., 1959). Не основан на какой-либо определенной теории личности. Из теории обучения используется принцип «следования привычкам». Тревога понимается как инстинкт; влияние ее на деятельность человека объясняется процессами обучения. Измеряется страх перед выполнением задания, перед экзаменами. Пункты искусственно сконструированы.

4) Тест детской тревоги — К-А-Т (Thurner R., Tewes U., 1969). Не основан на какой-либо определенной теории личности. Тревога объясняется нестабильным состоянием инстинктов и конфликтом между требованиями инстинктов и процессом социализации. Измеряется общая тревожность, в особенности вызываемая инстинктами в процессе приспособления. Пункты заимствованы из MAS.

5) Опросник тревоги для детей — AFS (Wieczerkowski W. et al., 1974). Не основан на какой-либо определенной теории личности. Факториальное понимание тревоги как гипотетической конструкции. Выделяется общая и ситуативно специфическая тревога. Измеряются факторы: страх экзаменов, манифестная тревога, дискомфорт при нахождении в школе, социальное принятие окружающими. Пункты заимствованы из MAS и TASC.

6) Опросник страха — «состояние - личностная черта» (Spielberger C. et al., 1970, 1981). Используются различные теоретические концепции в обоснование теста без акцентуации какой-либо определенной из них. Тревога рассматривается как инстинкт. Проводится факторно-аналитическое различение когнитивного преодоления тревоги, определяемое общим состоянием или какими-то личностными чертами индивидуума. Измеряется уровень тревоги при преодолении проблемных ситуаций. Пункты заимствованы из MAS и IPAT-IAS (Cattell R., 1963).

Для сравнения с вышеописанными тестами приводятся аналогичные характеристики по ISTA. Тревога определяется на основании теории личности, предложенной G. Ammon, в которой сформулирован механизм развития идентичности собст-

венной личности на основе структурирования первичных, центральных и вторичных функций «Я». Тревога понимается как признак нарушений идентичности вследствие опыта патогенных или недостаточно интенсивных межличностных отношений, в результате чего она принимает деструктивный или дефицитарный характер. Шкалы измеряют Я-функцию тревоги в ее конструктивном, деструктивном и дефицитарном выражении. Пункты созданы путем операционализации клинического опыта диагностической и психотерапевтической работы с больными.

Из сравнения ISTA с приведенными выше методиками видно, что их общей характеристикой является отсутствие обоснованности концептуально какой-либо конкретной теорией, которая бы позволила уложить определяемое качество в модель личности. Бросается также в глаза то, что измеряется лишь определенное качество тревоги, а именно — тревога, снижающая продуктивность (TAQ, AFS и STAI), ограничивающая процесс адаптации (K-A-T) или выражена в какой-то определенной клинической форме, например, в форме фобий (MMPI, MAS). Этот аспект тревоги согласно G. Ammon можно обозначить как деструктивную тревогу, препятствующую повседневной жизни.

Ни в одном из описанных выше тестов тревоги не имеется того понимания ее, которое могло бы соответствовать концепции дефицитарной тревоги. Аспект конструктивной тревоги, облегчающей формирование межличностного контакта, можно обнаружить лишь в некоторых компонентах теста STAI. Здесь тревога, выраженная в средней степени, рассматривается как способствующая повышению продуктивности поведения.

Различные дефиниции тревоги определяют ее как форму поведения, зависимую от инстинкта (MAS, TAQ); тревога может принимать соматизированное или психическое выражение, проявляться лишь в определенных ситуациях (STAI, AFS) или определять качество поведения (тревога «личностной черты» в K-A-T).

Общим в этих определениях является описание и категоризация феноменов и форм выражения тревоги, а также отсутствие генетического формулирования тревоги. В силу этого не описана роль различных механизмов формирования тревоги при нормальном или патологическом развитии личности. Происхождение (но не лично-стно специфическое выражение) тревоги объясняется или первичными инстинктами, как в тестах MAS и KAT, или вторично усвоенными реакциями индивидуума на воздействия окружающей среды (TAQ).

Рассмотрение тревоги как изолированного от личности качества или тенденции реагирования делает возможным ее эклектическое рассмотрение, при котором она превращается в безликий «феномен», доступный трактовке с самых различных теоретических позиций. Все пункты тестов получены на основе материала трех методик — TAQ, MMPI и IPAT-IAS. Одни и те же пункты, заимствованные другими тестами, обосновываются в них самыми различными теоретическими концепциями. При этом примечательно, как во многих тестах заимствованы пункты из методики MMPI, которая сама по себе не использует какой-либо теории тревоги.

В силу этого от вышеупомянутых тестов не приходится ждать доверительного измерения уровня тревоги, которое бы позволило consistently рассматривать это качество в общем представлении о личности или сделать определенные выводы для целей терапевтического процесса. Напротив, они дают редукционистскую возмож-

ность измерять качества, формы поведения или состояния, которые характерны лишь для области деструктивной тревоги в определении G. Amnion.

3.1.1.3. Я-функция отграничения

В литературе отсутствуют методики, ориентированные на психометрическую оценку личностного параметра, соответствующего центральной Я-функции отграничения. G. Amnion (1979) под Я-функцией отграничения понимает способность индивидуума проводить дифференциацию внутреннего и внешнего мира, отличать свои эмоции от эмоций окружающих, гибко владеть своими психическими и физическими границами. Отграничение решающим образом определяет формирование отношений человека к себе и своей деятельности.

3.1.1.4. Я-функция нарциссизма

Древнегреческий юноша Нарцисс, знаменитый своей красотой, впервые в возрасте 16 лет увидел свое лицо, отраженное водной гладью озера, и смертельно влюбился в него. Он потерял всякий интерес к другим людям и нашел свою смерть, бросившись в озеро, чтобы достать свое отражение. Эта версия легенды о Нарциссе, которая стала основой для формулирования S. Freud психоаналитического понятия нарциссизма, является лишь одной из многих других. Существует по меньшей мере шесть различных версий легенды о Нарциссе. Согласно другим, менее известным, Нарцисс был убит своим отвергнутым любовником или искал в воде не собственное отражение, а лицо своего отца, своей матери, своей, умершей сестры-близнеца. Одна из версий гласит о том, что Нарцисс умер от чувства вины после того, как убил отвергнутого им любовника.

Различия в версиях легенды свидетельствуют о том, что уже в мифологии история о Нарциссе предстает не только как интрапсихическая, но и как межличностная драма, в которой стремятся к установлению отношений или отвергают их.

Важнейшим аспектом теории динамической психиатрии G. Amnion является представление о нарциссизме человека как результате интернализации опыта его специфических отношений с другими людьми. Нарциссизм, как вся структура «Я» и идентичность личности человека, является результатом групподинамического и социально-энергетического взаимодействия, структурирующего сферу бессознательного.

Тем самым G. Amnion дистанцируется от принятого в теории инстинктов традиционного психоанализа представления о нарциссизме как результате перемещения на «Я» той либидинозной энергии, которая ранее была направлена на внешние объекты. G. Amnion формулирует нарциссизм как первично конструктивную элементарную базисную потребность человека. Лишь в результате соответствующего негативного опыта, полученного в семейной и других значимых группах, нарциссизм трансформируется в патологическую, а именно деструктивную или дефицитарную личностную структуру.

Центральная Я-функция нарциссизма определяет чувство собственной ценности человека, т.е. того представления о себе самом и окружающем мире, с которым он обращается к людям и к своей деятельности в решении жизненных задач. Человек, который в своих фантазиях видит себя великолепным или в другой крайности совершенно никчемным, воспринимает реальность как крах этой идентичности личности.

Вследствие этого у него мало реалистических межличностных отношений, он отрезан от социально-энергетического взаимодействия.

3.2. Нозоспецифические особенности структуры «Я»

Согласно теории структуры личности Г. Аммон, лежащей в основе ISTA, психические процессы основываются на отношениях. Структура личности является отражением этого процесса отношений. Психическая структура определяется выражением отдельных Я-функций, вместе составляющих наиболее стержневую функцию «Я» — идентичность. Поэтому «психические заболевания по существу являются болезнями идентичности» (Ammon G., 1978). Центральные функции «Я» не осознаются, они представляют собой сложные, интегрированные элементы психологической структуры, находящиеся в постоянном взаимодействии. Их взаимовлияние определяет их качественное развитие. Все центральные функции «Я» выполняют кардинальные задачи регулирования структуры «Я» и процессов межличностного взаимодействия. Из этого следует, что изменение какой-либо Я-функции всегда влечет за собой изменения в других Я-функциях. Центральная структура «Я», таким образом, не является статичной. В зависимости от актуальной групподинамической ситуации одна или несколько функций «Я» попадают в фокус происходящего в психике.

Спектру психических заболеваний, с точки зрения Г. Аммон, соответствуют более или менее развитые профили структуры личности, его функций, для нозологической дифференцировки которых решающим является идентификация интактных и дефектных типов структуры «Я».

Согласно теории личности Г. Аммон (в противоположность концепции Целлера-Гризингера о едином психозе или концепции ступеней нарушения организации К. Меннингер) психические заболевания представляют собой спектр патологических состояний, которым соответствует сложившийся тип организации структуры личности. В рамках этого спектра отдельные нозологические единицы выстраиваются в зависимости от характера поражения структуры личности: от наиболее выраженных при шизофрении и аффективных психозах к менее выраженным при расстройствах личности, далее при неврозах вплоть до здоровых, нормально интегрированных структур (Ammon G., 1976). За одними и теми же непсихотическими симптоматическими проявлениями (например, навязчивости, алкоголизм, психосоматические заболевания) могут стоять разные типы структуры личности — психотические или функциональные, и в этих случаях симптом выполняет разную роль относительно ее структуры. Если она относится к психотическому варианту спектра, то задачей симптома может быть стабилизация личности и предотвращение психотической эксацербации. При более легких поражениях, например, при расстройствах личности, симптом может заменять другие защитные психологические механизмы, выступая в их качестве. При этом симптомы понимаются как выражение не индивидуального заболевания, а коммуникативного процесса, в котором структура «Я», интернализованная групповая динамика, актуальная групповая динамика и психодинамика пациента сливаются в едином взаимодействии. Все факторы многомерного болезненного процесса трансформируются в общую линию поведения человека на уровне «Я» благодаря центральной функции идентичности.

Предпосылкой заболеваний являются нарушенные межличностные отношения в родительской группе в раннем детстве больного, в результате которых не состоялось адекватное интегративное развитие Я-функций и общая гармонизация структуры личности. Поэтому психиатрическая патология является формой реагирования на такие нарушения формирования границы «Я» и участвующих в этом функций. В целом их можно определить как проявления патологической задержки развития «Я» и идентичности на презипальном уровне.

3.3. Шкалы Я-структурного теста

Центральные Я-функции образуют целостную систему взаимодействующих и взаимовлияющих форм психической активности. Тревога, агрессия, отграничение и нарциссизм являются лишь частью структуры «Я», их психометрия представляет собой начало экспериментально-психологического изучения центральных Я-функций. Однако эти функции имеют решающее значение для формирования идентичности личности, что и предопределило их выбор для построения структуры ISTA.

Каждый человек имеет конструктивные, деструктивные и дефицитарные структурные задатки, которые имеют различную индивидуально специфическую выраженность. Целью терапии является гармонизация этой сложной личностной структуры.

Основной задачей при разработке теста было, согласно исходной теоретической дефиниции конструктивного, деструктивного и дефицитарного измерения каждой функции, операционализировать то, как преимущественно неосознаваемые структуры личности находят свое феноменологическое выражение в установках и вариантах поведения. Пункты ISTA должны были вводить испытуемых в групподинамические ситуации. Неосознаваемая структура «Я» проявляет себя при самооценке переживания и поведения в предлагаемых ситуациях межличностных отношений.

Согласно концепции синэргизма сознательной и бессознательной сфер личности, каждое сознательное проявление содержит и неосознаваемый компонент. Это делает возможной операционализирование того, как центральная структура «Я» феноменологически выражается в мышлении, поведении и эмоциях индивидуума.

Операционализация центральных Я-функций агрессии, тревоги, отграничения и нарциссизма в возможностях их конструктивного, деструктивного и дефицитарного выражения проводилась в ходе многолетней клинической работы с пациентами.

3.3.1. Я-функция агрессии

Агрессия в динамической психиатрии понимается как активная обращенность к вещам и людям, как первичная ориентированность на окружающий мир и открытость ему, необходимые для удовлетворения потребности индивидуума в новых впечатлениях и общении. Это включает аспекты способности к завязыванию и поддержанию контактов, здоровому любопытству, активному исследованию окружающего мира и настойчивости в достижении жизненных целей. Концепция агрессии включает также потенциал активности человека и его способность адекватной его реализации.

Развитие Я-функции агрессии, как и всех других Я-функций, всегда зависит от групподинамического контекста индивидуума и статуса сферы бессознательного.

Оно может пониматься лишь в рамках ранних симбиотических отношений матери и ребенка. Если первичная группа ребенка враждебно или безразлично относится к развитию его личности, его игровому вхождению в мир реальности, существенные аспекты структуры «Я» ребенка не получают достаточного развития. На психодинамическом уровне это отражает деструктивную агрессию родителей, препятствующую полному раскрытию личности ребенка. Она представляет интернализированный запрет идентичности родителей, которые вследствие собственного страха быть покинутыми, зафиксированного в их раннем детстве, используют ребенка для компенсации дефектов своей структуры «Я». Так у ребенка формируется деструктивный компонент агрессии, являющийся выражением интернализированной враждебности и насилия родителей, препятствовавшим удовлетворению жизненных потребностей ребенка, прежде всего потребности в сохранении и развитии его собственной идентичности. Это — процесс реактивной трансформации первоначально конструктивной агрессии в деструктивную. При этом начинают разрушаться отношения ребенка с людьми, его отношение к жизненным задачам и целям. При отсутствии возможности сброса деструктивной агрессии вовне она направляется против самого индивидуума, что представляет собой по существу непржитую жизнь в смысле зоологического рефлекса «притвориться мертвым» в случае опасности и предопределяет готовность к депрессивному реагированию в более позднем возрасте. Такая трансформация деструктивной агрессии в дефицитарную блокирует приобретение нового жизненного опыта, парализует развитие «Я» и собственной идентичности.

Конструктивная агрессия. Конструктивная агрессия понимается как целенаправленная активность в своих психических и практических измерениях. Конструктивная агрессия не является изолированной, она находится в тесной взаимосвязи с другими центральными Я-функциями, в особенности с идентичностью личности.

Конструктивная агрессия проявляется в способности представлять в актуальном поведении свою собственную позицию, завязывать и поддерживать контакты с другими людьми, ставить перед собой определенные цели и стремиться к их достижению, испытывая интерес к новым духовным и практическим задачам и формам деятельности.

Пункты опросника показывают то, что индивидуум не обрывает межличностные отношения даже в кризисных ситуациях, а выражает и отстаивает свои чувства, мнения и потребности непосредственно в контакте с другими людьми, в том числе более высокого рангового положения. Трудные споры при существенном расхождении во взглядах возможны на основе серьезного отношения и уважения других лиц. Индивидуум должен иметь силу для того, чтобы пользоваться услугами других людей и просить их о помощи. Конструктивная агрессия предполагает умение человека формировать вокруг себя группы, активно участвовать в динамике внутригрупповых отношений, преследуя при этом собственные цели и преодолевая возможные неудачи. Человек чувствует потребность в собственном личностном развитии, он испытывает здоровое любопытство и готов к приобретению новых необходимых навыков. Конструктивная агрессия, таким образом, образует предпосылку для способности человека к научению.

Операционализация параметра конструктивной агрессии: она отражает способность устанавливать контакты с людьми, развивать продуктивную активность и поддерживать эти контакты и деятельность. Конструктивно агрессивный человек адек-

вато любопытен, он активно формирует свою жизненную ситуацию, точки зрения и цели и в состоянии отстаивать их даже в неблагоприятных условиях. Он активно ищет новый жизненный опыт, открыт для окружающих Людей и новых впечатлений, способен вступать в спор и отстаивать свою позицию. Он может формировать вокруг себя в рабочей и приватной обстановке группу людей, разделяющих его интересы и жизненные цели.

Ниже приводятся пункты шкалы конструктивной агрессии:

- 6. Я легко схожусь с людьми
- 23. Новые задачи раздражают меня
- 26. Даже несколько минут сна могут меня очень освежить
- 47. Во мне много энергии
- 70. Я рад каждому новому знакомству
- 108. Трудности подстегивают меня
- 111. Я охотно ввожу новых коллег в курс дела относительно моей работы
- 122. Меня притягивает неизвестное
- 137. Я радуюсь неожиданным гостям
- 153. Когда мне кто-то нравится, я заговариваю с ней/ним, чтобы поближе познакомиться
- 180. Я всегда радуюсь знакомству с новым человеком
- 190. В группах людей я по большей части быстро берусь за выполнение какой-либо задачи
- 203. Я очень любопытен / любопытна.

Деструктивная агрессия. Клинически наблюдаемая деструктивная агрессия понимается как выражение реактивной трансформации центральной Я-функции конструктивной агрессии. Деструктивная агрессия рождается в результате конфликта или дефицита отношений. Это — первоначально конструктивная агрессия, которая, не найдя реальной цели, реактивно обращается против собственной Я-структуры или окружающего мира в качестве деструктивной силы. В последующей жизни индивидуума деструктивная агрессия его манифестного поведения ведет к постоянному отказу от контактов с окружающим миром и их разрушению.

Деструктивная агрессия проявляется в формах поведения, которые означают в целом разрыв отношений с другими людьми, а также отказ от решения задач и достижения целей. Это может выражаться в открыто деструктивных действиях, например, в крайней форме жестокого обращения с детьми или высказываниях и действиях, оскорбительных для других людей и болезненно затрагивающих их чувства. В скрытых формах деструктивная агрессия проявляется в фантазиях о войне и разрушениях или в приверженности деструктивным идеологиям (например, фашизм, расизм) и одобрении деструктивной практики (например, пыток). Здесь прежде всего нарушена способность к регулированию агрессии, проявляющаяся во вспышках разрушительного поведения или внезапного выражения гнева и ярости. Деструктивная агрессия поведенчески заместительным образом выражается также в занятиях опасными видами спорта, несчастных случаях и самоповреждениях.

Полноты ради следует отметить, что деструктивная агрессия может иногда иметь адаптивное качество, когда она служит самозащите от агрессии со стороны других людей, способствует достижению поставленных целей, позитивному изменению жизненной ситуации или созданию творческих проектов, реализация которых

требует отвергания или преодоления устаревших догм. Поэтому в клинической ситуации деструктивная агрессия может играть принципиально различную роль в зависимости от того, замкнута ли она на высокий конструктивный потенциал или на дефицитарный компонент агрессии.

Операционализация параметра деструктивной агрессии: на первом плане здесь элемент разрыва отношений с окружающими. Существующий потенциал активности разрегулирован, что внешне проявляется в спектре манифестной агрессии от вербальной до физической, а субъективно в разъедающем душу чувстве злобы, разрушительных фантазиях, мысленном обесценивании других людей, жажде мести и цинизме. Разрушительные импульсы ведут к исповедованию экстремистских идеологий и участию в экстремистских организациях. Если деструктивная агрессия не находит выхода вовне, она обращается против самого индивидуума. Последствием становится саморазрушающее поведение: несчастные случаи, самоповреждение, самоубийства, бытовая запущенность, злоупотребление психоактивными веществами.

Ниже приводятся пункты шкалы деструктивной агрессии:

2. Если меня обижают, я пытаюсь отомстить
4. Когда я рассержен (а), то срываю свой гнев на других
17. Ко мне часто пристают с сексуальными предложениями
59. У меня страх, что я могу что-то сделать кому-нибудь
88. Я охотно смеюсь над другими людьми
89. Мне нравится соблазнять женщин/мужчин даже если мне, собственно, от них ничего не надо
93. Когда я разозлюсь, мне трудно себя сдерживать
100. Я часто воображаю, как плохо должно было бы быть моим обидчикам
114. Иногда меня одолевают мысли причинить физическую боль людям, которые меня страшно раздражают
128. Я могу страшно волноваться из-за пустяков
141. Если меня кто-либо оскорбляет, я плачу ему тем же
171. Когда я разозлюсь, то легко теряю контроль над собой и могу накричать на близких мне людей
198. Случается так, что я могу кого-нибудь здорово отделать
199. Когда важные для меня люди подолгу говорят с другими, я могу сильно разозлиться.

Дефицитарная агрессия. Дефицитарная агрессия является причиной депрессии, непрожитой жизни в том смысле, в котором животное притворяется мертвым, чтобы выжить. Это — направленная вовнутрь деструктивная агрессия, которая ведет к крайнему ограничению «Я» и идентичности личности. Дефицитарная агрессия обуславливает тотальную неспособность к приобретению конструктивного опыта и личностному развитию.

Для дефицитарной агрессии характерно отсутствие межличностных контактов, потребностей, жизненных целей, интересов и феномена смысла жизни. Это проявляется в пассивном уходе в себя, отстраненности от людей и занятий, чувстве внутренней пустоты, частом ощущении скуки и неспособности выражать свои чувства и потребности по отношению к другим людям. Реальный конструктивный спор становится невозможным и замещается фантазиями и сновидениями. Человек с дефицитарной агрессией избегает окружающих, страдает от чувства вины, жертвует своими интереса-

ми, сразу же опуская руки. В ситуациях соперничества он сдастся, не пытаясь отстоять свою позицию. Направленная вовнутрь деструктивная агрессия принимает дефицитарное качество, что приводит к психосоматическим реакциям, в которых субъективно невоспринимаемые эмоции проявляются в соматических симптомах.

Операционализация параметра дефицитарной агрессии: она определяется отсутствием потребностей, целей, интересов, смысла жизни. Это проявляется в неспособности завязывать социальные контакты, пассивном уходе от дел и людей, частом ощущении скуки, неспособности открыть другим людям свои чувства и потребности. Конструктивное отстаивание своих позиций отсутствует, заменяясь сновидениями и фантазиями соответствующего содержания. Дефицитарно агрессивный человек избегает окружающих, страдает от чувства вины, жертвует в конфликтах собственными интересами и быстро сдастся в ситуациях соперничества. Недостаточный контакт с окружающим миром сопровождается чувством безучастности и душевной пустоты, типичном для депрессивных состояний.

Ниже приводятся пункты шкалы дефицитарной агрессии:

- 8. Про меня часто говорят, что у меня нет никаких чувств
- 22. Мои вспышки гнева вызывают у меня потом чувство вины
- 25. Трудности сразу же выбивают меня из колеи
- 57. Чаще всего я надолго откладываю принятие решений
- 62. Моя жизнь по сути дела — сплошное ожидание
- 68. Когда на меня нападают, я подавляю в себе свою злость
- 72. Иногда у меня бывают мысли о самоубийстве
- 98. Я не могу показывать другим свою злость и гнев
- 146. Я часто не могу решиться что-либо предпринять
- 149. По выходным я в особенности не знаю, куда себя деть
- 157. По большей части я не могу найти выход своей злости
- 174. Я по натуре робкий человек
- 188. Если я задумаю сделать для себя что-то хорошее, я часто этого все-таки не выполняю
- 197. Я редко бываю всем доволен / довольна.

3.3.2. Я-функция тревоги / страха

Центральная Я-функция тревоги является, безусловно, необходимой для совладания с требованиями повседневной реальности, поскольку приобретение значимого нового жизненного опыта и изменения жизненной ситуации связаны не только с любопытством, но и с феноменом страха. Тревога совершенно необходима для совладания с реальностью, как функция регулирования психической энергии она определяет способность выдерживать ситуации, предъявляющие большие требования к сохранению собственной идентичности, интегрировать в жизненном опыте новые впечатления, необходимые для дальнейшего развития личности. Как регуляторная функция она в своей умеренной интенсивности обуславливает креативность, т. е. изменение и гибкое упорядочение целостного шаблона структуры «Я». В патологических крайних формах выражения она препятствует полному разворачиванию ресурсов личности, задействуя с целью избежания страха собственного уничтожения механизмы дезадаптивной психологической защиты, полярными проявлениями которых являются, с одной стороны, навязчивости, с другой — психотические реакции.

Развитие Я-функции тревоги, так же как и агрессии, может стать понятным лишь при рассмотрении его в рамках раннего симбиоза матери и ребенка, динамики всей первичной группы ребенка. Собственная идентичность может развиваться лишь в семейной обстановке, которую характеризует «золотая середина» оберегания и одновременно стимуляции ребенка. Чрезмерное оберегание вызывает страх потери собственной идентичности, игнорирование ребенка вызывает страх быть покинутым или даже страх смерти. Чрезмерная стимуляция вызывает страх собственной несостоятельности, недостаточная стимуляция — страх перед внешним миром.

В тревожной, а поэтому часто и агрессивной атмосфере семьи все попытки ребенка самостоятельно обогатить свой жизненный опыт тревожно контролируются и часто подавляются угрозой отнятия заботы или непосредственного наказания. Тревожность родителей сообщает ребенку представление, что окружающий мир есть что-то угрожающее и опасное, куда лучше вообще не стремиться. Так конструктивная тревога трансформируется в деструктивную, парализующую активность и ведущую к неадекватному избеганию нового жизненного опыта.

Когда родители не сочувствуют страхам ребенка, не понимают их и не помогают преодолеть, он не может научиться реалистически оценивать опасность. Страх теряет свою конструктивность и становится дефицитарным, переставая выполнять жизненно важную сигнальную функцию. Это приводит в последующем к постоянным конфликтам с окружающими, антисоциальному или саморазрушающему поведению. Возможно также защитное регрессивное погружение в мир фантазий всемогущества. Отсутствие страха перед окружающими не препятствует в принципе завязыванию отношений, но они, как правило, остаются поверхностными, эмоционально бедными и не ведут к структурному развитию личности.

Конструктивная тревога. Конструктивная тревога важна для человека, помогает ему найти самого себя, делает его аутентичным. В состоянии конструктивной тревоги, которая не переполняет его и не ведет к дезинтеграции личности, человек может придти к обогащению своей идентичности. Она приводит в состояние бодрости и повышает уровень сосредоточения.

При получении нового опыта и решающих шагах в жизни состояние конструктивной тревоги позволяет допускать и выдерживать тревогу. Ощущаемый страх способствует установлению контакта с окружающими, с которыми человек может поделиться испытываемыми эмоциями. Ему нравятся новые вещи и ощущения, даже если они вызывают страх, который успешно преодолевается благодаря испытываемому здоровому любопытству. Новые задачи человек воспринимает как вызов, на который он должен ответить. Тревога активизирует его и мобилизует конструктивный потенциал всех функций «Я». Конструктивная тревога означает также способность отличать реальную тревогу как обоснованный страх перед реальными опасностями от безосновательных опасений, а также способность психологически справляться с проблемой расставаний, утраты и смерти.

Операционализация параметра конструктивной тревоги: человек с конструктивной тревогой в ситуациях, связанных с опасностью и важными жизненными шагами, допускает страх, может обращаться с ним и выдерживает его. Ощущая тревогу, он может устанавливать контакты с окружающими и раскрывать им эти чувства. Ему нравится приобретать новый жизненный опыт, даже если это связано со страхом, потому что преодолеть его помогает здоровое любопытство. Тревога активизирует его,

мобилизует конструктивный потенциал всех Я-функций и помогает различать адекватный страх как обоснованную реакцию на реальную опасность от иррационального страха. Человек с конструктивным страхом обладает способностью справляться с проблематикой потерь, границ возможного и смерти.

Ниже приводятся пункты шкалы конструктивной тревоги:

1. Если я что-то начал(а), то держусь до конца, будь что будет

31. Когда мне любопытно и я что-либо открываю, это пересиливает страх

46. Моя тревожность помогает мне прочувствовать, что я хочу и чего не хочу

90. Я уже прошел / прошла через многие кризисы, стимулировавшие меня двигаться дальше

123. Даже когда мне страшно, я вообще могу выяснить, что происходит

132. Когда я сталкиваюсь с трудностями, я быстро нахожу людей, которые мне помогают

139. Даже когда мне страшно, я сохраняю ясность мысли

156. Я отваживаюсь высказать свое мнение перед группой людей

167. Когда меня что-то тревожит, я говорю об этом с другими людьми

186. К выполнению трудных задач я готовлюсь своевременно и основательно

206. Я добровольно берусь за решение важных задач, даже если они меня пугают

213. Волнение перед выступлением окрыляет меня.

Деструктивная тревога. При деструктивной тревоге психику переполняет страх, не имеющий очерченной цели. Он способствует дезинтеграции «Я». Деструктивная тревога в явном смысле является страхом собственного уничтожения, который поведенческиотреагируется вовне и проявляется в форме деструктивной ярости. Деструктивная тревога в своих поведенческих проявлениях направлена вовне на окружающий мир. Она потенцирует деструктивную агрессию, с которой тесно связана. Так человек, спасаясь от страха, становится преступником, совершает бегство в психоз, в злоупотребление психоактивными веществами или деструктивно сексуальное поведение.

Насколько конструктивная тревога мобилизует конструктивный потенциал функций «Я», настолько же деструктивная тревога парализует центральные и вторичные Я-функции. Главным признаком деструктивной тревоги являются нарушения общения и продуктивности. Человек неспособен справиться с переполняющим его страхом; он также не может облегчить свое состояние, обратившись к другим людям и получив от них участие и помощь. Вместо этого он испытывает страх перед другими людьми, перед их близостью и физическим соприкосновением. Деструктивная тревога сопровождается также такими сильными соматическими реакциями, как повышенная потливость, тахикардия и головокружение. Она приводит к тому, что не срабатывают вторичные функции «Я», необходимые для совладания со стрессом, как это часто бывает, например, на экзаменах. Невозможность поддерживать общение на удовлетворительном уровне приводит к разрыву значимых отношений. В угрожающих ситуациях ограничивается общая способность восприятия. Поведенческое отреагирование деструктивной тревоги означает беспомощную защиту от переполняющую психику страха.

Операционализация деструктивной тревоги: главный признак деструктивной тревоги — то, что она парализует общение и продуктивную деятельность. Это ведет к избеганию контактов и решения новых жизненных задач. Человек оказывается не в

состоянии ни самостоятельно совладать с тревогой, ни обратиться с этим за помощью к окружающим. Напротив, он боится людей, их близости, телесного соприкосновения. Деструктивная тревога сопровождается интенсивными вегетативными реакциями (повышенная потливость, учащение сердцебиения, головокружение). Она парализует эффективность вторичных Я-функций, что часто можно наблюдать, например, в экзаменационной обстановке. Тревога всегда неадекватно выше уровня, нормативного для данной стрессовой ситуации. К этой категории относятся фобии, панические приступы, т.н. свободно плавающий страх, страх быть покинутым и страх собственного уничтожения.

Ниже приводятся пункты шкалы деструктивной тревоги:

5. Как правило, в работе я испытываю большое напряжение
28. Мне неприятно быть с кем-либо наедине
43. Я чувствую, что моя тревожность мешает мне в жизни
50. Часто я не отваживаюсь выйти один/одна на улицу
55. Тревога часто меня как бы парализует
87. Когда я должен выступать на публике, у меня часто пропадает голос
105. Когда меня критикует начальство, у меня появляется потливость
124. Часто я так впадаю в панику, что не могу справиться с важными делами
158. Если на меня кто-то косо посмотрит, у меня легко появляется тревога
175. Меня очень тревожит мое личное будущее.

Дефицитарная тревога. Дефицитарная тревога понимается как психологическая защита от страха, как бегство от него вовнутрь, что означает попытку уклониться от конструктивного разбирательства с самим собой, с собственной идентичностью. Избегающее поведение, ригидность, навязчивости и депрессивный ступор показывают, что без тревоги не может происходить развитие личности.

Шкала дефицитарной тревоги включает в основном пункты, свидетельствующие о неспособности чувствовать тревогу. Она замещается различным образом — чувством усталости, скуки или внутренней пустоты. Идеология силы служит защите от чувства тревоги. Опасные ситуации неадекватно оцениваются, не переживаются страх в контакте с людьми и в необычных ситуациях. Неосознаваемая потребность избежать этого безэмоционального существования ведет к тому, что человек ищет опасных экстремальных ситуаций, как, например, занятий опасными видами спорта или рискованным вождением автомобиля. Точно так же, как собственный страх, не воспринимается и не может быть понята тревога, испытываемая другими людьми. Эмоционально тяжкие ситуации, связанные с расставанием, смертью, оцениваются не в соответствии с их истинным психологическим значением. Следствием дефицитарной тревоги может быть как отсутствие адекватных стратегий совладания со стрессовыми ситуациями, так и гиперадаптация к внешнему и внутреннему миру с полным отрицанием потребности в собственной идентичности.

Операционализация параметра дефицитарной тревоги: человек с дефицитарной тревогой обычно не в состоянии чувствовать и допускать тревогу. Опасные ситуации оцениваются неадекватно, реальная опасность недооценивается или вообще не воспринимается. В особенности не ощущается здоровая тревога при знакомстве со значимыми людьми или в непривычных ситуациях. Неосознаваемая потребность уйти от этой эмоциональной пустоты ведет к тому, что человек стремится к экстремальным ситуациям (опасные виды спорта, рискованное вождение автомобиля, криминальное

поведение). Так же мало как собственная тревога, воспринимается, понимается и выдерживается тревога других людей, что ведет к упрощению отношений и эмоциональной безучастности. Обесценивается значимость стрессовых ситуаций расставания, проблематики умирания и смерти.

Ниже приводятся пункты шкалы дефицитарной тревоги:

- 3. По большей части я чувствую себя одиноким/одинокой даже среди людей
- 45. Я постоянно что-нибудь забываю
- 65. В большинство опасных ситуаций я попадаю абсолютно неожиданно
- 104. Я часто забываю о чем-нибудь важном
- 112. Я часто восстанавливаю окружающих против себя
- 127. Я все откладываю «в долгий ящик»
- 145. Когда я злюсь, то легко могу поранить себя или со мной может произойти несчастный случай
- 164. Не знаю почему, но иногда мне хочется вдребезги расколотить все кругом
- 166. Я часто попадаю в рискованные ситуации
- 173. Иногда я приглушаю свою тревогу алкоголем или таблетками
- 176. Бывают дни, когда я постоянно ударяюсь обо что-то, или что-нибудь ломаю и порчу
- 202. Я часто не понимаю, что происходит
- 212. Мне часто удается исподволь переложить на других неприятные для меня дела.

3.3.3. Я-функция отграничения

Я-функция отграничения является первичным механизмом регулирования отношений «Я» с окружающей группой, а также с интернализированным групповым опытом. При недостаточном внешнем и внутреннем Я-отграничениях человека переполняет содержимое сферы бессознательного или внешних событий. Слишком жесткие внешние и внутренние границы означают обособление индивидуума от других людей, а также мира собственных неосознаваемых чувств и фантазий. Они приводят к обеднению «Я», человек ведет ограниченный образ жизни, лишенный общения.

Гибкие границы «Я» регулируют внешний и внутренний контакт, давая наибольшие возможности для приобретения жизненного опыта, одновременно защищая от перенасыщения психики наиболее адекватным для актуальной групподинамической ситуации образом.

3.3.3.1. Я-функция внешнего отграничения

Отграничение «Я» представляет собой первичный механизм регулирования отношений «Я» с социумом. Лишь отграничение «Я» от «Не-Я», в отличие от первичного симбиотического слияния с матерью, дает возможность осознания наличия двух разных индивидуумов, которые могут общаться между собой. Поэтому формирование границ «Я» является решающей фазой развития идентичности человека. Оно делает возможным одновременно контакт с внешним миром как реальный опыт общения в окружающих группах и, тем самым, нарциссическую поддержку «Я». При невозможности выйти из раннего детского симбиоза возникает неструктурированная зона в «Я» — родительские фигуры там присутствуют и одновременно отсутствуют. Присутствуют, потому что не вычленены оттуда, а отсутствуют потому, что с ними

невозможна действительная коммуникация как с автономными от «Я» индивидуумами, невозможно их объективное видение отдельно от себя, лишь внешнее отграничение создает объективное видение окружающей действительности. Это — основа для формирования собственной идентичности. Если внешнее отграничение не удастся, «Я» в своих важнейших аспектах остается недоразвитым и недифференцированным. Успешное внешнее отграничение имеет, таким образом, важнейшее значение для развития собственной идентичности.

Конструктивное внешнее Я-отграничение. Гибкое, конструктивное внешнее Я-отграничение проявляется в способности представлять свои эмоции и интересы другим людям и группам, принимать самостоятельные решения и брать на себя ответственность. Конструктивное внешнее Я-отграничение предполагает способность время от времени открывать свои физические и психические границы для получения нового жизненного опыта и последующей его интеграции в собственной личности. Человек с конструктивным внешним Я-отграничением способен сформировать собственную точку зрения, но он также открыт для критики и выслушивания точки зрения других людей и может при этом отличать чувства других людей от своих собственных эмоций. Конструктивное внешнее Я-отграничение делает возможным оптимальное получение жизненного опыта в различных групподинамических ситуациях при одновременной защите от переполнения сознания внешними стимулами.

Операционализация параметра конструктивного внешнего Я-отграничения: человек с конструктивным отграничением вовне может сформировать свою собственную точку зрения, он открыт для критики, для восприятия точки зрения и чувств других людей, сохраняет спонтанность психических процессов и моторики, контакт с окружающими группами, может интегрировать и интернализировать новый жизненный опыт, развивая свою личность. Он может различать чувства других людей и свои собственные, может отказать другому, не испытывая при этом вины, чувствует себя автономным в принятии своих решений, способен гибко и транзиторно входить в глубокие симбиотические отношения и вновь выходить из них без конфликтов и чувства вины или сохранять их, не теряя собственной идентичности.

Ниже приводятся пункты шкалы конструктивного внешнего Я-отграничения:

- 20. Я охотно помогаю другим, но не позволяю себя использовать
- 32. Находясь вместе с другими, я сохраняю свои собственные чувства
- 79. Я не стесняюсь дать понять партнерше/партнеру о моих сексуальных желаниях
- 91. В большинстве ситуаций я могу хорошо отключиться
- 95. Я могу полностью расслабиться
- 101. Мне нравится во время секса шутить и смеяться с партнершей/партнером
- 133. Другим людям не так-то легко сбить меня с толку
- 134. Я могу хорошо сосредоточиться
- 136. Я могу забыть о сделанной ошибке
- 169. Я сохраняю дружеские отношения даже если в них бывают кризисы
- 172. Меня не так-то легко привести в замешательство

Деструктивное внешнее Я-отграничение. Деструктивное внешнее Я-отграничение отражает нарушение регулирования отношений с окружающими людьми и реакций на внешние события. Вследствие страха переполнения внешними стимулами оно формирует ригидный непробиваемый барьер для общения и проявляется в от-

вергании эмоционального участия в жизни других людей и событиях окружающего мира. Искренне заинтересованное участие других людей в собственной персоне воспринимается таким индивидуумом как что-то неприятное. В результате возникает чувство внутренней пустоты и тенденция к избеганию общения.

Операционализация параметра деструктивного внешнего Я-отграничения: деструктивное внешнее Я-отграничение проявляется в отсутствии интереса к людям, событиям и окружающему миру, отверганию эмоционального участия в них. Искреннее, заинтересованное внимание других людей к своей персоне воспринимается как неприятное, индивидуум старается его по возможности избегать, «не подпуская к себе никого». Результатом этого является чувство душевной пустоты, отсутствие контактов. До этих людей ничем невозможно достучаться, они не могут испытывать истинное сострадание к другим людям.

Ниже приводятся пункты шкалы деструктивного внешнего Я-отграничения:

- 12. Я хочу, чтобы меня оставляли в покое
- 33. Мои заботы и проблемы никого не касаются
- 34. Самое прекрасное в жизни — это сон
- 51. В работе не должно быть места чувствам
- 76. Игры меня не занимают
- 78. В группе людей я незаметен
- 144. Я уклоняюсь от споров, чтобы избежать ненужных волнений
- 150. Я не хочу показывать другим свои чувства
- 154. Я считаю, что чувства всегда нужно держать под контролем
- 191. Больше всего мне нравятся люди, которые всегда держатся невозмутимо и уверенно

- 195. Рассудком достигают большего, чем чувствами.

Дефицитарное внешнее Я-отграничение. Дефицитарное внешнее Я-отграничение означает неспособность регулировать близость и дистанцию в отношениях с другими людьми, в реакциях на внешние события и окружающий мир. Речь идет об отсутствии способности различать «Я» и «Не-Я», себя и других людей, потребности и чувства других людей и свои собственные. Оно проявляется в невозможности принимать решения и представлять их другим людям, а также отказывать им и дистанцироваться от требований окружающих. Человек чувствует себя игрушкой в руках других людей, он начинает перенимать эмоции окружающих и воспринимать их как свои собственные.

Операционализация параметра дефицитарного внешнего Я-отграничения: человек не в состоянии принимать решения и отстаивать перед другими людьми их правомерность, он не может отказать другим, чтобы отграничить себя от их притязаний и чувствует себя игрушкой в руках окружающих. Он перенимает чувства и установки других людей, рассматривая их как свои собственные, не может принять того, что у других людей могут быть другие потребности или другой жизненный путь. Все ситуации он воспринимает с симбиотических позиций, исходя из того, что всем нужно то же, что и ему. Человек зависим от присутствия других, гипернормативен относительно своих социальных групп и не может сопротивляться тому, чтобы другие использовали его в своих целях.

Ниже приводятся пункты шкалы дефицитарного внешнего Я-отграничения:

- 13. Я не могу сам (а) прервать разговор

50. Я благодарен/благодарна, когда мне точно говорят, что я должен/должна делать
53. Я часто руководствуюсь мнением других людей
67. Я часто чувствую себя незащищенным / незащищенной перед жизнью
80. Я всегда позволяю взвалить все на себя
82. На меня легко произвести впечатление
116. Из-за постоянных сомнений я вынужден(а) снова и снова продумывать свои решения
119. Я часто чувствую, что другие видят меня насквозь
160. Когда кто-то печален, мне тоже очень скоро становится грустно
162. Мне трудно принять решение потому, что я боюсь, что другие могут подвергнуть его критике
211. Часто я чувствую себя раздавленным / раздавленной предъявляемыми ко мне требованиями.

3.3.3.2. Я-функция внутреннего отграничения

Эта функция гибко регулирует отношения между сознательной и бессознательной сферами «Я» в соответствии с интернализированной динамикой первичной группы. В динамике отношений становится отчетливо видна тесная взаимосвязь с функцией внешнего отграничения. Для развития личности это означает, что ребенок, которому не была предоставлена возможность свободного от чувства вины отграничения от внешнего уровня отношений, не может интернализировать и свободную от конфликтов динамику отношений. Здесь понятно и весьма тесное взаимодействие двух вариантов отграничения в развитии личности на протяжении всей жизни индивидуума.

Конструктивное внутреннее Я-отграничение. Существенным признаком гибкого, конструктивного внутреннего Я-отграничения является способность отличать интернализованную групповую динамику от актуальных групповых отношений, т. е. дифференцировать между прошлым и настоящим. Это предполагает способность распознавать фантазии и сновидения как таковые, отличать их от реальности, а также различать между реальными и нереальными аспектами воспринимаемых эмоций; допускать и переносить эмоции, самостоятельно противодействуя переполнению психики такими чувствами, как страхи, печаль, эйфория.

Операционализация параметра конструктивного внутреннего Я-отграничения: конструктивное внутреннее Я-отграничение проявляется в способности допускать сновидения, фантазии и чувства, иметь доступ к ним, воспринимать и выражать их, отличая их от реальности и дифференцируя их реальные и нереальные аспекты. Это означает гибко ощущать чувства, не допуская переполнения психики такими эмоциями, как тревога, печаль или эйфория. Индивидуум обладает способностью гибко и транзитивно открывать свои границы сфере бессознательного с тем, чтобы творчески развивать интернализованный опыт отношений, подвергая его переоценке на каждом последующем этапе развития личности. Регулирование границ между различными психическими процессами и содержаниями проявляется, например, в гибком разграничении между уровнями служебных и частных отношений, между рассудком и эмоциями. В восприятии времени отмечается синергизм прошлого, настоящего и

будущего. Внутреннее Я-отграничение делает возможным адекватное вытеснение мешающих импульсов, не имеющих невротической природы.

Ниже приводятся пункты шкалы конструктивного внутреннего Я-отграничения:

11. Утром я, как правило, просыпаюсь свежим / свежей и отдохнувшим / отдохнувшей

18. Я радуюсь чаще, чем огорчаюсь

38. В моей повседневной жизни больше радости, чем огорчений

85. Я хорошо распределяю свое время

86. Меня устраивает мой сон

94. Моя жизнь богата эмоциями

103. Я всегда могу найти время для важных дел

126. Я могу по-настоящему увлечься каким-то делом

143. Я легко могу себя чем-то занять

163. Меня радуют мои фантазии

187. Если я себя неважно чувствую, я знаю, отчего это

196. Если меня что-нибудь интересует, ничто меня не может отвлечь.

Деструктивное внутреннее Я-отграничение. Деструктивное внутреннее Я-отграничение характеризуется ригидно закрытыми границами «Я». Индивидууму не удается доступ к собственной сфере бессознательного. Оно сопровождается тенденцией к появлению психосоматических заболеваний, самоповреждений и несчастных случаев как невольной попытке ощутить свои соматические границы. Человек способен видеть сны и фантазировать в результате ригидной закрытости собственной бессознательной сферы. Контакты с окружающими остаются сугубо деловыми и формальными.

Операционализация параметра деструктивного внутреннего Я-отграничения: деструктивное внутреннее Я-отграничение проявляется в недостаточной активности сновидений, бедности фантазий и эмоциональных проявлений, отсутствии соотнесения со своим прошлым. Из этого следует тенденция отщеплять эмоции или поведенчески отреагировать их во взаимодействии с деструктивной агрессией в форме ошибочных действий, психосоматических реакций, несчастных случаев, самоповреждений. Отношения с окружающими носят сугубо деловой, формальный характер. Повышенно используется механизм психологической защиты — «проекция». При этом собственные чувства приписываются другим, вместо индивидуума окружающие становятся сердитыми, печальными или тревожными. Ригидные механизмы защиты «отрицание» и «сделать произошедшим» исключают интернализацию нового опыта отношений. Деструктивное внутреннее Я-отграничение обуславливает жизнь в неживом переживании времени, отвергание социальной энергии и феноменологически, как правило, проявляется обсессивной симптоматикой.

Ниже приводятся пункты шкалы деструктивного внутреннего Я-отграничения:

32. Жизнь — это сплошное страдание

84. Мне неприятно, когда кто-нибудь говорит о своих чувствах

96. У меня часто бывает чувство безучастности

107. В моей повседневной жизни нет взлетов и падений

113. Даже малейшая критика лишает меня уверенности в себе

170. На празднествах в большинстве случаев я скучаю

183. В присутствии нескольких людей я часто оказываюсь в замешательстве
201. Смех других людей часто не оказывается для меня заразительным
208. Мне часто бывает скучно.

Дефицитарное внутреннее Я-отграничение. Человеку с дефицитарным внутренним Я-отграничением трудно дифференцировать и объяснить испытываемые чувства, он кажется себе эмоционально диффузным. Дефицитарное, недостаточное внутреннее Я-отграничение ведет к снижению продуктивности и концентрации внимания в результате наплыва фантазий и тревоги как защиты от требований реальности. Он не может различать между важным и несущественным, испытывает страх оказаться во власти других людей в результате неспособности дифференцировать между эмоциями и потребностями других людей и своими собственными.

Операционализация параметра дефицитарного внутреннего Я-отграничения: следствием его является переполнение психики импульсами сферы бессознательного. Индивидуум оказывается во власти своих эмоций, их неустойчивости, сновидений, фантазий, произвольных мыслей, нарушений сосредоточения и сна. В экстремальных случаях это состояние может достигать психотического уровня. Он не может в повседневной жизни различать важное и неважное, дифференцировать и сообщать свои эмоции. Отсутствие границ не позволяет интегрировать и интернализировать новый жизненный опыт с формированием соответствующих структур «Я». Первичные инстинктивные потребности недоступны регулированию, побуждая к их немедленному удовлетворению.

Ниже приводятся пункты шкалы дефицитарного внутреннего Я-отграничения:

10. Часто я ловлю себя на том, что мои мысли где-то в другом месте
37. Часто я чувствую себя недостаточно включенным / включенной в происходящее
41. Часто бывают дни, когда я часами погружен в свои мысли
48. Мне часто снится, что на меня нападают
73. Часто мои мысли витают в облаках
115. Меня часто преследуют мои фантазии
118. Я гораздо чувствительнее к боли, чем другие
121. Чувства, испытанные в детстве, преследуют меня до сих пор
168. Я часто думаю о прошлом
185. Я часто застреваю в раздумьях
204. Фантазии отвлекают меня от работы.

3.3.4. Я-функция нарциссизма

Я-функция нарциссизма определяет отношение человека к себе самому. Она является решающей для чувства собственной ценности человека, т. е. того, с каким представлением о себе самом и окружающем мире он общается, трудится и решает жизненные задачи. Это видение себя касается как общего представления о ценности целостной личности, так и отдельных ее компонентов — тела, поведения, мыслей и чувств.

Нарциссизм является первично конструктивной базисной потребностью человека, результатом интернализации специфического опыта отношений с другими людьми. Лишь негативный опыт, приобретаемый в семейной и последующих значимых группах, трансформирует нарциссизм, придавая ему патологическое, т. е. дест-

руктивное или дефицитарное качество. Дети из таких семей спасаются бегством в замкнутый мир собственных переживаний и восприятий, которые нельзя сообщить другим и разделить с другими. И на более поздних этапах благодаря интернализированной динамике первичной группы при каждом соприкосновении с реальностью межличностных отношений она воспринимается угрожающей, приближаясь к паранойальной. Я-функция нарциссизма в зависимости от выраженности и качества оказываемого окружающими внимания и теплоты, иначе социальной энергии, регулирует способность человека участвовать в социально-энергетических процессах.

Конструктивный нарциссизм. Конструктивный нарциссизм как положительное представление о себе, как чувство достаточной значимости своей личности для себя и других людей является кардинальной потребностью каждого человека и неотъемлемой составной частью идентичности собственной личности. Под конструктивным нарциссизмом понимается способность к положительному восприятию функций собственного «Я» и их использованию для установления конструктивных межличностных отношений. Этому сопутствует положительное восприятие собственного тела, своих интересов и идей. Нарциссизм находится в тесной связи с чувством собственной ценности и автономностью «Я». Конструктивно нарциссический индивидуум воспринимает себя как человека, имеющего право на самостоятельное мышление, восприятие и собственный стиль жизни. Конструктивный нарциссизм может развиваться лишь при интернализации дружеских и принимающих групповых отношений, он является результатом положительного опыта межличностных отношений. Решающим при этом является то, насколько с самого раннего возраста человек получал любовь и положительную оценку окружающих, какую важность придавали мать и другие члены семейной группы оценке и удовлетворению потребностей ребенка, насколько стимулировалась его самостоятельность. Значимым для конструктивного развития центральной Я-функции нарциссизма является свободное от вины, успешное высвобождение из ранне-детского симбиоза, в котором ребенок мог развивать свой индивидуальный потенциал, не подвергаясь при этом угрозе быть за это наказанным или покинутым.

Ценностные ориентации в семейной и последующих других важных группах являются краеугольным камнем в развитии ребенка. Эти ценностные ориентации затрагивают самые различные сферы личностного функционирования, в особенности работу, обращение со своим временем, друзьями и знакомыми. Сюда относится и то значение, которое придается умению развивать собственное мышление и духовные интересы, решать жизненные задачи, занимать самостоятельную позицию в социальных и политических вопросах. От этого опыта межличностных отношений в раннем детстве зависит, насколько ценным воспринимает себя человек, сколь важным является для него его тело, личность, деятельность и отношения с другими людьми. Этот опыт отражается в чувстве собственной ценности человека и в особенности в Я-функции нарциссизма, регулирующей способность к общению и деятельности.

Конструктивный нарциссизм означает, следовательно, возможность использовать всю совокупность Я-функций для того, чтобы устанавливать и поддерживать межличностные отношения. Тем самым он регулирует способность человека интернализировать групподинамический опыт общения. Он решающим образом определяет насколько человек способен к обучению и личностному росту. Это в особенности относится к изменению и развитию личности в ходе терапевтического процесса.

Для конструктивно нарциссического человека характерна способность принимать и стимулировать внимание (в том числе критическое) к себе окружающих, видеть серьезность и важность своих определенных мыслей и чувств, относясь таким же образом к мыслям и чувствам других людей, в том числе к тем, с которыми человек не согласен, а также учиться у других людей. Пункты шкалы ориентированы на то, допускает ли индивидуум участие других лиц в важных для себя событиях, готов ли он признаться самому себе и другим в собственных слабостях и допущенных ошибках, оказавшись таким образом в центре внимания других вместе со своими креативными возможностями и недостатками.

Конструктивно нарциссический человек способен учиться на опыте других, ему нравится собственное тело, он в состоянии дать себе правильную оценку и защищаться от неоправданной критики окружающих. Он может также оставаться в одиночестве и находить удовлетворение в собственных мыслях и деятельности.

Операционализация параметра конструктивного нарциссизма: конструктивно нарциссический человек воспринимает себя как индивидуума с правом на самостоятельное мышление, собственные ощущения и собственный стиль жизни. Он обладает способностью использовать потенциал совокупности всех своих Я-функций для установления и поддержания контакта с другими людьми и, тем самым, участия в процессах социально-энергетического обмена. Он может допускать других к участию в значимых для него событиях, допускать ошибки и слабости у себя и других и способен учиться на чужом опыте. Он в состоянии правильно оценить себя и быть в одиночестве, находя удовлетворение в собственных раздумьях, чувствах и действиях.

Ниже приводятся пункты шкалы конструктивного нарциссизма:

- 9. Мне приятно, когда на меня смотрят другие люди
- 15. Я охотно зову гостей к себе домой
- 30. Я многого жду от жизни
- 40. Я охотно рассказываю другим о своей работе
- 54. Хорошее настроение у других действует на меня заразительно
- 69. Благодаря моим способностям я легко устанавливаю контакты
- 81. Я охотно выискиваю подарки для своих друзей
- 92. Я много смеюсь
- 102. Мне нравится утром выбирать, что одеть сегодня
- 179. У меня много желаний и я много делаю, чтобы они исполнились
- 184. Я охотно рассказываю о себе и своих переживаниях
- 192. Я радуюсь всему, что умею.

Деструктивный нарциссизм. Деструктивный нарциссизм понимается как вторичная и реактивная трансформация первоначально конструктивного нарциссизма. Эта трансформация происходит на этапе раннего детского симбиоза, в котором ребенок зависит от жизненно необходимой любви и заботы окружающей родительской группы. Эта групповая динамика определяет, какие свои потребности ребенку позволяется воспринимать, развивать и дифференцировать, а какие — нет.

В процессе развития собственной идентичности ребенок зависит от интерпретации действительности матерью и окружающей группой. Если на этапе раннего симбиоза ребенку сообщается неадекватная переработка информации и искаженное восприятие действительности, то происходит роковой сплав питающего нарциссизм эмоционального тепла с искажением восприятия реальности у ребенка. Это неосоз-

наваемое послание матери, как представителя всей семейной группы, ребенку можно сформулировать следующим образом: «Тебя будут любить и заботиться о тебе только, если ты будешь воспринимать то, что я воспринимаю и чувствовать то, что я чувствую. Если ты будешь настаивать на своих потребностях и восприятии, посмотрим, как тебе удастся уцелеть одному».

Развитие автономной интерпретации действительности всегда, таким образом, бессознательно находится под угрозой быть покинутым матерью, что в силу жизненно обусловленной зависимости ребенка становится зафиксированной экзистенциальной угрозой. Искаженное, не отвечающее реальности и вытекающее из ожиданий окружающих групп представление о детских способностях и границах возможностей определяет соответствующим образом искаженное или полностью отсутствующее понимание себя как деструктивно нарциссического человека.

Для развития ребенка патогенны как гипер-, так и гипостимуляция, поскольку при этом игнорируются реальные потребности ребенка и делается невозможным их истинное удовлетворение. При этом гиперстимуляции, например, в сфере успеваемости может сопутствовать игнорирование чувств и значимых потребностей ребенка, что может быть причиной формирования пограничного типа расстройства личности.

Операционализация параметра деструктивного нарциссизма: деструктивный нарциссизм выражается в неспособности выносить критику окружающих и показывать собственную слабость себе и другим людям. Нарциссически деструктивный человек постоянно требует признания и обращения к себе за достигнутые успехи, которые, в свою очередь, должны быть по возможности непревзойденными и достигаться вне контакта с другими людьми. За это он требует поклонения своей личности, ему хочется постоянно находиться в центре всеобщего внимания, которое он, однако, воспринимает враждебным и угрожающим. Он чувствует, что окружающие не понимают его чувства и интересы и неспособен учиться у других, поскольку это явилось бы признанием собственного несовершенства.

Ниже приводятся пункты шкалы деструктивного нарциссизма:

- 16. Я не могу рассказать другим, что думаю на самом деле
- 21. Мои успехи часто не находят признания
- 49. Мои способности чаще всего недооцениваются
- 64. Ответственность, которую я несу, часто не находит признательности
- 83. Я замечаю, что по большей части рассказываю о плохом, забывая хорошее
- 99. Когда я говорю, меня часто перебивают
- 109. Большинство людей понятия не имеют, что значат для меня вещи, которыми я интересуюсь
- 151. В группах люди на меня часто нападают, хотя я никому ничего не сделал (а)
- 158. В сущности никто не знает, как сильно меня все время обижают
- 182. Если кто-то расстался со мной, я не хочу, чтобы мне о нем что-то напоминало
- 194. Когда другие застают меня за каким-нибудь занятием, я немного пугаюсь.

Дефицитарный нарциссизм. С психогенетической точки зрения дефицитарный нарциссизм представляет собой патологическое развитие деструктивно-нарциссической динамики. Эти люди имеют в истории своего развития лишь рудиментарные возможности формирования здорового чувства собственной ценности, в основном они имеют лишь минимальное соотнесение себя с самим собой.

Таблица 2.

Краткое описание содержания шкал

Конструктивность	Деструктивность	Дефицитарность
Афессия		
Целенаправленная и способствующая установлению контактов активность относительно самого себя, окружающих, объектов и духовных аспектов. Способность сохранять отношения и решать задачи, формировать свою точку зрения. Активное построение собственной жизни	Неверно направленная, прерывающая общение, разрушительная активность относительно себя самого, других людей, объектов и духовных задач. Нарушенная регуляция агрессии, деструктивные вспышки, обесценивание других людей, цинизм, месть	В целом отсутствие активности, контакта с самим собой, другими людьми, вещами и духовными аспектами. Пассивность, уход в себя, безучастность, душевная пустота. Избегание соперничества и конструктивного спора
Тревога / Страх		
Способность чувствовать тревогу, перерабатывать ее, действовать адекватно ситуации. Общая активизация личности, реалистическая оценка опасности	Переполняющий психику страх смерти или быть покинутым, парализующий поведение и общение. Избегание нового жизненного опыта, задержка развития	Неспособность воспринимать страх у себя и окружающих, отсутствие защитной функции и регулирования поведения при сигнале опасности
Внешнее Я-отграничение		
Гибкий доступ к чувствам и интересам других, способность различать между «Я» и «Не-Я». Регулирование отношений между собой и окружающим миром, между дистанцией и близостью	Ригидная закрытость относительно чувств и интересов окружающих. Отсутствие эмоционального участия, готовности к компромиссу. Безэмоциональность, самоизоляция	Неспособность отказывать другим, дифференцировать себя от других. Хамелеоноподобная подстройка под чувства и точки зрения других людей, социальная гиперадаптивность
Внутреннее Я-отграничение		
Гибкий, ситуативно адекватный доступ к своей бессознательной сфере, к своим чувствам, потребностям. Способность видеть сны. Фантазии полностью не покидают почву реальности. Способность различать между настоящим и прошлым	Отсутствие доступа к сфере собственного бессознательного, ригидный барьер относительно своих чувств, потребностей. Неспособность видеть сны, бедность фантазий и эмоций, отсутствие связи с историей своей жизни	Отсутствие границы между сознательной и бессознательной сферами, наплывы не осознававшихся переживаний. Пребывание во власти чувств, сновидений и фантазий. Нарушения сосредоточения и сна
Нарциссизм		
Позитивное и адекватное реальности отношение к себе, положительная оценка своего значения, способностей, интересов, своей внешности, признание желательности удовлетворения своих значимых потребностей, принятие своих слабостей	Нереалистическая самооценка, уход в свой внутренний мир, негативизм, частые обиды и ощущение непонятое™ окружающими. Неспособность принимать критику и эмоциональную поддержку окружающих	Отсутствие контакта с самим собой, положительного отношения к себе, признания собственной ценности. Отказ от собственных интересов и потребностей. Часто остается незамеченным и забытым

Операционализация дефицитарного нарциссизма: дефицитарно нарциссический человек не в состоянии всерьез воспринимать и представлять окружающим своё мышление, эмоции и действия. Это предопределяет отсутствие способности духовного и эротического контакта с другими людьми. Эти люди неспособны быть в одиночестве и подвергать себя критике и расхождениям во мнениях с другими людьми. Вместо этого они пытаются соответствовать потребностям других людей, будучи неспособными ощущать и проявлять вовне свои потребности. Дефицитарно нарциссический человек считает себя малозначимым и легко заменяемым, незаметным и не запоминающимся окружающим. Отсутствие соотнесения себя с другими людьми и вещами делают невозможным принятие и интернализацию столь желанной и необходимой социальной энергии извне для структурирования «Я». Как и при дефицитарной агрессии и тревоге, результатом становятся чувства безучастности, внутренней пустоты и скуки.

Ниже приводятся пункты шкалы дефицитарного нарциссизма:

- 7. Никого в сущности не интересует, что я думаю и чувствую
- 24. Если я куда-либо уеду на пару дней, это вряд ли кого-либо заинтересует
- 27. Я могу показывать другим лишь свои законченные работы
- 60. Никто не замечает, здесь я или меня нет
- 75. Обо мне часто забывают
- 97. Что я делаю, не так уж и важно
- 120. Что я делаю, мог бы сделать почти любой другой человек
- 130. Я часто чувствую себя лишним
- 142. Когда кто-то пытается меня превзойти, я быстро сдаюсь
- 152. Мне трудно взять слово
- 207. Мне никогда не найти подходящего партнера
- 209. Здесь я, или меня нет, это не так уж важно

Для облегчения ориентировки в содержании шкал ниже приводится их сводное краткое описание (табл. 2).

3.4. Интерпретация результатов и применение теста для решения клинико-психологических задач

Надежность теста. Из представленных данных видно, что избирательность пунктов шкалы, ее способность идентифицировать искомый признак (и тем самым, внутренняя консистентность) проявляются при исследовании больных в большей степени, чем на здоровых. Причина здесь в том, что пункты шкалы ориентированы в том числе на выявление установок и стилей поведения, которые в целом относительно редко встречаются в здоровом населении. Психические же заболевания сужают поведенческий репертуар, приводя тем самым к снижению вариативности поисковых параметров, что выражается в более высокой интеркорреляции шкальных пунктов в группе больных. В целом же, однако, надежность шкалы, подтвержденная в группе здоровых испытуемых, все же достаточна для того, чтобы утвердительно ответить на вопрос о возможности использования ISTA и для решения вопросов общей личностной диагностики у психически здоровых людей. Известной осторожности требует интерпретация данных по шкале внешнего и внутреннего Я-отграничения. Для здорового внешнего и внутреннего Я-отграничения характерна адекватная гиб-

кость стратегии отграничения в различных ситуациях и вариантах ролевого поведения. Психически относительно здоровые лица принимают активное участие в жизни, действуют в разнообразных ситуациях и могут гибко и адекватно ситуации удерживать границу своего «Я». При этом положительные ответы по шкале внешнего Я-отграничения ($\alpha=58$ в группе здоровых и 73 в группе больных) по таким пунктам, как 191 — «Больше всего мне нравятся люди, которые всегда держатся невозмутимо и уверенно», 195 — «Рассудком достигают большего, чем чувствами» или 51 — «В работе не должно быть места чувствам» в том случае, когда имеет место реалистическая оценка ситуации, следует расценивать как адекватные показатели самозащиты, несмотря на принадлежность этих пунктов к шкале деструктивного внешнего Я-отграничения.

Согласно принятым в мировой экспериментальной психологии требованиям, надежность шкал не должна быть ниже $r=70$. Верхняя граница альфы Кронбаха для личностных тестов принимается в 90. В стремлении к максимально высокому уровню внутренней консистентности теста нет необходимости, поскольку это может привести к тому, что будут оцениваться узкие и психологически тривиальные параметры.

Надежность по тест-ретесту для тестов личностной диагностики также не должна быть ниже $r=70$. При оценке коэффициента надежности следует убедиться, что пункты теста не являются парафразами друг друга и не слишком одинаковы семантически. В этом отношении показатели надежности ISTA могут быть оценены как удовлетворительные или хорошие.

Надежность тест-ретеста показывает, что оценки параметров остаются стабильными во времени. Это подтверждает то, что оцениваемые параметры являются структурными признаками. Относительно более низкая стабильность шкал конструктивной и деструктивной тревоги свидетельствует о том, что эти параметры подвержены более выраженной флуктуации. Это справедливо и для деструктивного и дефицитарного внешнего Я-отграничения, которые по определению также являются ситуативно специфичными, поскольку указывают на степень открытости индивидуума окружающему миру.

Валидность теста. Интеркорреляция шкал. Данные интеркорреляции шкал в группе здоровых испытуемых позволяют сделать вывод о том, что корреляционные тенденции имеют ожидаемые направления, т. е. конструктивные шкалы положительно связаны друг с другом и отрицательно с деструктивными и дефицитарными шкалами. Величины общей вариации располагаются в пределах 49 % (конструктивная агрессия / конструктивный нарциссизм) и 36% (конструктивная агрессия / конструктивное внутренне Я-отграничение). Деструктивные шкалы положительно коррелируют друг с другом и с дефицитарными шкалами, отражая наличие общего «фактора патологии». В целом, однако, корреляционная взаимосвязанность шкал не очень высока, что позволяет говорить об относительной независимости шкал.

Некоторые взаимосвязи заслуживают особого внимания. Деструктивная агрессия положительно ($r=42$) коррелирует с конструктивной агрессией, а также с другими шкалами, имеющими конструктивную направленность. Это согласуется с положением концепции G. Ammon, согласно которой здоровая личность должна обладать определенным потенциалом и деструктивной агрессии, чтобы дистанцироваться от устаревших социальных норм или неадекватных жизненных условий. В особенности это

касается творческих задатков личности. Создание нового предполагает — по крайней мере, в течение какого-то времени — уничтожение старого. Потенциал деструктивной агрессии необходим для адекватного реагирования на деструктивную агрессию других людей. Деструктивные фантазии (например, п. 100: «Я часто воображаю, как плохо должно было бы быть моим обидчикам») также играют для психогигиены известную катарсическую роль. Деструктивная агрессия, однако, может стать источником проблем, а иногда и патологии, в особенности если она недостаточно адекватно регулируется конструктивными функциями личности или сопровождается высокой выраженностью дефицитарной агрессии. В последнем случае можно предположить, что деструктивная агрессия обращается вовнутрь против собственной личности.

Если высокая деструктивная агрессия сопровождается высоким уровнем дефицитарной тревоги и, таким образом, нарушена способность ощущать тревогу, то человек не в состоянии адекватно защитить себя от негативных последствий выражаемой агрессии.

Обращает на себя внимание обнаруженная высокая взаимосвязь деструктивной и дефицитарной тревоги. Она указывает на связь между поведением избегания и вытеснением в результате интенсивной деструктивной тревоги. Деструктивная тревога коррелирует с деструктивным внутренним Я-отграничением еще выше ($r=70$), чем с дефицитарным внутренним Я-отграничением ($r=63$). Это означает, что «страх перед страхом» усиливает деструктивное внутреннее Я-отграничение.

В группе пациентов интеркорреляции также имеют ожидаемые тенденции. Конструктивные шкалы достоверно коррелируют: положительно друг с другом и отрицательно — с деструктивными и дефицитарными субшкалами. Шкалы патологических параметров положительно коррелируют друг с другом.

Следует отметить некоторые установленные взаимосвязи, которые подтверждают валидность теста. Так, конструктивная агрессия имеет наиболее высокую корреляцию с конструктивным нарциссизмом (66), что указывает на созвучие активности, направленной на окружающий мир, с положительной самооценкой и чувством собственной ценности.

Шкала деструктивной агрессии имеет наиболее высокие корреляции с дефицитарной тревогой (47) и деструктивным нарциссизмом (46), т. е. в деструктивной агрессии находит выход нарциссический гнев в сочетании с неосознаваемой тревогой. Как можно было ожидать, отсутствует положительная взаимосвязь между деструктивным и конструктивным компонентами агрессии.

Дефицитарная агрессия имеет выраженную взаимосвязь с деструктивной тревогой (64), дефицитарным внешним Я-отграничением (69), деструктивным внутренним Я-отграничением (66) и дефицитарным нарциссизмом (67). Этот кластер типичен для депрессивных расстройств.

Шкала конструктивной тревоги имеет наиболее высокую корреляцию (69) со шкалой конструктивного внутреннего Я-отграничения. Способность к адекватной переработке тревоги зависит, таким образом, достаточно тесно от доступа, который имеет индивидум к сфере бессознательного и к эмоциональной сфере.

Деструктивная тревога, наряду с уже упомянутой дефицитарной агрессией, коррелирует также с дефицитарным внешним Я-отграничением (67) — индивидум испытывает ощущение потери контроля над ситуацией, чувствуя свою беспомощность перед предполагаемой опасностью.

Представляется интересным, что дефицитарная тревога наиболее значимо коррелирует с дефицитарным внутренним Я-отграничением (56). Это могло бы объяснить, почему люди с выраженной дефицитарной тревогой часто испытывают желание «взвинтить себя», восполняя тем самым отсутствие границ «Я».

При сравнении с картиной интеркорреляции шкал по данным исследования здоровых испытуемых, клиническая группа демонстрирует некоторые особенности. Так, например, в клинической группе гораздо менее выражены взаимосвязи со всеми конструктивными шкалами, что, возможно, свидетельствует о качественном различии деструктивного потенциала в обеих группах.

Факторная валидность теста. Интерпретируя факторы, выделенные в группе здоровых испытуемых, можно обозначить первый из них как «статическую форму патологии». Высоко нагруженные по нему шкалы ведут к сужению поведенческого репертуара, недостаточному его развитию или пассивности. Второй фактор однозначно представляется «мерой психического здоровья». Третий фактор может быть понят как «влияние динамической формы патологии». Деструктивная агрессия, в отличие от дефицитарных Я-функций и деструктивной тревоги или отграничения, предполагает еще и относительную целенаправленность и, тем самым, более выраженную структурированность соответствующего поведения.

В отличие от группы здоровых испытуемых, у стационарных больных выявлен фактор, нагруженный параметром деструктивного внешнего Я-отграничения. Не представляется возможным однозначное отнесение шкалы конструктивного внешнего Я-отграничения к какому-либо из выделенных факторов.

При сравнении содержательной структуры факторов в группах здоровых испытуемых и стационарных больных выявляется значительное совпадение по первым двум факторам — «патологии» и «здоровья». Первый фактор (37,7% дисперсии) объединяет все деструктивные и дефицитарные шкалы за исключением деструктивного внешнего Я-отграничения. Второй фактор (16,3% дисперсии) образуют шкалы, отражающие конструктивные тенденции. Шкала деструктивного внешнего Я-отграничения образует самостоятельный фактор.

Результаты факторного анализа можно сформулировать следующим образом.

В целом факторный анализ подтверждает постулируемую структуру ISTA, поскольку конструктивные компоненты образуют один фактор, в то время как деструктивные и дефицитарные компоненты группируются в одном или более других факторов.

Между здоровым населением и стационарными больными выявляются различия в факторной структуре. Это объясняет неравенство доли дисперсии по фактору «психического здоровья» (24,6 % в группе здоровых испытуемых и 16,3 % в группе больных).

Особую роль в группе больных играет деструктивное внешнее Я-отграничение, образующее здесь самостоятельный фактор. Внешняя открытость или отгороженность относительно других людей и жизненного опыта представляет у психически больных людей особую функцию. В крайней степени выраженности она ведет к параноидной инкапсуляции и должна рассматриваться в качестве прогностически неблагоприятного предиктора с точки зрения психотерапии.

Внешняя валидность. Гиссенский личностный опросник. Корреляции между шкалами ISTA и Гиссенским личностным опросником имеют ожидаемые направле-

ние и высоту. Со шкалой «социальное одобрение» Гиссенского опросника наиболее высоко коррелируют шкалы конструктивного и дефицитарного нарциссизма. Дефицитарный нарциссизм имеет много общего с негативным социальным резонансом человека, чувствующего себя нелюбимым и пренебрегаемым. Соответственно этому, конструктивный нарциссизм связан с позитивным социальным резонансом. Доминирование слабо негативно коррелирует с деструктивной агрессией и конструктивной тревогой, причем деструктивная агрессия предположительно соответствует негативным аспектам доминирования в смысле подавления окружающих, а конструктивная тревога — способности к конструктивному спору. Корреляции шкалы «контроля» Гиссенского опросника с ISTA не выявлено. Шкала «настроения» Гиссенского опросника имеет наиболее высокую корреляцию с шкалами дефицитарной агрессии, деструктивной тревоги и дефицитарного внутреннего Я-отграничения (склонность к саморефлексии, переходящая в депрессивную умственную жвачку). Шкала «открытости» Гиссенского опросника отрицательно коррелирует с шкалами конструктивного нарциссизма и конструктивной тревоги в смысле открытости для отношений с окружающими и положительной самооценки. Социальная закрытость, как можно было ожидать коррелирует с дефицитарной агрессией и деструктивным внешним и внутренним Я-отграничениями. «Социальные способности», как и «социальное одобрение», наиболее высоко коррелируют с шкалой конструктивного нарциссизма.

В тенденциях ответа интересно, что больные, набирающие более высокие оценки по шкале деструктивного нарциссизма избегают давать средние ответы, т. е. признавать, что они ведут себя как и большинство людей. Они тяготеют к экстремальным ответам, подчеркивая свое отличие от других.

В целом корреляционная матрица демонстрирует взаимосвязи в ожидаемом направлении, которые, тем не менее, не слишком высоки. Это означает, что между ISTA и Гиссенским личностным опросником имеются некоторые содержательные совпадения, но при этом можно констатировать и определенную самостоятельность.

Тест индекса стиля жизни (LSI). Тип защиты «вытеснение» имеет наиболее высокую корреляцию с деструктивным нарциссизмом и деструктивным внешним Я-отграничением. В этом находит свое отражение нарушенное соотношение с реальностью и отгораживание от окружающего мира. С типом защиты «регрессия» одинаково высоко коррелируют шкалы дефицитарной агрессии, дефицитарного внешнего Я-отграничения и деструктивного нарциссизма. Деструктивный нарциссизм усиливает отгораживание от реальности, в то время как дефицитарная агрессия и дефицитарное внутреннее Я-отграничение обуславливают появление тревоги и чувства вины в результате недостаточной защиты от запретных побуждений. Дефицитарное внешнее Я-отграничение имеет самую высокую положительную корреляцию с типом защиты «компенсация». Этот тип операционализирован авторами теста индекса стиля жизни как бессознательное изменение установок и поведения по образцу другого, более сильного человека. Сходным образом в ISTA операционализировано дефицитарное внешнее Я-отграничение. Тип защиты «проекция» имеет умеренно выраженную корреляцию с дефицитарным внутренним Я-отграничением и деструктивным нарциссизмом. Механизм защиты «перемещение» образует выраженную корреляцию со шкалой деструктивной агрессии. Это сходство содержательно подкрепляется тем, что заданными атрибутами этого типа защиты являются негативные эмоции раздражения и гнева. Механизмы защиты «интеллектуализация», а также (на более низком

уровне) «формирование реакций» имеют ожидаемую связь со шкалой деструктивного нарциссизма.

В целом ни одна из шкал, составляющих ISTA, не может быть однозначно и исключительно приравнена к какому-либо защитному механизму. Это понятно, поскольку задачей теста является оценка структуры «Я», а не идентификация используемых им типов защиты. Вместе с тем, полученные данные позволяют говорить о том, что тип структуры «Я» играет определенную роль при выборе механизмов психологической защиты. Это подтверждается общим количеством и высоким уровнем корреляций ряда шкал ISTA с вариантами защиты. Положительные значимые корреляции обнаружены по шкалам: деструктивного нарциссизма (7), деструктивной тревоги (6), дефицитарной агрессии (5), деструктивного внешнего Я-отграничения (4), дефицитарного внешнего Я-отграничения (4) и дефицитарного внутреннего Я-отграничения (4).

Шкалы конструктивной направленности отрицательно или незначимо коррелируют с типами дезадаптивной психологической защиты. Исключение составляет шкала конструктивного нарциссизма, положительно связанная с защитным механизмом «отрицание». Это позволяет предположить, что способность к отрицанию или игнорированию неприятных событий может носить и вполне здоровый характер.

Опросник ММРІ. Как и следовало ожидать, шкалы ISTA, имеющие конструктивную направленность, отрицательно коррелируют со шкалами ММРІ, в то время как деструктивные и дефицитарные параметры, отражающие патологические признаки, положительно коррелируют. Есть и отдельные корреляции, также подтверждающие внешнюю валидность ISTA. Так, шкала конструктивной агрессии на высоком уровне отрицательно коррелирует с депрессивной симптоматикой и тенденцией к аутизации. Шкала деструктивной агрессии имеет особенно высокий уровень корреляции со шкалами «паранойя» и «психастения» теста ММРІ.

Тест SCL-90-R. Корреляции между шкалами ISTA и опросником SCL-90-R свидетельствуют о том, что между Я-функциями, с одной стороны, и специфической симптоматикой — с другой, не существует однозначной связи. Как правило, формируются кластеры, в которых с определенной специфической симптоматикой оказываются взаимосвязанными несколько Я-функций. В особенности это очевидно для субшкал SCL-90-R «навязчивости», «социальная неуверенность», «депрессия» и «уровень психотизма». Шкала дефицитарного внутреннего Я-отграничения обнаруживает наиболее широкие взаимосвязи с патологическими проявлениями. Они особенно выражены для субшкал «уровень психотизма», «навязчивости» и «депрессия». Шкала деструктивного внутреннего Я-отграничения, напротив, представляет собой относительный барьер для менее тяжелых проявлений психической патологии, уступая лишь фактору общего психотизма — единственному, с которой у нее имеется умеренная положительная корреляция.

Если обратить внимание на наиболее выраженные корреляции, то видна связь обсессивного синдрома с функциями деструктивной тревоги и дефицитарного внутреннего Я-отграничения. Обсессивные проявления имеют защитную цель снижения интенсивности деструктивной тревоги, заместительно представляя отсутствующую границу «Я». Сходным образом выглядит положительная корреляция субшкал «социальной неуверенности» и «депрессии» с функциями патологического нарциссиз-

ма, дефицитарной и деструктивной агрессии, деструктивной тревоги и патологического внешнего Я-отграничения.

Из шкал тревоги ISTA с субшкалой тревоги теста SCL-90-R коррелирует лишь шкала деструктивной тревоги. Это понятно — ведь конструктивная тревога не достигает патологического уровня, а дефицитарная не осознается. Аналогичную картину можно видеть по шкалам агрессии. Из шкал агрессии ISTA с субшкалой агрессии теста SCL-90-R коррелирует лишь шкала деструктивной агрессии, поскольку конструктивная агрессия не обнаруживает патологического выражения, а дефицитарная не проявляется в поведении. Высокий уровень корреляции деструктивного нарциссизма с субшкалой паранойи SCL-90-R отражает личностную проблематику индивидуума, который не чувствует понимания со стороны окружающих.

При анализе корреляций ISTA с тестом SCL-90-R следует учитывать, что первый тест практически не содержит пункты, прямо ориентированные на выявление психопатологической симптоматики.

Различия в средних шкальных оценках по полу у здоровых испытуемых. Полученные данные свидетельствуют о том, что мужчины более «агрессивны», чем женщины, причем как в конструктивной, так и в деструктивной сферах. Женщин отличает более низкий уровень конструктивной тревоги, но более высокий уровень деструктивной тревоги. Мужчины больше способны к конструктивному внешнему Я-отграничению, т. е. к отстаиванию собственных интересов. Внешнее Я-отграничение у женщин носит в большей степени дефицитарный характер, они менее способны выражать и отстаивать свои потребности. Более дефицитарным, по сравнению с мужчинами, является и внутреннее Я-отграничение, женщины более открыты в доступе к бессознательной сфере и эмоциям. По Я-функции нарциссизма значимых различий между полами не выявлено.

Полученные данные в целом согласуются с общепринятыми представлениями о полоролевом функционировании человека. Выявленные гендерно-специфические различия не являются, однако, достаточным основанием для установления отдельных нормативов шкальных данных для мужчин и женщин. Абсолютная величина этих расхождений для этого слишком мала. Она колеблется между 0,8 (дефицитарное внешнее Я-отграничение) и 0,4 (дефицитарное внутреннее Я-отграничение), что не превышает величину стандартного отклонения.

Различия средних шкальных оценок по возрасту в группе здоровых испытуемых. Из приведенных данных видно, что с возрастом конструктивные возможности личностного функционирования существенно снижаются. У лиц старшей возрастной группы оценки по конструктивной сфере во всех функциях значимо уступают таковым у лиц младшего возраста. У них в среднем менее выражена конструктивность агрессии, тревоги, внешнего и внутреннего Я-отграничений и нарциссизма. В особенности отчетливы расхождения по шкалам конструктивной агрессии и конструктивного нарциссизма. Finke G. и др. (1996) интерпретируют это как «дефицитарную модель старения». Снижение конструктивной агрессии в качестве открытости новому опыту, конструктивного страха как разумной готовности к риску отражают свойственную старшей возрастной группе проблематику собственной ценности. Это также косвенно подтверждает низкое расположение старшей возрастной группы в культурально обусловленной ценностной системе населения.

Различия между старшей и младшей возрастными группами оправдывают раздельное использование нормативных оценок для разных возрастных групп.

Различия между подгруппами нормальных испытуемых. Испытуемые, состоящие в постоянных партнерских отношениях, оказываются более здоровыми по сравнению с теми, кто не имеет постоянного партнера. У них выше уровень благоприятной конструктивной агрессии и ниже уровень неблагоприятной деструктивной. Аналогичные тенденции прослеживаются также в Я-функциях тревоги и нарциссизма, где достоверные различия распространяются и на неблагоприятный деструктивный параметр Я-функции. Специальное исследование могло бы выявить, является ли это причиной или следствием той или иной партнерской ситуации. Одиноким лицам имеют более слабую Я-функцию конструктивного отграничения как внешнего, так и внутреннего. Это означает, что они в отношениях с другими людьми быстро оказываются на «вторых ролях», не умея адекватно представлять и отстаивать свои интересы и потребности по отношению к партнеру.

Лица с более высоким уровнем образования выглядят психически более стабильными. У них выше уровень конструктивного параметра практически всех Я-функций и ниже представленность деструктивной агрессии и деструктивного внешнего Я-отграничения, что означает большую, чем у лиц с низким уровнем образования, удовлетворенность жизнью и открытость для общения. Отсутствие значимых различий по шкалам внутреннего Я-отграничения позволяет предположить, что, вопреки распространенным обыденным представлениям, более высокий уровень образования не обязательно предполагает лучшую способность к преодолению интрапсихических конфликтов.

Как и можно было ожидать, при исследовании подгрупп с разным производственным статусом, безработных отличает менее благоприятная картина структуры личности по сравнению с занятыми на производстве. Однако, она не является однозначной для всех шкал и всех внутренних параметров шкал. Конструктивный параметр в этой подгруппе достоверно ниже лишь по Я-функциям агрессии (более низкие деловые качества) и нарциссизма (меньшая удовлетворенность собой). Исходя из бытовых представлений, у безработных можно было бы ожидать более высокий уровень деструктивной агрессии и деструктивного нарциссизма, но достоверных различий по этим параметрам не обнаружено. Значительно выше лишь уровень дефицитарной агрессии. Это позволяет предположить, что субъективный дистресс у безработных вызывается не столько бедственным материальным положением, смягчаемым социальной поддержкой государства (о чем свидетельствует и отсутствие различий по Я-функции тревоги), сколько неудовлетворенностью в связи с невозможностью полной реализации своего личностного потенциала. Статус безработного оставляет сохранным конструктивный аспект внешнего и внутреннего Я-отграничений (общение с окружающими и взаимодействие с внутренним миром), усиливая неблагоприятные деструктивный и дефицитарный ее компоненты. Сочетание повышенного уровня дефицитарной агрессии, дефицитарного нарциссизма и всех неблагоприятных параметров Я-функции отграничения соответствует предрасположенности к депрессивным реакциям как психическим последствиям статуса безработного.

Низкий уровень материальной обеспеченности сопровождается картиной Я-функций, весьма близкой к таковой при статусе безработного. Это связано как с тем, что среди малообеспеченных оказалось много безработных, так и с тем, что структу-

ра «Я» в большей степени зависит не столько от абсолютной величины дохода, сколько от субъективного неудовлетворения нереализованностью собственного личностного потенциала.

Политический строй государства, в котором вырос и сформировался как личность испытуемый, также является существенным демографическим фактором, определяющим особенности Я-структуры. В этом смысле воссоединение двух немецких государств с разным политическим устройством в 1989 г. предоставило уникальную возможность провести экспериментальное изучение этого параметра. Насколько нам известно, это — первое исследование, которое дает возможное сравнение психологической структуры здоровых испытуемых, выросших в ФРГ или в ГДР. Исследование было проведено спустя пять лет после воссоединения и не ставило целью подтверждение или опровержение априорных гипотез, поскольку у нас не было каких-то предположений о том, как должна выглядеть Я-структура в зависимости от того, сформировалась ли личность при капиталистическом или же социалистическом строе.

Жители ФРГ и ГДР не различаются между собой в конструктивных аспектах таких Я-функций, как агрессия, тревога и нарциссизм. Это значит, что у них сходные деловые качества и желание работать, готовность идти на оправданный риск, адекватно положительная оценка себя. Однако, деструктивные и дефицитарные аспекты этих функций выглядят у бывших граждан ГДР менее благоприятно. Им труднее регулировать свою агрессию, облекать ее в адекватные формы и сбрасывать в социально приемлемом направлении. У них, по сравнению с гражданами ФРГ, завышен уровень интрапсихической и социально опосредованной тревоги, которую им труднее адекватно распознавать и регулировать. Им также труднее переносить критику, признавать свои недостатки, они в большей степени зависят от принятия себя окружающими, менее самостоятельны и способны распознавать, принимать всерьез и реализовывать свои интересы и потребности.

Что касается Я-функций отграничения, то у жителей ГДР как внешние, так и внутренние конструктивные аспекты выглядят менее благоприятно, чем у жителей ФРГ. Это означает, что им труднее регулировать гибкую границу между социумом и внутренним миром, поддерживая оптимальные условия как для контакта с окружающими, так и для личностного развития. Они не менее общительны, чем граждане ФРГ (отсутствие достоверных различий по шкале деструктивного внешнего Я-отграничения), но им труднее находить доступ к миру своих чувств, правильно идентифицировать мотивы своего поведения (более высокие показатели по шкале деструктивного внутреннего Я-отграничения). Они не в большей степени находятся во власти своих бессознательных чувств и мотивов (отсутствие достоверных различий по шкале дефицитарного внутреннего Я-отграничения), но им труднее отстаивать перед окружающими свои взгляды и решения (более высокие показатели по шкале дефицитарного внешнего Я-отграничения).

В целом можно сказать, что испытуемые, выросшие в ГДР, менее активны и предприимчивы, более тревожны, у них больше выражена проблематика собственной ценности. Возможно, это связано со специфическими особенностями социализации в ГДР, где исторически не поощрялась личная инициатива, ценность собственной индивидуальности, собственное мнение, отличное от идеологически предписываемого. Неблагоприятные показатели по деструктивным и дефицитарным параметрам

рам Я-функций тревоги и нарциссизма вполне могут быть связаны с психотравмирующими аспектами переходного периода между двумя разными политическими формациями (сокращение рабочих мест, более высокий, чем в ФРГ уровень безработицы, более низкий уровень доходов, обесценивание прошлого существования).

Обнаруженные различия между подгруппами ни в коем случае не достигают уровня клинической выраженности, оставаясь в рамках «здоровой вариации» и характеризуя скорее стиль жизни, темперамент или незначительное ухудшение самочувствия. Это становится еще более очевидным, если учесть, что подгруппа ГДР демонстрирует достаточно высокий конструктивный потенциал Я-функций агрессии, тревоги и нарциссизма. Однако, конструктивные возможности человека в данном случае сдерживаются деструктивными и дефицитарными компонентами соответствующих Эго-функций. Недостаточная стимуляция индивидуальности, личной инициативы блокирует раскрытие других потенциалов. Ключевым и поворотным моментом здесь должна быть коррекция Я-функций отграничения.

Данные, полученные при оценке социально-демографических факторов с помощью ISTA, позволяют положительно оценить валидность теста. Они подтверждают также его практическую значимость в связи с возможностью выявления качественных факторов риска в возникновении психической патологии (Finke G., Wolfram G., 1997), а также количественной оценки того, в какой степени структура личности повреждена действием негативного социального (групподинамического) опыта и насколько первично структурно ослабленная личность ограничена в гармоничном общении и трудовой продуктивности во взрослом возрасте.

Транскультуральная валидность. Трудно однозначно экстраполировать полученные различия в средних шкальных баллах между русской и немецкой популяцией на какие-то социокультуральные их характеристики, но можно предположить, что немецкой группе более свойственна издавна культивируемая в капиталистических условиях предприимчивость (преобладание конструктивной агрессии). Более напряженный характер озабоченности жизненными проблемами в русской популяции (преобладание деструктивной тревоги), возможно, отражает фундаментальные и драматические социальные сдвиги, происходящие в русском обществе в постсоветском периоде. Как для русских, так и для немцев не характерна общая неудовлетворенность собой (отсутствие разницы по параметрам нарциссизма), но более высокие показатели отграничения могут отражать разницу в социокультуральной идеологизации индивидуализма капиталистического и коллективизма — советского общества.

Анализ русской версии теста (см. раздел 10.1) показал, что она характеризуется высокой конструктивной валидностью, достаточной стабильностью внутренней структуры и имеет значительный клинический потенциал, позволяющий рассматривать шкальные показатели как индикатор психического здоровья. Транскультуральные исследования с русской версией теста показали, что при общей тенденции к преобладанию деструктивных и дефицитарных параметров над конструктивными, различным клиническим контингентам свойственен характерный профиль таких Я-функций, как агрессия и тревога. Клиническая апробация русской версии теста показала, что распределение тестовых оценок в клиническом контингенте отражает теоретически ожидавшиеся тенденции выражения Я-функций при их патологических на-

рушениях, что подтверждает адекватность использования теста в клинической практике. В то же время анализ конкретных результатов исследования должен всегда проводиться с учетом имеющихся транскультуральных различий.

С помощью адаптированного российского теста ISTA Б. С. Положий (1994) провёл исследования психических расстройств, являвшихся в России последствиями социального стресса. Задача состояла в том, чтобы установить связь между социальными, политическими и экономическими условиями нестабильной политической ситуации в России с увеличением количества случаев психических расстройств и психической дезадаптации. Он ссылается при этом на Ю. А. Александровского, который рассматривает нестабильные факторы как стрессоры, которые, по его мнению, в каждом обществе в периоды социальной напряжённости являются предрасполагающими обстоятельствами для возникновения психических расстройств. Эти общественно-социальные факторы Б. С. Положий обозначает как социальный стресс, который он понимает как общественный кризис идентичности. Последнему сопутствуют нарушения восприятия «Я», вплоть до полной утраты собственной личности и способности адаптироваться к обществу. Автор приходит к выводу, что в российском обществе существуют четыре клинических варианта кризиса идентичности: «анемический», «диссоциальный», «негативистический» и «магический». Он видит соответствие этих кризисов идентичности с результатами Я-структурного теста Аммона в его российской адаптации в Институте им. В. М. Бехтерева в Санкт-Петербурге. «Аномический» кризис идентичности он определяет как специфическое расстройство, при котором интересы, жизненный тонус, активность, целеустремлённость и жизненные цели редуцируются и утрачиваются вплоть до аутистической интроверсии и пассивного бегства в себя. Человек становится тревожно-депрессивным, теряет уверенность в своих силах, считает себя неспособным противостоять ударам судьбы. Это приводит к социальной дезадаптации в семейной, производственной и повседневной жизни. В Я-структурном тесте Аммона «аномический» кризис идентичности выражается в дефицитарной агрессии, дефицитарном внешнем и внутреннем Я-отграничении, дефицитарном нарциссизме и деструктивном страхе (тревоге). Главный признак «аномического» кризиса идентичности — это дефицитарная агрессия, т. е. отсутствие активирующей силы. Второй вид кризиса идентичности — это «диссоциальный» или же, в гуманструктуральном понимании, агрессивно-деструктивный. Такие личности характеризуются абсолютной нетерпимостью по отношению к другим людям и мнениям. Мышление может принять параноидный характер. Они оказываются в опасности быть втянутыми в экстремистские политические группы, легко поддаются внушениям и могут проявлять криминальные наклонности, вплоть до совершения жестоких преступлений. У этих людей деструктивная агрессия является главным моментом их гуманструктуры, с разрушительной областью поведения в межчеловеческих контактах, с отсутствием регуляции ярости и ненависти. Деструктивная агрессия усиливается дефицитарным страхом, т. е. неоощаемым страхом, поэтому такие люди склонны подвергаться экстремальным ситуациям и риску. Они также характеризуются высоким деструктивным нарциссизмом, т. е. неспособны реалистически оценивать себя и своё окружение. Третий вид проявления кризиса идентичности — «негативистский», или пассивно-агрессивный. В гуманструктуральном понимании, агрессия выражается дефицитарно, в виде недовольства, преднамеренной неэффективности своей деятельности, страхов перед всем новым, след-

ствие чего такие люди активно отвергают любое изменение. Они также постоянно выражают неудовольствие и досаду непрерывным ропотом, которого у них ранее не наблюдалось. Любому экономическому и социальному нововведению оказывается противодействие. Гуманструктура пассивно-агрессивных личностей обнаруживает деструктивное внешнее и внутреннее Я-отграничение. Четвёртое проявление кризиса идентичности — «магическое». Преобладает магическое мышление, которое определяет весь образ жизни. Главные интересы направлены на иррациональное, необъяснимое, паралогическое и мистическое. Б. С. Положий понимает это как психологический защитный механизм, который служит преодолению выраженных жизненных трудностей и социального стресса. Подобное проявление кризиса идентичности ведёт не только к социальной и профессиональной дезадаптации людей, но может привести к образованию враждебных обществу группировок. В гуманитарном понимании большинство полученных результатов данной группы располагались вне нормативной области, но не удалось установить ни одного главного признака деструктивности или дефицитарности. Автор приходит к логичному выводу, что кризисы идентичности, вызванные перестройкой общественной, социальной структуры, стрессом и нестабильностью, могут быть преодолены с помощью конструктивного социально-энергетического поля. Это означает, что общество должно стараться распознавать деструктивную и дефицитарную социальную энергию, преодолевать её и противопоставлять ей конструктивную энергию при помощи конструктивных групповых отношений во всех общественных структурах.

Что касается венгерской версии теста, то можно предположить, что выявленные различия между показателями немецкой и венгерской версий обусловлены не семантическими проблемами, возникшими в результате перевода, а транскультуральной спецификой венгерской версии теста. Завышение дефицитарной тревоги в сочетании с низким уровнем ее конструктивного компонента свидетельствует о дефиците эффективных механизмов обращения с тревогой в венгерской популяции. Это отражает и повседневную практику венгерской психиатрии, где принято направлять больных на стационарное лечение при первых признаках появления психопатологической симптоматики. Такая практика не содействует усилению Я-функций при реакции на тревогу и выработке более эффективных стратегий проблемно-решающего поведения. Быстрая защита пациента от действия внешних стрессоров путем госпитализации скорее способствует психологической регрессии пациента.

В целом, результаты транскультуральной валидизации ISTA, проведенной в Венгрии, подтверждают положительные возможности этого инструмента в повышении точности диагностической и улучшение ориентировки в психотерапевтической работе с больными. Это указывает также на возможности анализа теоретических концепций динамической психиатрии в транскультуральном контексте.

Дифференциальная валидность. Различия между здоровыми испытуемыми и стационарными больными. При интерпретации полученных результатов следует учитывать то, что в группе стационарных пациентов собраны лица с широким спектром нозологических форм, т. е. она в целом репрезентативна для широкого круга психической патологии.

Получены отчетливые различия в Я-структуре между здоровыми лицами и клиническим контингентом, подтверждающие принципиальную способность ISTA дифференцировать между этими группами. Различия в целом соответствуют изначально-

ным ожиданиям: как правило, здоровые испытуемые имеют более высокие показатели в конструктивных компонентах Я-функций, а стационарные пациенты — более высокие в деструктивных и дефицитарных.

Исключение здесь составляет лишь параметр деструктивной агрессии. У больных он ниже, чем у здоровых. Это означает, что психически больные менее деструктивно агрессивны и готовы к насилию по сравнению со здоровым населением (за исключением лишь относительно узкой группы больных с диссоциальным и импульсивным типами расстройства личности (F60.2 и F60.30)). Большинство же больных, по крайней мере в исследованной когорте, являются скорее психически заторможенными. В пользу этого говорит и то, что наибольшие различия обнаружены в дефицитарных компонентах Я-функций, которые, согласно теории, представляют наиболее задержанные в развитии личностные структуры. Формирование деструктивных компонентов предполагает определенное структурирование функций, поскольку в случае деструктивной агрессии речь идет о дезадаптивной, но все же в известной мере целенаправленной активности. Утрата контроля и импульсивно агрессивное поведение зависят от того, в какой мере деструктивная агрессия будет связана не с конструктивной, а с дефицитарной агрессией, а также с деструктивным и дефицитарным компонентами тревоги и внешнего Я-отграничения.

Этому соответствуют и обсуждавшиеся выше факты, полученные при изучении интеркорреляции шкальных параметров раздельно в группах здоровых испытуемых и стационарных больных. У здоровых деструктивная агрессия имеет положительную взаимосвязь с конструктивными компонентами Я-функций, т. е. она имеет больше шансов быть канализованной в социально приемлемые формы поведения, или быть даже в какой-то мере необходимой для адаптивного поведения. У больных же деструктивная агрессия не имеет положительной взаимосвязи ни с конструктивной агрессией, ни с конструктивными компонентами тревоги и внешнего и внутреннего Я-отграничений. Это означает, что, хотя деструктивная агрессия у больных и характеризуется количественно менее высоким уровнем по сравнению со здоровыми, она имеет больше шансов проявиться в социально неприемлемых формах поведения.

Различия между нозологическими типами структуры личности. ISTA не является психодиагностическим инструментом в строгом смысле слова. Тест ориентирован прежде всего на исследование центральных Я-функций с целью дифференцированного определения уровня развития и неиспользованных потенциалов личности. Идентификация больного в рамках общепринятой нозологической классификации в ISTA не является первостепенной задачей, однако, несомненно, играет известную роль в клиническом использовании методики.

Адекватность ISTA в отношении дифференциальной диагностики нозологических типов структуры личности была подтверждена уже на ранних этапах разработки этой методики (Burbiel I., Wagner H., 1984; Burbiel I. et al., 1990). Данные, полученные в настоящем исследовании дают более полную картину дифференциальных возможностей теста, дополнительно подтверждая его дифференциально-диагностическую валидность. Достоверные различия между нозологическими типами получены не по всем компонентам, но для всех используемых в методике центральных Я-функций. Это свидетельствует как в пользу того, что все выделенные Я-функции играют существенную роль в морбидных процессах, так и в пользу достаточной информативности данных, получаемых с помощью ISTA.

Экспериментально-психологическая верификация нозологических типов структуры личности позволяет проверить соответствие объективно устанавливаемой картины Я-функций с исходным теоретическим предсказанием того, какой она должна быть. Получены достоверные подтверждения такого соответствия по ряду параметров (более высокий уровень деструктивной агрессии при психотическом типе гуманструктуры по сравнению с депрессивным, более высокий уровень деструктивного внутреннего Я-отграничения при депрессивном типе по сравнению с пограничным). Относительная бедность дифференциально-диагностических различий между пограничным и психотическим типами подтверждает исходное положение о принципиальной трудности их разграничения. Выявлен ряд различающих признаков, непосредственно не отраженных в теоретической операционализации нозологических типов структуры Я. Эти находки не противоречат теоретической концепции разграничения типов, способствуя лишь ее обогащению и дальнейшей дифференцировке. Все это является дополнительным подтверждением конструктивной валидности ISTA.

Нельзя не упомянуть о том, что дифференциально-диагностическая ценность некоторых теоретически предсказанных признаков не нашла себе достаточного экспериментального подтверждения. Различия здесь не достигают уровня статистической достоверности. Это касается ожидания того, что дефицитарная агрессия при депрессивной структуре должна быть выше, чем при психотической. Поскольку психотическая структура в принципе тоже дефицитарна, такого различия следует ожидать при значительной выраженности депрессивного состояния, а случаи тяжелых депрессивных расстройств не были включены в исследованный клинический материал. Не подтвердившийся тезис о том, что тревога при пограничном типе носит более конструктивный характер, чем при депрессивном, также может быть объяснена недостаточно глубоким уровнем депрессии в исследованной группе больных. Недостаточная острота симптоматики больных шизофренией не позволила подтвердить в принципе правильную теоретическую презумпцию о том, что тревога при психотическом типе более деструктивна, чем при пограничном. Та же причина не позволила подтвердить исходный тезис о том, что тревога при пограничном типе более дефицитарна, чем при психотическом.

Отсутствие эмпирического подтверждения этих концептуальных постулатов, таким образом, не свидетельствует о несостоятельности теории нозологической структурированности «Я». Эти признаки могут быть валидизированы в клинических исследованиях, специально учитывающих остроту состояния больных.

Оценка терапевтического эффекта. Данные исследования валидности ISTA в отношении его способности объективно фиксировать динамику Я-функций в ходе психотерапии свидетельствуют о том, что изменение показателей происходит в ожидаемом направлении. Повышается выраженность конструктивных компонентов всех функций, снижается уровень деструктивных и дефицитарных. Исключение составляет лишь параметр деструктивной агрессии, где снижение показателя по абсолютной величине не достигает уровня статистической достоверности. Это согласуется с теоретическими представлениями о том, что дефицитарная агрессия переходит в конструктивную через переходный этап деструктивной агрессии (Burbiel I., Wagner H., 1984; Burbiel I. et al., 1993). Работа с деструктивной агрессией представляет собой поворотный пункт в психотерапии психозов. Внешне кажущийся стабильным уро-

вень деструктивной агрессии представляет собой переходную стадию ее терапевтической проработки, что не означает отсутствия этой проработки.

Возрастание конструктивной агрессии и конструктивного нарциссизма по данным ISTA свидетельствует также об улучшении способности к установлению контактов с окружающими и большую обращенность к социальному миру в целом. Этому соответствует и снижение показателя по полюсу замкнутости шкалы «открытость» Гиссенского личностного опросника, а также аналогичная динамика шкал «шизофрения» и «социальная интроверсия» теста MMPI. Все это в целом свидетельствует о возрастании доверия к другим и, в особенности, к своим способностям и навыкам, о лучшем знании их границ, которые пациент способен более реально оценивать. Рост конструктивного нарциссизма указывает на то, что пациент в большей степени может принимать собственную личность, свою телесную сферу, мышление, чувства, мир фантазий и т. д., в том числе и потому, что больше способен получать поддержку окружающих, воспринимая критику и требования со стороны не как обиду, а как помощь.

Повышение показателей «социальные способности» и «социальное одобрение» Гиссенского личностного опросника показывает, что пациенту стало легче искать общество окружающих, меряться с ними силами, быть надежным в близких отношениях, без страха отвергания общаться с лицами противоположного пола. Пациент более позитивно воспринимает себя в контексте окружающей действительности и оценивает более привлекательно. Повышение чувства собственной ценности и уверенности в себе способствует тому, чтобы пациент в меньшей степени пользовался инфантильными, незрелыми формами получения положительной оценки со стороны. Это подтверждает снижение показателей деструктивного нарциссизма (ISTA) и истерии (MMPI).

Ориентировка в самом себе и окружающей обстановке удастся тем лучше, чем более гибко обращается пациент с границами своего «Я». Повышению параметра Я-отграничения сопутствует снижение показателей деструктивной тревоги и деструктивного нарциссизма. Пациент не находится более во власти генерализованной тревоги, обсессивно-фобических и ипохондрических тенденций, что подтверждает снижение показателей по шкалам «психастения», «ипохондрия» и «депрессия» MMPI, а также повышение показателей фона настроения и открытости Гиссенского личностного опросника. Повышение уровня внешнего, и в особенности, внутреннего Я-отграничения способствует отказу от бессознательного использования больным замещающих отграничение «Я» психосоматических и обсессивных симптомов и имеющего ту же цель обращения к злоупотреблению психоактивными веществами. Снижается также избегание контактов, замещающее неудавшееся отграничение «Я», что подтверждает снижение показателей дефицитарной тревоги ISTA, шкал «шизофрения» и «социальная интроверсия» MMPI и полюса замкнутости шкалы Гиссенского личностного опросника. Укрепление границ «Я» дает больному возможность более гибко воспринимать, выражать и регулировать обращение с такими чувствами, как тревога, агрессия, ревность, обида, потребность в любви и заботе окружающих.

Дефицитарная тревога может быть индикатором неосознаваемого страха, также как дефицитарная агрессия среди прочего является индикатором отсутствия потребностей, целей, смысла жизни при депрессии. Дефицитарный нарциссизм показывает, что чувство собственной ценности и индивидуальности имеет минимальную выра-

женность. Снижение уровня этих дефицитарных параметров указывает на снижение уровня депрессивности, что подтверждает снижение показателей по шкалам «депрессия» ММРІ и «настроение» Гиссенского личностного опросника. Повышение уровня конструктивных показателей агрессии, тревоги и нарциссизма способствует осознанию и выражению эмоций, улучшению контакта с окружающим.

В целом можно сказать, что терапия положительно отражается на коммуникативных навыках больных, их обращению с собственными эмоциями, потребностями и телесной сферой. При этом снижается уровень соматической и психической симптоматики. Растет способность к ограничению «Я», продуктивность и самостоятельность поведения. Повышается чувство собственной ценности, целенаправленности и смысла жизни. Формируется целостность восприятия прошлого, настоящего и будущего и, тем самым, ощущение собственной идентичности.

Данные исследования в значительной мере подтверждают гипотезу о том, что достигнутые в ходе лечения положительные изменения сохраняются или даже прогрессируют в периоде между выпиской и катамнезом и что пациенты на этапе катамнестического исследования демонстрируют более высокий уровень состояния, чем при поступлении в клинику.

Снижение уровня симптоматических проявлений, которые не были непосредственной мишенью психотерапии может интерпретироваться с позиций теории динамической психиатрии. Симптомы в этом понимании выполняют вынужденную заместительную функцию дефицитарных процессов регуляции и интеграции. При положительной динамике центральных функций «Я» они теряют свое значение, больной может обойтись без них. Это подтверждает, что центральной целью лечения в динамической психиатрии является не редукция симптоматики, а восстановление способности личности к развитию.

Сравнение средних шкальных показателей в клинической группе при выписке с таковыми в группе здоровых испытуемых не выявило статистически достоверных различий, показатели конструктивных параметров в клинической группе были даже несколько выше по абсолютной величине, не достигая уровня достоверности.

Полученные данные позволяют утверждать, что ІSTA обладает достаточной дифференциальной валидностью, позволяя определять терапевтическую динамику Я-функций.

Конкретные результаты лечения больных в Клинике Ментершвайге как непосредственные, так и в катамнезе, изложены в разделе 8.

4. ПОГРАНИЧНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

4.1. К истории понятия и психиатрическая феноменология пограничного синдрома

Пониманию и лечению шизофрении и пограничных расстройств в динамической психиатрии принадлежит одно из центральных мест. G. Amnion уже в 1991 г. требовал смены парадигм в науке и обществе для понимания и лечения шизофрении и пограничного (бордерлайн) заболевания. Он говорил: «Под сменой парадигмы мы понимаем изменение точки зрения на то, что до сих пор обозначали как болезнь, и к её категориям, изменение в отношении, которое включает в себя также отношение к себе самому и к общественным организациям. Поэтому при смене парадигм в психиатрии речь идёт о том, чтобы изменить отношение к человеку вообще и представление о здоровье и болезни, например, о пограничном заболевании, шизофрении, эндогенности и органичности».

Это означает, что на место симптома и категориального мышления должно прийти целостное (холистическое) понимание единства тела, психики и духа, а на место статичного мышления — эволюционное и процессуальное мышление. Исходя из этого и из изложенных выше теоретических основных концепций динамической психиатрии, ниже на примере пограничных расстройств будет представлено холистическое понимание ранних психических заболеваний с гуманитарных позиций.

В МКБ-10 пограничный тип отнесен к категории «эмоционально неустойчивое расстройство личности» и может классифицироваться как таковой, если, наряду с эмоциональной неустойчивостью, наблюдается также расстройство образа «Я». Намерения и внутренние предпочтения, включая сексуальные, часто непонятны или нарушены. Характерно хроническое чувство опустошенности. Склонность быть включенным в напряженные (неустойчивые) отношения может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией суицидальных угроз или актов самоповреждения (хотя все это может иметь место без явных провоцирующих факторов).

Уже Е. Краепелин писал (1916), что существует «Промежуточная область между патологическими состояниями и личностным своеобразием». В этой традиции К. Schneider (1950) классифицировал группу больных, которых невозможно отнести к категории невротиков или психозов, и объединил их под понятием психопатии. Он подчеркивал при этом трудности их лечения и особо выделял конституциональный аспект, понимая под этой группой отклоняющихся от нормы личностей, которые представляют собой биологические варианты. Таким образом, К. Schneider рассматривал их, прежде всего, как необычные характеры, но всё же считал их психопатологически незначимыми. По его мнению, это те, от которых страдает общество, но сами они не

испытывают бремена страдания. Хотя К. Schneider допускал для этой группы наличие генетических, а также пренатальных факторов, он всё же считал их способными к изменениям. При этом проводил очень резкое различие между психозами и психопатией. Психозу он придавал большое значение как болезни, в основе которой лежат органически обусловленные патологические процессы, тогда как психопаты — это только лишь «люди, отклоняющиеся от нормы» без патофизиологической основы.

Он выделял следующие варианты:

- 1) гипертимный психопат,
- 2) депрессивный тип,
- 3) неуверенный в себе тип,
- 4) фанатический тип,
- 5) честолюбивый тип,
- 6) тип с неустойчивым настроением,
- 7) эксплозивный (возбудимый) тип,
- 8) бессердечный (бездушный, равнодушный) тип,
- 9) безвольный тип,
- 10) астенический психопат.

Таким образом, к психическим заболеваниям К. Schneider относил только те группы пациентов, для которых допускал органические детерминанты. Он следовал физиологически ориентированной традиции в психиатрии, в соответствии с которой уже Е. Kretschmer (1921) в своем конституциональном учении постулировал органически обусловленную шизоидность. В русле этой традиции оказались уже в относительно недавнем прошлом авторы типологий, где не предусматривали расстройств, в которых психогенной этиологии отводилось бы заметное место.

Е. Alexander (1930) и W. Reich (1939) обозначали как «характерологические невроты» заболевания, которые сегодня относятся к личностным расстройствам.

Ж. Н. Massermann (1974) выделяет неадекватную личность с конституциональной неполноценностью, инфантильную личность, социопатическую личность, пограничный (бордерлайн) характер, псевдософистскую личность, криминальную личность, а также личностные расстройства, возникающие в результате чрезмерного стресса.

К пионерам, которые предприняли попытку концептуально описать пограничное заболевание, принадлежит Е. Glover (1955). В своей теории раннего развития «Я» он занимался пограничными феноменами психотических заболеваний и создал при этом понятие ядер «Я» (Ich-Kerne). По Е. Glover (1956), ядра «Я» — это психические системы, которые репрезентируют либидинозные отношения к объектам или частичным объектам, разряжают реактивные напряжения и могут редуцировать страх. Например, инстинктивное желание получить удовлетворение от материнской груди может быть компенсировано орально путем сосания большого пальца руки. Частичный объект материнской груди здесь заменяется большим пальцем, вследствие чего снимается напряжение и тем самым предотвращается страх. Таким образом, согласно Е. Glover, ядра «Я» — это функциональные единицы, которые способствуют разрядке инстинктов. Как таковые, ядра «Я» в ранней фазе детства частично автономны, так как они замещают различные объекты. Так, он различает инстинкт самосохранения, либидинозный и агрессивный инстинкты. По Е. Glover, раннее «Я» составляется из

разрозненных инстинктов и постепенно достигает слитного состояния, пока приблизительно в возрасте 2 лет не приобретёт анально-садистскую организацию.

Психопатологию Е. Glover понимает как фиксацию на ранней фазе развития инстинктов. Так, шизофрению он представляет как фиксацию на оральной фазе. Здесь имеются различные степени интенсивности, поскольку согласно его взглядам, меланхолия — это также фиксация на этой фазе. Степень фиксации при этом зависит от силы «Я», а последняя, в свою очередь, от способности «Я» к сублимации и образованию реакций. Сублимация является заместительным удовлетворением детских инфантильных желаний, а образование реакций вступает в действие против Я-дистонных способов удовлетворения, которые, скорее, могли бы вызвать отвращение. Сила «Я» конституируется через степень интеграции ядер «Я» и тем самым посредством способности к преодолению бессознательных инстинктов. Для Е. Glover как при психоневрозах, так и при психозах основополагающей является слабость «Я».

В качестве ещё одного пионера исследований пограничных заболеваний следует назвать G. Zilboorg (1931), так как он видел истоки психических заболеваний в глубоких, бессознательных слоях человеческой психики. Хотя он не определял понятие пограничного синдрома как самостоятельную картину болезни, но видел в шизофрении скользящее заболевание. Когда инстинктивные желание или запрет на это желание настолько сильны, что обычных невротических защитных механизмов недостаточно, чтобы их преодолеть, то в реальности приходится отказаться от нормальных функций, и вместо них символизируется конфликт. Чтобы удовлетворить бессознательные желания, человек бежит в онто- и филогенетическое детство; таковым для него является шизофрения.

При этом G. Zilboorg постулирует скользящий спектр психических заболеваний, поскольку их тяжесть зависит от степени срыва защитных механизмов, которая при шизофрении достигает своей высшей точки, когда контакт с действительностью оказывается полностью утраченным. В этой связи он говорит о «borderline case» (пограничном случае), который, однако, рассматривает не как ограниченную / изолированную клиническую картину, а как переходную форму психопатологических реакций.

Тем самым он отказывается от тенденций классификации традиционной психиатрии, которая постулирует чётко очерченные картины болезни, и описывает этиологию динамически, как развитие от невроза, через симптомы навязчивости, вплоть до психотических реакций. G. Zilboorg первый начал говорить о переходных формах, которые локализуются между неврозом и психозом и при отказе защитных механизмов ведут к психозу. По его наблюдениям, это случалось, когда больные шизофренией, которые находились на пути к улучшению, обнаруживали невротические симптомы. Его заслуга состоит в требовании динамического понимания психических заболеваний.

Первое детальное клиническое описание пограничного синдрома с критериями для диагноза принадлежит R. Knight (1953). В 1953 г. R. Knight ещё говорит о «пограничных состояниях», а в 1954 г. заменяет это понятие термином «пограничная шизофрения». Так он характеризует группу пациентов, которые обнаруживают клиническую картину невроза, но при внимательном рассмотрении оказываются более серьёзно больными. Этой картине болезни могут сопутствовать тяжелые навязчивые симптомы, атипичная истерия, депрессии или панневротические характерологические расстройства (характеропатии). Однако эта группа больных отличается от стра-

дающих шизофренией, так как они, подобно невротикам, обнаруживают связь с реальностью. Для них характерны малая озабоченность реалиями жизни, начало болезни без провоцирующих событий, постоянные неудачи в жизни и, как кажется, значительная слабость «Я».

При диагностике бросаются в глаза блокада мышления, контаминация оборотов речи, неадекватные аффекты и поведение, характеризующееся повышенной подозрительностью. Степень расстройства «Я», приближается к соответствующим показателям у психотиков. Расстройства не воспринимаются как Я-синтонные, но впоследствии корректируются. Мечты также бывают странными, причудливыми и имеют мало связи с действительностью. Согласно R. Knight, слабость «Я» и, таким образом, хрупкая связь с действительностью становятся особенно заметными при попытке проведения психоаналитической терапии на кушетке, поэтому он не советует этого делать. По его мнению, слабость «Я» является результатом различного рода травматических переживаний, как например, расстроенных человеческих отношений и дальнейшего стресса. Понятие Я-функций он применяет по примеру S. Freud (1916, 1923), который уже связывал определённую когнитивную компетентность с определёнными функциями «Я». К нарушенным Я-функциям при пограничной шизофрении R. Knight относит вторично-процессуальное мышление, реалистическое планирование, адаптацию к окружающей среде, сохранение объектных отношений и отражение бессознательных импульсов. Напротив, способность к поверхностной адаптации и к поверхностным объектным отношениям сохраняется. Направить психическую энергию по правильным, нужным путям большей частью не удаётся.

Согласно R. Knight, целью терапии является усиление «Я», контроль над импульсами «Я», а также работа над лучшей адаптацией и механизмами контроля. Терапия не включает в себя анализ защитных механизмов, но, напротив, построение лучших защитных механизмов, так как в данном случае он постулирует слабость «Я», а не вытесненные конфликты, как у невротиков. Терапевт использует свои собственные, более зрелые защитные механизмы, которые он предоставляет в распоряжение пациента.

Для лечения R. Knight предлагает, чтобы больные, которые страдают пограничной шизофренией, проходили стационарное лечение в благоприятной эмоциональной атмосфере для предотвращения регрессии и психотической дезинтеграции. По этой причине он отдаёт предпочтение групповой работе и групповым формам терапии перед индивидуальными сеансами. Для контроля терапевтического эмоционального климата важное значение имеет персонал клиники, который помогает избежать слишком сильных регрессий. Работа в группе должна способствовать улучшению адаптации к реальности.

M. Schmideborg (1959) попыталась дать феноменологическое описание пограничного заболевания. Ее концепция базируется на фрейдистской теории инстинктов, но она ориентируется на концепцию психопатии K. Schneider. Согласно M. Schmideborg, пограничное заболевание — это нозологическая единица, которую она пытается описать как стабильность в нестабильности. Кроме того, она выступает за то, чтобы обозначать пограничное заболевание как препсихотическое состояние или латентную шизофрению, так как, согласно её опыту, оно никогда не переходит в шизофрению. Характерным для пограничного заболевания является дефицит способности к контактам, который пограничные больные даже могут детально описать, но не

могут изменить. Внутренняя пустота, часто ощущаемая ими, компенсируется истерическими гиперэмоциональными реакциями, употреблением наркотиков и алкоголя, агрессивными действиями или патологическими сексуальными реакциями. Пограничные больные открыто проявляют антисоциальное поведение и негативизм. Поэтому у них часто возникают трудности на работе, и они постепенно скатываются на дно общества. Они склонны утверждать, что их неправильно понимают, и реагируют в высокой степени параноидно.

Расстройства мышления при пограничных заболеваниях выражены менее сильно, чем при психозах. Причём способность выносить суждения и распознавать причинные связи расстроены. Нарушены также память, восприятие и эмпатия. Половые расстройства у пограничных больных большей частью проявляются в пределах от импотенции до половых излишеств.

М. Schmideberg рассматривает это расстройство как эмоциональное. По её мнению, защитный механизм отрицания нарушает ассоциативные процессы. Поскольку эти больные стараются избежать действительности, то они также не в состоянии логически мыслить, так как это могло бы привести к реалистическим выводам. Будучи безынициативными, они прилагают большие усилия к тому, чтобы уйти от реальности. Пограничные больные с основными шизоидными и депрессивными тенденциями чувствуют себя внутренне пустыми из-за действия механизмов вытеснения и защиты против причудливых и садистских фантазий. Ипохондрия и кверулянтность причинно связаны с плохо сформировавшимся вытеснением. Её концепция терапии сильно ориентирована на бихевиоризм. Например, она применяет вознаграждения, если пациенты проявляют адаптивное поведение. Цель состоит в том, чтобы редуцировать патологические способы поведения и поощрять менее патологические. М. Schmideberg также учитывает в своих соображениях крайнюю ранимость пограничных больных из-за их расстроенного нарциссизма. Например, они не могут следовать упорядоченной лечебной ситуации, пропускают сеансы и консультируются у терапевта вне сеансов. Ввиду их непостоянных, неровных объектных отношений, терапевт должен быть доступен для пациентов и помимо времени проведения лечения. Поскольку больные не переносят молчания, терапевту следует активно начинать разговор и проявлять эмпатию. Отсутствие постоянной толерантности с его стороны может напоминать им о нетерпимости в отношениях к ним родителей. Согласно М. Schmideberg терапевтическая стратегия должна учитывать несколько уровней. Вначале следует исходить из наиболееотягающего симптома, чтобы подойти к основному конфликту. Улучшение отношений позволит предотвратить психотическую дезинтеграцию. На расстройства мышления следует воздействовать так, чтобы не снизить уверенности пациента в себе.

Концепция М. Schmideberg предусматривает воспитательные мероприятия — фантазиям превосходства и гедонизму, которые типичны для ребёнка раннего возраста, противопоставляется реальность. Лечение этих пациентов представляет большие трудности, так как они имеют сильную склонность к внешнему проявлению реакций, что может выразиться в различных формах — от криминальных актов до суицида. Основные причины этого — отчаяние и месть. Следует обращать внимание на то, чтобы отношения переноса не были слишком сильно выражены. Автор считает необходимым вовлечение в процесс терапии родственников. Она указывает, что трудно провести различие между пограничными больными и нормальными людьми с силь-

ными стрессовыми реакциями и считает ответственной за это расстроенную эмоциональную жизнь. Их часто ничего не выражающее лицо представляет собой зеркало внутренней пустоты. Напротив, невротика от пограничного больного отличить легче. В противоположность невротикам, пограничные больные в большинстве случаев имеют доэдипальные защитные механизмы. В концепции М. Schmideberg, как и в концепции R. Knight, речь идёт об интуитивной модификации терапевтической обстановки классического психоаналитического метода.

Согласно R. Grinker (1977), в основе пограничного синдрома лежит расстройство интегративных способностей «Я». Оно является следствием нарциссической травмы в ранние годы жизни. Пограничные больные остановились на инфантильном уровне подражания. Этому сопутствуют деформации и отклонения Я-функций, на которые ранее повлияло невротическое или адаптивное защитное поведение. Я-функции автор выводит из наблюдений реального поведения и из динамических процессов в психоаналитической ситуации. Регрессия в аналитической ситуации позволяет получить представление о ранних стадиях Я-функций, патологическое развитие которых можно таким путём наблюдать. В понимании R. Grinker, «Я» — это граница между внешним и внутренним миром, потому что оно отвечает за фильтрацию восприятия и производит отбор действий, которые возникают на основе внутренней мотивации. Вместо того, чтобы говорить о сильных или слабых Я-функциях, R. Grinker разделяет «Я» на функциональные области. Во-первых, имеется область отношения к реальности, к которой принадлежат адаптация, проверка реальности, чувство реальности и ощущение «Я». Еще одна область функций определяет регуляцию инстинктов; имеются функциональные области, отвечающие за объектные связи и когнитивные функции. Защитные механизмы и такие автономные функции как восприятие и интеллект, а также синтетические функции, принадлежат к функциональным областям. Он отмечает прежде всего интегративную функцию «Я» и тот факт, что из исследования Я-функций можно сделать заключение о психических процессах, так как они детерминированы Я-функциями.

Пограничных больных он разделяет на четыре группы:

1) больные с психотической симптоматикой. Это большей частью пациенты, которые были нарциссическими объектами своих матерей;

2) основная группа пограничных больных — Пациенты, которые ищут контакты, но постоянно отступают, разочарованные и озлобленные. Они характеризуются сильной амбивалентностью;

3) квази-личность. Группа больных, которая производит впечатление адаптированных и бесстрастных. Они живут большей частью изолированно, так как ещё не могут проявить агрессию;

4) пограничные больные на грани невроза. В этих случаях дело касается преимущественно депрессивных больных, которые ищут потерянную связь с материнской фигурой. Они обнаруживают очень сильную тенденцию к тому чтобы судорожно цепляться за других, поэтому другие отстраняются от них. Идентичность у этих больных также не имеет внутренней связи.

Понятие идентичности подробнее не разъясняется. Пограничное заболевание автор устанавливает на основе частотных характеристик определённой палитры симптомов, которые он считает типичными для пограничных больных. Таким образом, он отграничивает больных шизофренией и неврозами от пограничных больных. По

примеру S. Freud, который считал, что у больных с нарциссическими невротами переносы развиваться не могут, R. Grinker постулирует это для пограничных расстройств. Поэтому в качестве предпочтительного метода выбора рекомендуется миле- или поведенческая терапия.

При изучении пограничного расстройства он отказывается от классического психоаналитического метода, а также от аналитической теоретической конструкции в пользу бихевиористской модели. Так для него «Я» пациента вначале — это «чёрный ящик» и поддаётся исследованию только через поведение. Так как для R. Grinker поведенческие проявления являются решающими, и его концепция терапии основывается на изменениях поведения, то можно строить предположения, что восприимчивость дефектов более глубоко лежащих структур к терапии при такой установке «заставит себя долго ждать».

Н. Kohut в 1979 г. определил различие между нарциссическими расстройствами личности, пограничными состояниями и психозами. По его мнению, интернализированные объекты при нарциссических расстройствах личности интегрированы сильнее, чем при пограничных заболеваниях. Решающим для него является метапсихологическое понимание расстройства, так как фенотипически эти заболевания различить нельзя. Дифференцировать их можно только на основании чувств переноса или контрпереноса. Последние, в противоположность пограничным заболеваниям и психозам, он считает поддающимися анализу. Нарциссический объект и нарциссический субъект суть сравнительно стабильные конфигурации, так как они могут вступать в прочные, длительные связи с объектными репрезентациями психоаналитика. При психозах и пограничных состояниях из-за степени дефрагментации отношения переноса, по его мнению, невозможны. Напротив, при нарциссических личностных расстройствах речь идет о фиксации на нарциссической фазе, той, которая, согласно S. Freud, следует за аутоэротизмом, поэтому данный больной остаётся зависимым от стадии собственного всемогущества. При этом нарциссические личности остаются фиксированными на преувеличенном или на завышенно оцениваемых объектах. Ранние детские конфигурации не интегрируются в личность, но оказываются чрезмерно занятыми, подобно инстинктивному замещению вытесненных инцестуозных объектов при классических невротях. В противоположность пограничным состояниям, которые для избежания фрагментации замещают нарциссические конфигурации бредообразованием, при нарциссических личностных расстройствах происходит бегство к фантазии собственного всемогущества.

В отношении этиологии Н. Kohut постулирует, что в этом случае суммируются факторы окружающей среды, например, патологические личности родителей с генетически обусловленной или врождённой слабостью «Я». Как больные с пограничными расстройствами, так и больные с нарциссическими расстройствами личности, остаются фиксированными на ранней ступени, когда ещё не образовалось цельное интегрированное «Я».

Согласно О. Kernberg (1975), при пограничном заболевании речь идёт в меньшей степени о проблеме либидинозного замещения, а, скорее, о нарушении интеграции интернализированных объектных отношений. Вытекающая отсюда диффузия идентичности характерна для пограничного синдрома. При либидинозном замещении «Я» и объектов речь идёт о синхронно протекающих процессах, которые взаимно влияют друг на друга. Поэтому при патологическом нарциссизме объектные отно-

шения также актуальны, и поэтому следует принимать во внимание агрессивные и либидинозные инстинктивные производные.

О. Kernberg (1975) говорит о пограничной организации личности, которую он систематически представляет в плане симптоматики, структуры и генетических аспектов. Описывая пограничное расстройство, автор сознательно избегает понятия «состояние», потому что здесь имеет место специфическая организация личности, которая не колеблется между неврозом и психозом. Существенным критерием пограничной организации является слабость «Я», которая характеризуется доэдипальными защитными механизмами. Таким же образом расстроена регуляция аффектов, а также способность к сублимации и проверке реальности. Вследствие интернализации патологического объектного отношения у пограничных больных временно невозможно установление различия между действительностью и внутриспсихическими процессами.

Согласно О. Kernberg, развитие «Я» есть внутриспсихический процесс, который, с одной стороны, в смысле Е. Hartmann складывается из процессов адаптации, а с другой стороны, развитие «Я» состоит из инстинктуально-динамически регулируемых процессов интернализации, описанных М. Klein.

Интеграция либидинозно и агрессивно определяемых «Я» и объектных образов — это различие «Я» и «Не-Я». Признаки восприятия помогают провести различие между «Я» и «Не-Я». К тому же, либидинозные и агрессивные инстинктивные притязания регулируют эмоциональную оценку само- и объектного восприятия. У пограничных больных преимущественно расстроена эмоциональная адаптация к действительности, что находится в причинной связи с тем, что «Я» слишком слабо, чтобы с помощью нейтрализующих и сублимирующих защитных механизмов синтезировать негативные и позитивные интроекты или соответственно идентификации. Через примитивные защитные механизмы «Я» старается отделить агрессивные «Я» и объектные образы от либидинозно занятых образов. Пограничный больной характеризуется интенсивной оральной агрессией, которую можно объяснить фрустрацией раннего детства. Через процесс расщепления она выводится из сознания, но остаётся явно действенной. Расщепление совершается также и в «Сверх-Я»; противоречащие системы ценностей продолжают существовать рядом друг с другом, и при помощи неясного разграничения между «Я» и «Сверх-Я» садистские предшественники «Сверх-Я» персонифицируются и проецируются во внешний мир. Диссоциированные Я-состояния пограничных больных содержат по одному определённом объектному образу, связанному с комплементарным Я-образом и его предрасположением к аффекту. Интернализированные объекты формируются через конфликт между либидинозными и агрессивными импульсами и проецируются на внешний мир.

Согласно Ch. Rohde-Dachser (1979), пограничный синдром можно отнести к раннему глубокому расстройству отношений матери и ребёнка. По крайней мере, в противоположность позитивному случаю поддерживающей ребёнка симбиотической связи между ним и матерью, которая способствует здоровому развитию «Я» и ведёт к различению «Я» и объектов, здесь не была обеспечена эта возможность. Ребёнок был лишён возможности приобрести в себе изначальное доверие или сделать названные выше шаги к развитию. При этом существуют две альтернативы патогенеза — действия матери по уходу за ребёнком не соответствуют потребностям ребёнка, или ребёнок не воспринимает заботу матери. Следует исходить из того, что отсут-

ствие эмпатии со стороны матери привело к тому, что ребёнок не смог создать структуры, которые помогают ему принимать болезненные реалии, например длительную разлуку. Но по Ch. Rohde-Dachslер, играют роль также ранние травматические переживания, например, сексуальное и физическое насилие. Если это имело место, то нельзя говорить о раннем расстройстве, так как травматические эпизоды и у взрослых ведут к использованию защитных механизмов, которые позволяют перенести случившееся. Таким образом, при пограничном синдроме в понимании Ch. Rohde-Dachslер можно говорить не только о расстройстве ранней связи между матерью и ребёнком.

Так как при пограничных и личностных расстройствах находят своё выражение деструктивная агрессия и часто криминальное поведение, то необходимо более подробно остановиться на этом.

Концепция «привязанности» рассматривает жизненный опыт детей и его последствия для дальнейшей жизни. Это может быть значимым при совершении преступления. Факторы, которые увязываются с преступлением, такие, как самоуважение, контроль, сплоченность индивидуумов и групп или культуральные установки в отношении детей, могут рассматриваться совместно со стилями воспитания, которые постулируют концепции привязанности. Различные стили воспитания могут влиять на характеристики привязанности. Так, например, прочная привязанность может представлять собою фактор безопасности в отношении делинквентного развития. Центральное положение концепций привязанности гласит, что люди вырабатывают общие модели, которые руководят их социальным поведением, однако эти модели зависят от жизненного опыта человека в его раннем детстве. Согласно J. Bowlby (1980), существует общая человеческая потребность в установлении тесных эмоциональных привязанностей. Привязанность — это особая форма социальной связи, например, между грудным ребёнком и матерью; они связаны друг с другом чувствами. При этом ребёнок научается регулировать свои чувства (Sroufe L. A. et al., 1990).

M. Ainsworth постулирует четыре категории привязанности. Со своими сотрудниками она разработала способ, по которому можно классифицировать детей раннего возраста (Ainsworth M. et al., 1978). Так, например, уверенные грудные дети любопытны и, пока их обслуживающее лицо рядом, они исследуют окружающую обстановку. Если нянька куда-нибудь ушла, они испытывают страх и чувствуют себя несчастными, но снова успокаиваются, когда та возвращается.

Однако имеются младенцы, которые реагируют менее боязливо, когда нянька выходит из комнаты, и не стремятся к ней немедленно при ее появлении. Это неуверенные, избегающие контакта дети.

Третья группа грудных детей — неуверенные амбивалентные — не обнаруживают исследовательского поведения и реагируют на разлуку со своей нянькой очень удручённо. Они не могут успокоиться, даже когда она снова возвращается (Main M., 1991). Характер поведения привязанности определяется стратегиями, с помощью которых дети регулируют эмоциональные реакции. Такая регуляция аффекта вырабатывается обслуживающим лицом, поэтому можно полагать, что стратегия ребёнка соответствует поведению этого лица по отношению к нему. В случае уверенных младенцев можно исходить из того, что такой ребёнок получил опыт позитивных интеракций, и при бурных эмоциональных реакциях нянька хорошо сумеет успокоить его. При разлуке со значимым лицом, которое создает угнетающую ситуацию, они хотя и

реагируют удрученно, но относительно стабильно. Проявления негативных чувств, например крики, имеют для них коммуникативную функцию, потому что они также позволяют быстро успокоить себя (Grossmann K. E. et al., 1986). В отношении неуверенно-избегающих детей можно сделать предположение, что они приобрели свой опыт: на их эмоциональное возбуждение никто не реагировал. Это могло быть связано с тем, что обслуживающее их лицо испытывало личные или социальные трудности. Они регулируют свои чувства в гораздо большей степени, чем это должно быть, и избегают ситуаций, которые могли бы их эмоционально возбудить. Неуверенно-амбивалентные дети регулируют свои чувства слишком мало. Они быстро начинают чувствовать себя в опасности, и даже когда желанный контакт со значимым лицом восстанавливается, всё ещё ощущают фрустрацию.

М. Main и Е. Hesse (1990) выделили четвёртую группу грудных детей, которые, например, обнаруживают самоповреждающее поведение или вялость, инертность, торпидность. Их определяют как дезорганизованно-дезориентированных. Выдвигается предположение, что обслуживающее лицо, с одной стороны, вызывает страх, а с другой стороны, создаёт уверенность. У этих детей мотивы находятся в конфликте друг с другом. Биографии этой группы часто отмечены заброшенностью, жестоким обращением или насилием.

По J. Bowlby, возникают образные воспоминания о характере отношений, которые накладывают отпечаток на дальнейшую социальную жизнь. Согласно А. Stern (1985), вырабатываются схемы, которые содержат в себе поведение ожидания по отношению к людям и к своему «Я». Такие ожидания подлежат естественному процессу абстракции и основываются на неоднократном опыте. Постоянные признаки различных интеракций с одним и тем же индивидуумом отфильтровываются и абстрагируются.

С точки зрения N. L. Collins и S. L. Reed (1994), модели привязанности в их психическом отображении остаются стабильными в течение всей жизни. Так уверенные дети, ориентируясь на свои отношения и исследования, в течение всей жизни доверяют позитивным ожиданиям. Они обладают способностью надёжно регулировать возбуждение и в контексте отношений вступать в коммуникацию по этому вопросу. Все сторонники концепции привязанности признают значение раннего опыта гибкого доступа к чувствам для формирования личности человека. Дети с прочными, надёжными привязанностями умеют использовать возможности, которые предоставляет им окружение и верят в социальную поддержку с его стороны. Их автономное самоощущение является следствием надёжной ранней связи с обслуживающими их лицами (Fonagy P. et al., 1995). Автономное «Я» воспринимает себя и окружающих как сознательно преднамеренно действующих людей, поведение которых организовано через познавательные способности, эмоции, мнения и желания (Fonagy P. et al., 1995).

G. Hamilton (1994) и Е. Waters (1995) нашли в двух независимых исследованиях, что характер привязанности в раннем детском возрасте в диапазоне от 68 % до 75 % совпадает с ним во взрослом возрасте. Результаты показывают впечатляющую стабильность характеров привязанности. G. George и др. (1985) нашли, что только люди с прочной привязанностью спонтанно высоко оценивают характер их ранних отношений и считают, что они сформировали их будущее. Люди с непрочной привязанностью часто не видят какого-либо значения ранних отношений для их дальнейшей жизни. Имеются также указания на трансгенерационную передачу характера привязанности.

занности. Вероятность того, что дети надежных индивидуумов имеют к ним прочную, надёжную привязанность, в 4 раза выше вероятности, что их дети будут принадлежать к группе с непрочной привязанностью (Ijzendoorn M. van, 1995).

К детерминантам прочности привязанности относится, например, чувствительность матери (Isabella R. A., 1993) или быстрая реакция на стресс (Del Carmen R. et al., 1993). Были также установлены причинные связи между негативными личностными характеристиками родителей и надёжностью привязанности. Это было, например, доказано R. Del Carmen и её сотрудниками (1993) для страха и J. E. Bates (1985) для агрессии. S. B. Campbell (1993) установил, что психопатология родителей представляет фактор риска. W. A. Goldberg и M. A. Easterbrooks (1984) нашли, что контекстуальные характеристики, например, поддержка со стороны партнера матери и окружения, также являются важными детерминантами характера привязанности. Кроме того, имеются данные, указывающие на то, что частота случаев ненадёжной привязанности в экономически малообеспеченных группах бывает выше (Gabrinio J., 1992). Жестокое обращение с детьми в малообеспеченных группах, которые испытывают экономические трудности, чаще приводит к дезорганизованно-дезориентированному характеру привязанностей (Belsky J. et al., 1991).

Уже J. Bowlby (1946) видел причинную связь между психопатией со сниженной эмоциональностью и отсутствием материнского объекта. Однако J. R. Meloy (1992) подчёркивал, что первичная психопатия может приводить к высокоагрессивному поведению, которое только на вид представляется безэмоциональным. Насилие большей частью ориентировано на грабёж, разбой, в то время как аффективное насилие — это большей частью реакция на субъективно ощущаемую угрозу (Meloy J. R., 1988). При актах насилия, связанных с грабежом, объект агрессивно выслеживается, тогда как при аффективном насилии объект скорее приводит в действие агрессивную защитную реакцию. Согласно J. Bowlby, в общем случае акты насилия связаны с расстроенной системой привязанностей, так как неспособность к ним ведёт к дефициту уважительного отношения к людям. R. J. Sampson и J. H. Laub (1993) видят причинную связь между плохой супружеской привязанностью родителей и агрессией у детей. Она может также стать причиной преступления.

Пограничный синдром характеризуется отсутствием межличностных и внутрипсихических привязанностей. Последние бывают большей частью хаотичными и короткими, но кажутся интенсивными. Связь с терапевтом тоже никогда не свободна от хаоса и деструкции. Сверхчувствительность этих больных в межличностной области ведёт к фрагментации их чувства идентичности и к экстремальным эмоциональным реакциям (Fonagy P., 1999). Пограничные личности могут быть как покорными, так и полными ненависти и высокоагрессивными. Раздражителем может быть малейшая критика. Имеются данные, которые указывают, что подвергавшиеся жестокому обращению дети, по этой причине блокируют способность к анализу своего психического состояния и чаще обнаруживают пограничное личностное расстройство. Вследствие недостатка рефлексии они хуже преодолевают имеющийся опыт. Долгосрочные последствия жестокого обращения смягчаются, если такие люди вступают в значимую связь, которая создаёт основу для развития способности к «ментализации» (Fonagy P., 1999). «Ментализация определяется не только как возможность анализировать своё психическое состояние, но также и видеть его в причинной связи и получать представление о психическом состоянии окружающих. Они могут тогда лучше

преодолевать свой прежний опыт и не обнаруживают какого-либо серьёзного расстройства личности. Ребенок, подвергающийся жестокому обращению, не получает социальной поддержки, и в дальнейших отношениях больше не имеет возможности проработать, проанализировать эти переживания» (Fonagy P., 1999). Непереработанный опыт жестокого обращения может редуцировать возможность установления значимых отношений, а это ведёт к тому, что осмысления не происходит. В конечном счёте, возникает генерализованное недоверие и самоизоляция человека от окружающих. Имеются данные о том, что 25 % лиц, которые в детстве подвергались жестокому обращению, в дальнейшем совершают правонарушения, в то время как благодаря социальным учреждениям риск уменьшается (Lewis M., 1984). При этом в первую очередь речь идёт о возможности представить себе чувства потенциальной жертвы, чему способствуют социальные отношения. Акты насилия совершаются вместо проявления гнева, как реакция на жестокое обращение или отсутствие заботы. Акт насилия может также представлять собой попытку разрушить когнитивное представление, когда испытанная в прошлом агрессия становится прочной составной частью когнитивного самовосприятия. В этом случае преступник видит только альтернативу «он или я» (Meloy J. R., 1992).

4.2. Гуманструктуральная концепция пограничного синдрома

В 1976 г. G. Ammon представил пограничный синдром как самостоятельную картину болезни и дал ей гуманструктурологическое определение на основе своей концепции личности. В 1982 г. Pschyrembel (медицинский справочник) включил его определение пограничного заболевания в следующем виде: «Речь идет о психиатрических картинах болезни, которые располагаются на скользящем спектре между невротическим и психотическим расстройством личности. При скрытой слабости гуманструктуры и расстройстве идентичности в ядре личности пограничный синдром отличается от психотических картин болезни относительно сохранным фасадом, иногда даже гиперкомпенсированными и блестящими гуманфункциями. Наблюдается готовность к коротким психотическим эпизодам, а также к кратковременным невротическим реакциям».

Именно разнообразие симптоматики, проблематика адаптации, дезинтегрированные осколки идентичности при одновременном наличии областей креативных возможностей в случае пограничного синдрома побудили G. Ammon к дальнейшему развитию гуманструктурального понимания личности, которое является основополагающим для его концепции лечения. Он понимает пограничное заболевание как заболевание идентичности с расстройством центральных гуманфункций. По G. Ammon и на основании спектральной теории, речь идёт о заболевании, которое можно локализовать между психозом и неврозом. Симптоматика обнаруживает много невротических симптомов от навязчивостей до истерии, а также распространяется вплоть до психозоподобных состояний (Dulz B., 2000).

При этом дело касается, прежде всего, расстройств Я-отграничения, агрессии, страха, нарциссизма, сексуальности и, особенно, способности к интеграции. Расстроенные центральные гуманфункции заменяются фасадными вторичными гуманфункциями, которые относятся к поведенческому уровню, и таким же образом бессознательный структурный дефицит компенсируется архаическими защитными

функциями, такими как расщепление, идеализация, образование реакций, проекция, идентификация с агрессором и др.

Пограничная личность может оставаться незаметной до тех пор, пока она получает нарциссическое подкрепление от окружающей группы. Как только начинают предъявляться требования к идентичности, например, экзамены, отделение в профессии или в партнерстве, это воспринимается как экзистенциальная угроза. Ложный фасад индивидуума с пограничной структурой оказывается под угрозой обрушения, и он может отреагировать психотически или антисоциально. Этот способ реагирования может пониматься психогенетически, так как в процессе семейно-групповой динамики человек с пограничным расстройством большей частью получал поддержку и социально-энергетическое внимание только в области достижений и преодоления жизненных трудностей.

В отношении развития, необходимых в плане защиты собственной точки зрения и отграничения, и с ориентацией на эмоциональную сферу, пограничный больной вряд ли получал поддержку. В большинстве случаев отсутствовали также надёжные отношения и примеры для подражания. Характерно то, что в первичной группе имели место деструктивное поведение и частые разрывы отношений.

Согласно пониманию G. Ammon (1979), «Я» развивается из социально-энергетического обмена между ребёнком и окружающей его группой. Тем самым, характерные свойства «Я» зависят от испытанных в раннем детстве межлических отношений. Развитие идентичности происходит на основе взаимодействия между матерью и окружающей группой, с одной стороны, и матерью и ребёнком, с другой. В случае пограничных больных поведение первичной группы по отношению к ребёнку изменчиво. В большинстве случаев особое внимание уделяется достижениям ребёнка. Последний не испытывает постоянного чувства защищённости или серьёзного отношения к нему. Большей частью с ребёнком даже не разговаривают, но говорят о нем, как будто бы он вообще не присутствует. Фантазии и игры, которые не кажутся старшим целесообразными, не разрешаются. Атмосфера в патогенных семьях, приводящая к пограничному заболеванию, определяется симбиотическим характером отношений и внезапными ситуациями покинутости. В эмоциональном плане большей частью преобладает ледяная холодность, однако проявления этого могут быть очень различными и простираются от безнадзорности, изоляции и исключения социальных связей, до случаев семей, нацеленных на статус и престиж с ориентацией на внешние критерии.

Во всех патогенных семьях, приводящих к развитию пограничных заболеваний, такой больной находит признание только через псевдоидентичность; в отношении своих эмоциональных сфер он не встречает понимания или одобрения. Интенсивность расстройства причинно связана с гомеостатическим групподинамическим балансом. В большинстве случаев господствует запрет на самостоятельное восприятие действительности, а также на внешние контакты. Самый больной член семьи — часто это один из родителей — ощущает как угрозу, когда дети воспринимают действительность такой, какая она есть, а не как это предписано мнимым главой, так как собственное восприятие и тем самым шаг во внешний мир могли бы представлять опасность для симбиотической семейной группы. Напротив, конструктивный симбиоз в раннем детстве характеризуется тем, что мать содействует отграничению ребёнка, которое обеспечивает ему отвечающее реальности восприятие и даёт возможность испытывать собственные чувства.

Патогенные в отношении пограничных заболеваний семьи часто характеризуются скандалами, раздорами, отделениями или экономическими трудностями. Поэтому пограничные больные также имеют тенденцию к жёсткому разделению работы и свободного времени, которое подчёркивает шизоидные черты личности. Вследствие дефицитов пограничный больной стремится к симбиозу, но испытывает страх перед ним, по причине своего дефицитарного отграничения, потому что симбиоз, как и в детстве, означает эксплуатацию. По этой причине жизнь пограничных больных характеризуется постоянными поисками и бегством от симбиоза.

Пограничный больной в своём раннем детстве должен был удовлетворять симбиотические потребности матери и становился её симбиотическим партнером. Он испытывал одну из форм эксплуатации, поскольку имел право видеть действительность только в соответствии с потребностями матери. Этот вид восприятия действительности интернализируется. В дальнейшем взрослый пограничный больной всегда будет скрывать свою внутреннюю реальность, чтобы не поставить под угрозу симбиоз. Ему и без того будет трудно различать внешнюю и внутреннюю реальность. В случае, когда на переднем плане стоит внешнее отграничение, человек будет стараться избегать любых контактов с внешним миром. В этом случае имеет место симбиоз с собственным внутренним миром представлений, который служит в качестве компенсации за отсутствующую связь с реальностью. Если перевешивает дефицитарное внутреннее Я-отграничение, то такой человек компульсивно ищет симбиотические связи; это означает, что он будет внешним образом идентифицировать себя с различными лицами. Пограничный больной также в большинстве случаев не чувствует себя ответственным за свои действия, которые он совершает под заимствованной идентичностью, так как не ощущает их как свои собственные. У больных, чьи внешние границы «Я» жёстко закрыты, обнаруживаются черты навязчивости и некоторая бесцветность. Шизоидно заблокированные в направлении внешнего мира больные, чьи внутренние границы «Я» широко открыты, испытывают большее внутреннее постоянство и поэтому страдают меньше, чем реагирующие внешними проявлениями больные, которые, будучи зависимыми от внешнего мира, постоянно воспринимают его как ненадёжный. Если на переднем плане стоит расстройство в форме агрессии, то периодически проявляется деструктивное поведение в отношении к самому себе, а также во всех межличностных отношениях или же направленная вовнутрь деструкция, ведущая к психосоматике (Ammon G., 1978).

По причине интернализированной деструктивной агрессии, пограничные больные имеют латентную склонность к преступности. Если эта деструктивная агрессия приходит на место отсутствующей идентичности, то можно также говорить о пограничной преступности (Ammon G. et al., 1979). Больные с пограничными расстройствами уголовники совершают преступления, потому что в момент совершения его они ощущают себя живыми. Внутренняя пустота заполняется криминальным актом. В случае этой группы преступников проявляется особый феномен: во время совершения преступления сознание в значительной степени отключается, и преступник в подобной ситуации может рассматриваться как больной психозом. После пускового триггерного феномена Я-контроль отключается, а границы «Я» открываются вовнутрь. После совершения преступления преступник снова приобретает связь с действительностью и часто даже не может больше о нём вспомнить.

Но, в отличие от шизофрении, у пограничных больных часто имеется хорошее референтное лицо, например, бабушка или тётя, которые проявляют к больному искренние чувства. Решающей для развития ребёнка является реакция матери на его шаги в направлении отделения, потому что, если мать, исходя из собственных нарциссических потребностей, привязывает ребёнка к себе и препятствует его шагам к отделению, то он тем самым лишается возможности исследовать мир и, в конечном счёте, развить самостоятельную, полноправную идентичность. Дифференцированное развитие идентичности становится тогда невозможным, и на идентичность ребенка налагается запрет, в условиях которого он не может выделиться из симбиоза без чувства вины. В основе всех архаических заболеваний «Я» лежит патологический комплекс симбиоза. У пограничных больных он ответствен за дефицит центральной Я-структуры, который G. Ammon обозначает как «пробел в "Я"». В его основе лежит также недостаток свойственной «Я» нарциссической энергии, иначе говоря, нарциссический дефицит. Остаётся только интернализованная деструктивная агрессия и искажение центральных Я-функций. Я-функции, которые обязательны для построения цельной Я-структуры, вследствие развития расщеплённой идентичности могут развиваться только деструктивно или дефицитарно.

Для функционирования личности в актуальный момент большое значение имеют вторичные Я-функции, сформировавшиеся у пациента. К ним относятся мышление, действия, память, способность к фантазированию и интеллект. Напротив, как было представлено выше, центральные Я-функции, такие как идентичность, Я-автономия, агрессия, креативность, нарциссизм, сексуальность, Я-интеграция, страх и Я-отграничение могли развиваться у пограничных больных только деструктивно или дефицитарно.

При пограничном синдроме расстройства локализуются в центральном «Я» и, как правило, прикрыты более или менее сохранным фасадом, который скрывает структуральный дефицит (Ammon G., 1976). Так как в центре рассмотрения находится расстройство идентичности, то в случае пограничных больных речь идёт о людях, которые функционируют как множественная личность или, подобно хамелеону, могут адаптироваться к любой ситуации. Псевдоидентичность пограничных больных служит для защиты от экзистенциальных страхов, которые являются результатом дефицитарной идентичности. Избегание ситуаций страха приводит к тому, что эти люди ведут «мертвую жизнь» и, в конце концов, утрачивают связи с жизнью. Каждый шаг к выходу из симбиоза, к собственной идентичности, всегда связан со страхом, а пограничные больные стремятся избежать этого, так как он воспринимается как страх смерти.

Пограничный больной, как правило, обнаруживает формальные нарушения мышления — конкретное, магическое и проективное мышление, а также содержательные нарушения мышления — навязчивое мышление, бредовые мысли, проекции и преувеличенные идеологические представления. Из-за недостаточного Я-отграничения, пограничный больной не может высказать определенную точку зрения, заимствуя мнения у других людей. При достаточной нарциссической поддержке он может даже блестяще функционировать в плане мышления, если же он испытывает дефицит или отказ в любви, то его мышление становится инертным. Он ощущает свою голову пустой и чувствует себя парализованным. Вследствие трудностей отграничения

мышление иногда представляется беспредметным и бессодержательным из-за дефицита внутриспсихических структур, служащих в исходный момент основным звеном.

В то время как имитируется богатство идей, в действительности мышление бывает непоследовательным. Происходит резкая смена ярких идей и излишней обстоятельности. У пограничных больных с сильно выраженной навязчивой симптоматикой, хотя и отчётливо проявляется способность к принятию решений, но она отличается сохранением зависимости, так что в конце концов не принимается решение и не возникает контакта.

Магическое мышление у пограничных больных, характеризующееся фантазиями всемогущества, служит цели избежания реальности. При контакте с действительностью фантазии всемогущества превращаются в чувство неполноценности. Это делается заметным, потому что мышление становится весьма конкретным. В межчеловеческих связях конкретность проявляется в разрыве отношений и может пониматься как деструктивная агрессия, ведущая к позиции отказа.

Разумеется, в отличие от семей, в которых наблюдаются депрессивные расстройства, в семьях, генерирующих пограничный синдром, интеллектуальная деятельность разрешается, потому что достижения занимают там, хотя и компенсаторное, но всё же значимое место.

Параллельно с часто противоречащими идентификациями, которые сосуществуют у пограничных больных дезинтегрированно, у них одновременно могут наблюдаться расщеплённые уровни мышления. Нарушенное мышление часто помогает им как единственная возможность поддерживать псевдоконтакты. Занять посредством мышления определенную точку зрения означало бы проявить способность к отграничению и тем самым подвергнуться критике. Поскольку это свидетельствовало бы о реактивации ранних ситуаций покинутости, они избегают этого. За расстройствами мышления скрываются глубокие травмы их «Я».

Основным для картины болезни является то, что вторичные Я-функции восполняют дефициты в центральном «Я», но и отвергают реальные отношения.

У пограничных больных доминируют доэдипальные защитные механизмы. Защитный механизм вытеснения у них расстроен, так как нарушейо как внутреннее, так и внешнее отграничение «Я». Поэтому в клинической картине у пограничных больных обнаруживаются интенсивные внешние реакции. Так как повреждения центрального «Я» вызывают защитную реакцию, то пограничные больные предпочитают архаические защитные механизмы. Обнаруживаемые у них клинические проявления очень трудно отличить от невротозов.

Важным защитным механизмом является идеализация, которая имеет целью не допустить ощущения враждебности в первичной группе. Интернализированная угроза воспринимается таким образом не как Я-синтонная и изолируется. Изолирование и проекции у пограничного больного ответственны также за амбивалентность. Вследствие амбивалентности он не может принять нарциссическую поддержку, так как это сопутствовало бы внутреннему отграничению, что пробудило бы безмерные страхи покинутости. Речь идёт о людях, которые в детстве испытывали обиды и несправедливости. Отсутствие одобрения в детстве нанесло ущерб чувству собственной ценности, и больные балансируют между фантазиями собственного всемогущества и чувством неполноценности с возможностью физического и социального суицида.

Все пограничные расстройства могут быть обозначены как расстройства идентичности и интеграции. Основным здесь являются нарушения регуляции гуманфункций внутреннего Я-отграничения к миру бессознательных фантазий, а также внешнего Я-отграничения, т. е. эти больные не в состоянии гибко отграничиться от других людей, групп и требований, которые возникают в процессе взаимодействия с ними. Основой для нарушения гуманфункции Я-отграничения является непреодоленный комплекс симбиоза, и, следовательно, расстройство возникает уже перед третьим годом жизни. В данном периоде развитие характеризуется постепенным отграничением от симбиоза, которое является основополагающим для образования идентичности. Этот факт находит своё выражение в том, что пограничные больные постоянно ищут для себя симбиотические связи, терпят в этом неудачи, но, несмотря на это, не могут жить без симбиотических отношений. Для конфликта амбивалентности они стараются найти мнимые решения, пытаясь устранить его посредством суррогатных идентичностей, или же соответственно кратковременных идентичностей или неинтегрированных состояний «Я». Они образуют «Как будто бы личность» (Amnion G., 1979) — мнимую, кажущуюся.

Все пограничные больные обнаруживают дефицитарно-деструктивное отношение к страху и его преодолению. Расстройство гуманфункции страха можно обозначить как центральный момент у пограничного больного. Он страдает от смертельного страха быть самостоятельной личностью, потому что это означало бы необходимость переносить страх покинутости, который воспринимается как страх смерти, делающий невозможным выход из симбиотических отношений. Он подобен страху перед идентичностью, так как любые требования идентичности или шаги к ней, а также конфронтация сопровождаются экзистенциальными страхами покинутости или смерти. Вследствие этого при развитии гуманфункции, в особенности бессознательных центральных гуманфункций, наступила стагнация. Основу преувеличенных страхов покинутости образуют реально пережитые доэдипальные ситуации покинутости. Это означает, что уже в первые годы жизни развитие гуманструктуры встречало препятствия. По этой причине, пограничные больные создают много «архаических» защитных механизмов, чтобы избежать страха покинутости и даже страха перед ним. Вследствие этого они нередко характеризуются гедонистической позицией и поисками чувственных наслаждений. Кроме того, они не могут длительное время находиться в одиночестве, чтобы не ощущать свою внутреннюю пустоту, отсутствие идентичности. Последняя может развиваться только в том случае, если подвести больных к их страхам покинутости.

Расстройство гуманфункции сексуальности, которое большей частью выражается в демонстративном сексуальном поведении, обнаруживающем деструктивно-дефицитарные искажения — это также проявление избегания одиночества или же чувства внутренней пустоты.

Резюмируя, можно сказать, что при пограничном заболевании представлены следующие расстройства центральной гуманструктуры (Amnion G., 1979):

- нарушения развития идентичности с дефицитарно-деструктивной выраженностью,
- дефицитарный нарциссизм,
- дефицитарный страх,
- дефицитарная внутренняя и внешняя агрессия,

- дефицитарная Я-регуляция фрустрации (фрустрационная толерантность),
- дефицитарное внутреннее и внешнее Я-ограничение,
- дефициты эффективности, мышления и сексуальности.

Интерпретировать пограничное заболевание как единую картину болезни трудно, так как отсутствует ведущий симптом, клиническая симптоматика неоднозначна, противоречива и часто непостоянна и изменчива. Ощущение отсутствия идентичности компенсируется бегством в псевдоидентичность, симптомы и гиперadaptation. Симптоматика быстро изменяется в ходе терапевтического процесса, поэтому последнее может быть использовано в качестве диагностического критерия.

5. ГУМАНСТРУКТУРАЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Как и прежде, шизофрения считается заболеванием в отношении этиологии, патогенеза, динамики и лечения которого многое остается неясным. Она все еще представляет собой одну из самых больших медицинских и социальных проблем и, как считают А. Schaub, Н.-J. Moller (1999), и сегодня помечена «стигмой неизлечимости и ужаса».

Гетерогенность шизофренической симптоматики и течения позволяют считать ее синдромом, в основе которого лежат различные этиопатогенетические причины. Эта гетерогенность, на что указывал еще Е. Краепелин (1893), породила множество этиологических гипотез, как органически-биологических, так и психосоциальных, которые привлекаются к объяснению этиопатогенеза этого заболевания.

Понимание шизофрении основывается G. Ammon также на гуманитарной модели. Она представляет собой абстракцию энергетических, динамических, структуральных и генетических процессов.

В случае шизофрении, обозначаемой G. Ammon (1979) как «архаическое заболевание «Я»», поскольку оно возникает в доэдипальном периоде, патогенное силовое поле в качестве расстроенного комплекса симбиоза в первые три года развития приводит к тому, что выделение ребёнка из симбиоза с матерью и тем самым здоровое развитие задерживаются. При этом G. Ammon (1983) считает ответственной за создание патогенного поля не только мать, но скорее всю в целом первичную группу, которая оказывается неспособной обеспечить ребёнку здоровое развитие. Такие патогенные первичные группы характеризуются расстройённой динамикой отношений и неспособностью давать другим членам группы «социальную энергию».

Динамический процесс в семейном поле, приводящий к возникновению шизофрении, понимается при этом следующим образом. Люди, заболевшие в дальнейшем шизофренией, будучи детьми, сталкивались с открытым или бессознательным негативным отношением, испытывали на себе действие динамики «двойственного отношения» (Bateson G., Jackson D. D., Haley J., Weakland J., 1956). «Двойственное отношение» («double-bind») в литературе — это нарушение общения, наблюдающееся в семьях больных шизофренией; неадекватное использование речи родителями больных шизофренией, приводящее к внутренним психическим конфликтам и дисгармонии взаимоотношений в семье. Ребенку вербально и невербально передавалась противоречивая информация. С ним или вообще не разговаривали, или делались такие высказывания, как «я люблю тебя», хотя попытки сближения отвергались, и в отношении них проявлялась эмоциональная холодность. Несмотря на проявляемую в таких семьях эмоциональную холодность и негативное отношение к ребенку, в семейной атмосфере на бессознательном уровне царил запрет на их восприятие, и не признавалось их существование. Все члены семьи придерживались официальной семей-

ной идеологии, игнорируя эмоциональные аспекты отношений. Мать часто берет на себя роль той, которая привязывает к себе наиболее слабого члена семьи, чтобы тем самым скрывать не только собственные, но и семейные конфликты. На ребёнка нередко возлагается ответственность за страхи, эпизоды агрессии, чувства покинутости или вины. Кроме того, такие семьи характеризуются тем, что они социально инкапсулируются или бессознательно запрещают контакты вне семьи ее слабому члену, который служит «козлом отпущения» за семейные конфликты. Атмосфера в такой семье часто напряжённая и ограничивающая жизнь. К будущим больным предъявляется или слишком много, или слишком мало требований. Часто им даже отказывают в телесном контакте. G. Amnion (1982) называет это групподинамическим деструктивно-дефицитарным полем внутри первичной группы. При специфической функции ребенка в такой семье отграничение и сопутствующее развитие ему не дозволяется. Вместо этого, он интернализирует в свои центральные бессознательные гуманфункции деструктивно-дефицитарную групповую динамику и социальную энергию. Будущий больной остаётся зависимым от своей препятствующей развитию первичной группы. В случае выделения из этой патологической атмосферы структуральное повреждение гуманфункций ведёт к поискам партнеров по компенсирующему симбиозу, которые должны заменить патологическую первичную группу, или даже к шизофренической реакции, симптомы которой должны компенсировать дефициты в гуманструктуре. Поэтому G. Amnion (1979) в случае шизофрении говорит о симбиотическом расстройстве, поскольку будущий больной вынужден путем развития симптомов или через замещающие объекты постоянно стремиться к симбиозу, чтобы компенсировать свои дефицитарные, неразвившиеся центральные и вторичные гуманфункции.

С гуманструктуральной точки зрения, при шизофрении расстроены следующие центральные гуманфункции: агрессия, страх, внутреннее и внешнее Я-отграничение, сексуальность, телесное «Я», восприятие, мышление, регуляция фрустрации, способность к контакту, нарциссизм, интеграционная способность и идентичность. Вторичные гуманфункции в сфере поведения также сильно расстроены. Гуманфункция агрессии смогла развиться только дефицитарно, так как больной шизофренией смог в первичной группе лишь рудиментарно выразить свои собственные потребности и конструктивные жизненные проявления, и они, в полную противоположность этому, агрессивно отвергались, урезывались и отрицались. Деструктивная агрессия у заболевшего шизофренией выражается во всегда присутствующей суицидальности. Гуманфункция страха особенно расстроена. Она представляет из себя страх уничтожения и экзистенциальный страх, который постоянно присутствует и сопутствует дефицитарной идентичности больного. Я-отграничение могло развиться только дефицитарно, особенно в направлении внутреннего мира, поэтому больной постоянно бывает переполнен содержанием бессознательного. Внешнее Я-отграничение также тесно связано с дефицитарной идентичностью, так как каждый шаг отграничения от матери или первичной группы означал перспективу экзистенциальной покинутости.

Телесное «Я» особенно расстроено на границах тела, которые могли развиться только недостаточно; этому сопутствует неразрешённое телесное отграничение из симбиотической интеракции. Боль, испытываемая на границе тела, часто бывает для заболевшего шизофренией единственной возможностью ощутить себя существующим как «Я».

Гуманфункция мышления связана с дефицитарно расстроенными центральными гуманфункциями Я-отграничения, агрессии и нарциссизма. Дефицитарное мышление означает уход во внутренний мир от реальности, воспринимаемой как травмирующая, как это проявляется при аутистическом мышлении. Здесь оно не ориентировано на реальность, не удаётся рационально установить связь между прошлым и настоящим и, из-за недостаточного Я-отграничения, они определяются ассоциативными чувствами. Нарушения мышления могут выражаться в конкретном мышлении, в мысленном дистанцировании, в снижении аффектов и преуменьшении содержания.

Гуманфункция нарциссизма также могла развиваться только дефицитарно; так как ребёнок должен был находиться в распоряжении матери и первичной группы для удовлетворения их потребностей, то он не мог для своих потребностей, по праву развить чувство собственной ценности. Отвергнутые и отрицаемые нарциссические потребности ребёнка выражаются в деструктивном нарциссизме, в котором заложены обида и оскорблённость, больной часто компенсирует их при помощи фантастических представлений о своём величии. При конфронтации с действительностью возможно изменение в сторону полной утраты чувства собственной ценности.

Психотическую реакцию можно понимать как попытку предотвратить «тотальную утрату "Я" и идентичности» (Ammon G., 1987). Она представляет собой «мнимое освобождение» от своего страха, во власти которого больной чувствует себя беспомощным, и от которого он всё время страдает.

5.1 Гуманструктуральные сходства и различия при пограничном синдроме и шизофрении

В гуманструктуральном отношении при обоих заболеваниях можно констатировать следующие сходства.

1. Как правило, дефицит в центральной области гуманструктуры вплоть до возможности унитарного понимания болезни.

2. Расстройство гуманфункции агрессии. При шизофрении она направлена против собственной психики и против поведенческого «Я». При пограничном заболевании гуманфункция агрессии деструктивно, с внезапными разрывами отношений направлена против других людей и обстоятельств и деструктивно-дефицитарно — против бессознательных центральных гуманфункции.

3. Расстройства в контакте с людьми и с группой, а также с самим собой.

4. Расстройства в гуманфункции страха. При шизофрении это психически-духовный страх, связанный с нарушениями мышления при наличии идей преследования; при пограничном заболевании это часто неощутимый дефицитарный страх покинутости и собственной идентичности, который преодолевается посредством демонстративных действий или чисто внешних эмоциональных проявлений.

5. Расстройства гуманфункции нарциссизма. Деструктивный нарциссизм преобладает при обоих заболеваниях.

6. Расстройства в мышлении, которое носит конкретный характер.

7. Психогенетически комплекс симбиоза внутри окружающего дефицитарно-деструктивного групподинамически социально-энергетического поля является основным для обоих заболеваний — должен постоянно устанавливаться симбиоз, вместо того чтобы развивать собственную идентичность.

8. При обоих заболеваниях важное значение имеет навёрстывающее развитие структуры, особенно при помощи невербальных лечебных методов, например, гуманструктуральной танцтерапии, музыка-, арттерапии и милие-терапии с работой над проектами.

Различия обнаруживаются в формах проявления обеих болезней. Пограничный больной может «выглядеть здоровее, чем здоровые», адаптироваться на поведенческом уровне и часто очень хорошо функционировать, однако демонстрировать весьма переменчивую симптоматику. Если не распознать скрывающееся за этим тяжёлое психическое заболевание, связанное с нарушением интеграции идентичности, то он как проявляющий резистентность к терапии, неподдающийся лечению, обнаруживающий патологию характера, будет переходить от одного курса лечения к другому. Сейчас, как и ранее, пограничные больные считаются тяжело поддающимися терапии; последние исследования показывают, что более 50 % из них прерывают курс терапии.

Человек с шизофренической реакцией производит впечатление душевнобольного, опасного, неизлечимого. Его поведенческое «Я» смогло развиваться лишь слабо. При чисто симптоматическом подходе к больному лечение не затронет основ его душевных страданий. В этом случае симптомы могут удерживаться только под контролем психофармакологических средств.

Для наглядной иллюстрации вышеизложенного можно сравнить рисунки 2 и 3, которые показывают в типичном виде гуманфункции при обоих заболеваниях.

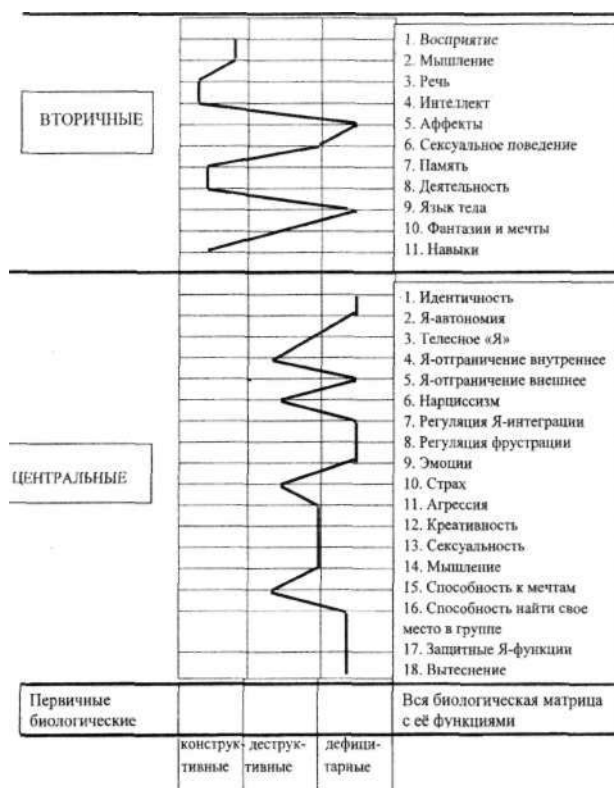


Рис. 2. Гуманфункции при пограничном расстройстве

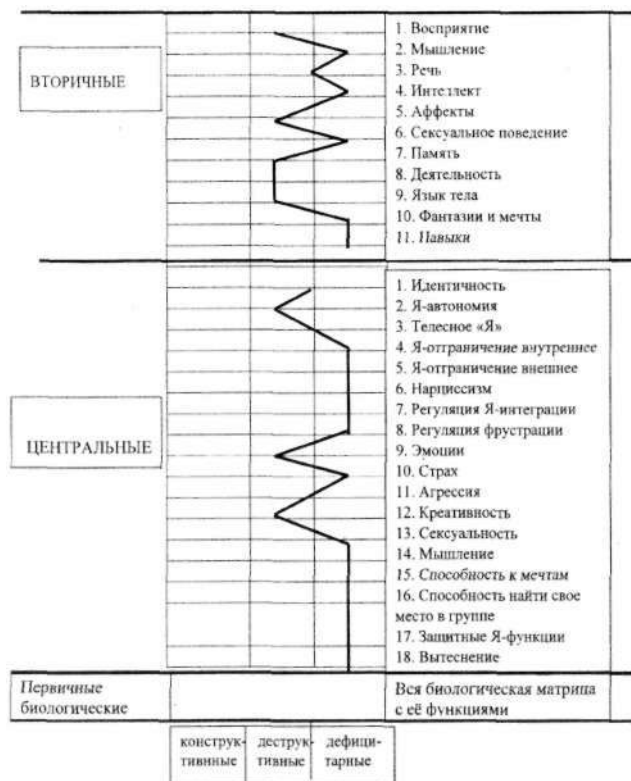


Рис. 3. Гуманфункции при шизофрении

5.2. Дифференциальная диагностика по данным экспериментальных исследований

Исследования в Лаборатории сна и сновидений Клиники Ментершвайге указывают на то, что большинство пациентов с пограничным синдромом имеют, за малыми исключениями, дефицит в III и VI стадиях сна. Сравнивались пациенты с пограничным синдромом и с шизофренией, депрессивными и психосоматическими расстройствами. Пациенты с пограничным синдромом обнаруживали достоверное увеличение длительности фазы REM-сна. Эти результаты можно интерпретировать как тенденцию больных с пограничным синдромом компенсировать недостаточность глубокого сна усиленной активностью сновидений. Глубокий сон служит интеграции и в определенном смысле отдыху во время ночного сна. У пациентов с пограничным синдромом установлен значительный дефицит этой фазы сна (табл. 3).

Стандартные параметры: время сна (SPT); относительные доли стадий бодрствования (Wath) к общему времени сна; I–IV и REM (быстрое движение глаз); латентные (LAT) периоды стадий I–III и REM

Структурные параметры: интервалы REM 2-6; фазы REM 1-5 и частота изменения стадий (SW)

Таблица 3

**Сравнительные исследования структуры сна больных шизофренией, пограничным синдромом, депрессией
и психосоматическими расстройствами**

Показатели	Группа 4			Группа 1			Достоверность различий	Достоверность различий	Группа 2			Достоверность различий	Достоверность различий	Группа 3			Достоверность различий	Достоверность различий	Контрольная группа			Достоверность различий	Достоверность различий
	х	sd	n	х	sd	n			х	sd	ч			х	sd	п			х	sd	п		
SPT	450.26	45.13	9	479.38	38.27	8	нд	нд	458.79	49.13	8	нд	нд	461.78	35.09	9	нд	нд	429.39	19.59	41	**	нд
Wach %	6.85	7.25	9	4.01	4.63	8	нд	нд	1.85	1.57	S	*	нд	4.18	7.51	9	нд	нд	1.27	2.23	41	**	нд
1%	13.50	6.37	9	17.17	5.00	8	нд	нд	18.79	4.76	X	нд	нд	18.36	3.72	9	нд	нд	4.62	2.37	41	**	**
11%	51.75	5.75	9	56.29	10.03	8	нд	нд	56.20	5.28	8	нд	нд	56.44	6.60	9	нд	*	51.98	7.64	41	нд	нд
III %	3.97	4.46	9	3.94	5.37	8	нд	нд	5.00	5.61	8	нд	нд	1.91	2.71	9	нд	нд	5.90	2.19	41	**	нд
IV %	0.09	0.26	9	0.87	1.63	8	*	нд	0.09	0.26	8	нд	нд	0.03	0.00	9	**	нд	10.44	6.38	41	**	***
REM	23.89	5.75	9	17.71	5.39	8	нд	*	18.07	4.57	8												
LatI	8.15	7.27	9	13.54	12.39	8	нд	нд	25.08	37.49	8	*	нд	3.67	2.41	9	*	нд	14.88	25.82	41	**	нд
LatII	9.19	5.91	9	3.21	1.95	8	*	*	6.79	4.86	8												
Lai HI	45.6	25.37	5	29.44	18.96	3	нд	нд	59.33	65.74	4	нд	нд	87.22	99.28	3	*	нд	26.25	18.43	40	нд	*
Lat REM	61.7	26.93	9	111.63	70.83	8	*	нд	73.42	40.92	8	нд	нд	66.26	25.35	9	нд	нд	88.12	30.04	41	нд	*
REM P 1	16.11	6.68	9	27.63	19.23	8	*	нд	11.75	6.71	8	нд	нд	16.70	8.88	9	нд	нд	16.15	6.83	41	нд	нд
REM 12	71.52	18.13	9	79.17	13.16	8	нд	нд	66.00	13.18	8	нд	нд	81.26	15.28	9	нд	нд	73.76	16.13	41	нд	нд
REM P 2	18.85	11.36	9	28.04	12.67	8	нд	нд	82.17	19.59	K	нд	***	29.89	12.23	9	нд	нд	26.87	10.94	41	нд	нд
REM 13	76.59	18.80	9	64.84	7.41	8	*	нд	76.00	21.18	S	нд	нд	83.37	32.90	9	нд	нд	72.23	13.13	41	нд	нд
REM P 3	42.26	10.55	9	14.05	6.57	7	нд	***	30.37	26.92	8	*	нд	30.98	8.98	9	нд	*	34.59	12.06	41	нд	нд
REM 14	59.22	14.49	9	63.05	13.72	7	нд	нд	78.91	23.81	7	нд	нд	54.04	13.87	9	нд	нд	60.60	14.22	41	нд	нд
REM P 4	30.78	15.93	9	44.28	12.56	6	нд	нд	38.22	16.36	7	нд	нд	48.00	22.24	8	нд	нд	32.17	15.99	39	нд	нд
REM I 5	44.83	27.04	8	52.95	11.83	6	нд	нд	55.72	6.71	6	*	нд	49.29	12.94	8	нд	нд	44.58	18.93	19	нд	нд
REM P 6	27.67	14.17	5	24.33	13.05	3	нд	нд	39.67	25.83	5	нд	нд	22.33	7.99	5	нд	нд	20.43	10.64	15	нд	нд
REM 16	20.92	21.93	4	55.67	9.90	2	нд	нд	24.40	23.90	5	нд	нд	6.00	7.57	3	нд	*	42.43	24.25	7	нд	нд
SW	213.33	49.18	9	165.13	37.92	8	нд	*	173.88	35.57	8	нд	нд	143.89	30.17	9	нд	*	71.93	16.22	41	*	***

Примечание. Сравнение средних значений и отклонений группы 4 (пограничный синдром) с группой 1 (депрессивные состояния), группой 2 (шизофрения), группой 3 (психосоматические расстройства) и контрольной группой по параметрам Williams R. L. et al. (1974)

x — среднее значение

sd — стандартные отклонения

п — число испытуемых

нд — статистически не достоверно

Уровень статистической значимости различий:

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

Исследования с помощью ISTA имеют в диагностике особое значение, так как тест дает представление о развитии центральных гуманфункций, расположенных в бессознательном ядре личности; поэтому ISTA имеет преимущества перед другими тестами, например MMPI.

Группы больных с пограничным синдромом и с шизофренией отличаются между собой в исследованных гуманфункций с помощью ISTA вначале незначимо; это соответствует гипотезе, что обе клинические картины характеризуются значительным дефицитом в центральном «Я». Однако при более детальном анализе оказалось, что 1/3 больных с пограничным синдромом допускает идентификацию по так называемому профилю адаптации, который позволяет пациентам казаться даже более здоровыми, чем здоровые испытуемые. Для пациентов с пограничным синдромом характерна высокая конструктивная и очень низкая деструктивная и дефицитарная выраженность гуманфункций агрессии, страха, отграничения «Я» и нарциссизма. Эти больные образуют относительно гомогенную подгруппу, причем деструктивные и дефицитарные элементы гуманструктуры располагаются на профиле даже ниже соответствующих показателей нормальной выборки. В соответствии с характерным для этой клинической картины хорошо функционирующим поведенческим «Я» у пациентов с пограничным синдромом обнаруживается, как правило, и более высокий интеллектуальный коэффициент по сравнению с другими группами пациентов.

В противоречии с этой кажущейся нормальностью находится поступление в клинику этих больных в связи с экзистенциальными чрезвычайными ситуациями и наличием выраженной симптоматики, со злоупотреблением алкоголем, с соматическим заболеванием, которые, однако, не взаимосвязаны с личностью как таковой. В этой группе доступ к бессознательному и, таким образом, синергизм сознательного и бессознательного значительно нарушены.

В диагностических и исследовательских целях применялся аутокинетический световой тест. Диагностическим критерием пограничного синдрома в аутокинетической ситуации является непостоянство измеряемых показателей картин передвижения при неизменном общем впечатлении. Внешние ориентировочные критерии мобилизуют у больных с пограничным синдромом вторичные гуманфункций. Их выпадение в аутокинетической ситуации свидетельствует о внутренней беспорядочности, которая обнаруживается в большом рассеянии метрических величин при повторениях исследования. Корреляционный анализ между 5 параметрами, которые входят в формулу А. С. Voth (1947), и 8 шкалами ISTA показал связи, имеющие характер тенденции, между группой из 70 пациентов (из них 60 % с пограничным синдромом) и контрольной группой из 38 сотрудников. Установлена, в частности,

взаимосвязь между степенью отграничения «Я» и количеством точек остановки движения, выявленных при исследовании.

Аутокинетический световой тест имеет также важное диагностическое значение в отношении выявления пресуицидальности и препсихотической гуманструктуры и может дать важные сведения при судебно-психиатрической экспертизе, касающейся определения вменяемости субъекта (Amnion G., 1976).

Представление об этиологии шизофрении в динамической психиатрии, которое всегда связано с процессами в семейно-динамическом социально-энергетическом поле, получило обоснование в приведенном далее (раздел 6) специальном исследовании больных шизофренией и их семей, выполненном М. Amnion (2002).

6. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕМЬИ ШИЗОФРЕННО-СТРУКТУРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В КЛИНИКЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ МЕНТЕРШВАЙГЕ

6.1. Развитие биографических исследований в психиатрии, психоанализе и психологии

Начиная с 70-х гг. XX в. в социальных науках всё большее значение приобретают качественные исследования, особенно в клинической психологии, психологии личности и психологии развития. Среди них важное место занимает биографическая методика.

В психиатрии биография больного приобретает особенно большую информационную значимость в области этиологии, диагностики и психотерапии. Анамнез жизни дает важные указания относительно возникновения психических заболеваний. Как видно из истории психиатрии, научное исследование биографий, особенно для составления «Патографий выдающихся личностей» (Ideler K. W., 1841), а также выявления связи между психопатологическими проявлениями и определенными жизненными событиями приобретали на рубеже XIX и XX вв. всё большее значение. «Тюбингенская школа», в лице её представителей Н. W. Gruhle (1912), R. Gaupp (1914) и Н. Burger-Prinz (1940), в дальнейшем продолжила и развила концепцию биографических исследований с целью понимания психических болезней. Их намерение состояло в том, чтобы изобразить так называемые «биографические зарисовки» психиатрических пациентов (Zacher A., 1987).

Исследования шизофрении L. Binswanger (1928, 1957), ориентированные на экзистенциальный анализ, во многом способствовали пониманию психически больных посредством их биографий. В этой связи можно упомянуть и К. Jaspers* который также благодаря своему биографическому подходу способствовал пониманию психопатологических феноменов в психиатрии: «Каждая подлинная история, рассказанная больным, ведёт к биографии» (Jaspers K., 1913). В дальнейшем психопатологические и биографические концепции в психиатрии были оттеснены в пользу концепций биологической направленности. Эту тенденцию в психиатрии в 90-х гг. XX в. критикуют R. Tolle (1987), Н. Heimann (1987) и К. Heinnch (1987). В этой связи С. Blankenburg отмечает, что исследователи жизненных событий регистрируют их чисто статистически, независимо от индивидуальной биографии, чтобы можно было бы связать с ними возникновение психического или физического заболевания. А. Zacher (1987) говорит по этому поводу: «Это исследовательское направление отражает, по сути дела, только две категории: «воздействие и реакцию». Новейшие исследования, напротив, стараются учитывать также социальные аспекты.

Согласно Е. Abele-Brehm (1988), качественные методы особенно значимы для выдвижения гипотез, для креативного построения теорий и интеграции результатов полученных данных. Если предметом исследования является человек, то биография как интегрирующий фактор имеет особое значение. Переживание историй, которые сами были кем-то пережиты, относится к повседневной коммуникации человека. Оно позволяет взглянуть во внутренний мир других людей и полезно при принятии решений. Совместные действия в обществе становятся возможными только при условии понимания других людей, которые рассказывают о себе. В биографических исследованиях интервью применяется как диагностический инструмент, так и в качестве инструмента исследований. Прояснение жизненного пути опрашиваемого приводит к пониманию развития его взгляда на мир и на себя самого (Legewie H., 1987). Структура и категории историй жизни исследуются в диагностических и в терапевтических целях (Juttemann G., Thomas H., 1987). В психотерапевтических исследованиях обнаружилось, что многие методы недостаточны для выявления тонкостей терапевтических процессов. Критика экспериментальных исследований поступает из различных направлений, особенно со стороны «критической теории» (Adorno Th. W., 1972), от сторонников марксистского направления (Berger F., Luckmann T., 1980), с позиции исследования деятельности (Horn K., 1979) и как результат социально-психологических анализов и экспериментов (Bungard W., 1980). P. Gstettner (1979) критиковал сторонников экспериментального метода за то, что они не согласны признать за своим объектом исследований человеческий статус.

Количественное исследование всё больше и больше подвергалось критике; тем самым в центр выдвинулись методологические стратегии, как для биографической эксплорации, так и для теоретически обоснованной интерпретации биографического материала. Здесь можно назвать U. Flick (1987), G. Juttemann (1987), A. Kruse (1987), H. Legewie (1987), P. Wiedemann (1987) и E. Jaeggi (Jaeggi E., Faas A., 1993) и др., которые приводят общий обзор областей применения биографических исследований.

Для понимания этиологии различных болезней биографический подход как научно-исследовательская концепция кажется особенно полезным, ибо, имея в виду субъективные теории заболеваемости, эта методика может внести важный вклад. Биографическое интервью как инструмент исследования «использует историю собственной жизни для того, чтобы получить представление о биографии опрашиваемого и связанном с ней развитии его взглядов на себя и на мир» (Legewie H., 1987). В биографическом исследовании может быть интегрирована количественная концепция при условии обработки полученных данных путем оценки динамики, категорий и структур биографий.

Для развития биографической методики в психиатрии важный вклад внёс психоанализ (Thomae H., 1987). Исходя из традиций S. Freud, в психоанализе вообще и в концепциях, ориентированных на глубинную психологию, история жизни периода раннего детства и юности используется для понимания психопатологических явлений.

S. Freud внёс вклад в биографические исследования, когда он осуществлял психоанализ выдающихся исторических личностей на основе биографического или автобиографического материала. Ставя истории жизни в центр своей методико-терапевтической деятельности, психоанализ тем самым заботился, чтобы биографию имели не только исторически значимые личности.

Традиция качественных исследований в психологии восходит также к W. Wundt, известному психологу-экспериментатору, который для своих исследований в

области этнопсихологии (1900-1920), помимо количественных методов, применял и описательные.

В области психологии развития особенно следует упомянуть С. и W. Stern (1909), которые занимались вопросами психического развития ребёнка, а также Ch. и K. Buhler (1933), распространивших для биографических исследований изучение детской психологии на подростковый и взрослый возраст. С их вышедшим в 1933 г. трудом «Жизненный путь человека как психологическая проблема» они считаются пионерами психологии жизненного пути. В конце 30-х — начале 40 гг. XX в. в американской психологии личности отмечается дальнейшее развитие биографических исследований (Murray H. A., 1938; Allport G. W. et al., 1942). В американской психологии развития в 60-х гг. XX в. были продолжены исследования жизненного пути, проводившиеся Ch. Buhler (1933). В Чикаго и Беркли в ходе консультации детей с неустойчивой психикой при помощи биографического метода были проведены лонгитюдные исследования, которые оказали сильное влияние на биографические методы в немецкоязычных странах. В Германии биографический метод особенно успешно применялся в психологии развития, психологии личности и клинической психологии, а также в виде опыта — в социальной психологии (Beck W., 1952; Thomae H., 1987).

В конце 70-х гг. XX в. качественная методика развивается в самостоятельный исследовательский метод. После введения метода интервью и анализа полученных таким путем данных появилось большое количество исследований (Kohli M., 1978; Hopf C., 1978; Muhlfield C. et al., 1981).

В начале 80-х гг. XX в. выкристаллизовались два самостоятельных метода — «объективная герменевтика», способ содержательно-аналитической обработки данных по U. Oevermann (Oevermann U. et al., 1979) и «повествовательное интервью» по F. SchQtze(1977).

В дальнейшем, в середине 80-х гг. XX в., центральное место заняла дискуссия о валидности результатов качественных исследований, а также о методах их обобщения (Gerhard U., 1985; Flick U., 1987; Legewie H., 1987).

В следующей табл. 4 представлены краткие данные о развитии качественных исследований в Германии и США.

Таблица 4

Периоды качественных исследований в Германии и США (по U. Flick, 1996)

Периоды качественных исследований	
в Германии	в США
— ранние исследования (конец XIX — начало XX вв.)	— традиционные исследования (1900-1945)
— период импорта (начало 70-х гг. XX в.)	— модернистский период (1945 - до 70-х гг.)
— начало самостоятельной дискуссии (поздние 70-е гг. XX в.)	— отсутствие чётких методов исследования (до середины 80-х гг. XX в.)
— развитие собственных методов (70-е — 80-е гг. XX в.)	— кризис презентации методов (с середины 80-х гг. XX в.)
— консолидация и методические вопросы (конец 80-х и 90-е гг. XX в.)	

6.2. Теоретические концепции качественных исследований

В качественных исследованиях сформировались три центральные теоретические концепции, которые различаются в своём понимании предмета и в своей методической целеустановке. Теоретическими гипотезами являются:

1) символический интеракционизм с большей сосредоточенностью на субъективных значениях при исследовании лиц, вступающих в интеракцию, с индивидуальным приписыванием смысла;

2) этнометодология, которая пытается отразить социальные реалии повседневных действий;

3) структуралистские и психоаналитические концепции, пытающиеся вскрыть «глубинные структуры, генерирующие действия и значения» бессознательных процессов (Liiders C. и Reichertz J., 1986).

Ниже будет более подробно рассмотрен символический интеракционизм, так как он является теоретической предпосылкой проведенного исследования (Ammon M., 2002).

В символическом интеракционизме центральное значение имеет понимание смысла интеракций между индивидуумами и интеракций индивидуумов с их окружением. Н. Blumer (1973) объединяет основные допущения символического интеракционизма в три посылки. «Первая посылка гласит, что люди поступают в отношении вещей (объектов) на основе значений, которыми эти вещи (объекты) для них обладают. Вторая посылка гласит, что значение таких вещей выводится из социальной интеракции, в которую человек вступает с другими людьми, или возникают из неё. Третья посылка гласит, что эти значения подвергаются манипуляциям и изменениям в интерпретативном процессе, которым личность пользуется в своих контактах с окружающими ее вещами» (Blumer H. et al., 1973).

Из этой концепции можно сделать вывод, что индивидуумы приписывают вещам (объектам) из своего окружающего мира и своего опыта значения, которые в процессе исследования реконструируются и содействуют анализу социальных сфер. Ещё одну основу символического интеракционизма представляет так называемая теорема Томаса (Thomas-Theorem), которая гласит, что ситуация, определяемая человеком как реальная, влечёт за собой для него также реальные последствия. Это означает, что он должен быть способен принять точку зрения своих обследуемых (Stryker S., 1976). Лицо, проводящее исследование, подходит к этому процессу не с целью проверки гипотез, но генерируя гипотезы, и само должно быть вовлечено в него. J. V. Bergold и U. Flick (1987) делают из этого вывод, что позиция субъекта методически может быть отражена в двух различных формах.

1. Как субъективные теории, при которых предметные (объектные) области человека могут быть объяснены; сюда могут относиться исследования по субъективным теориям здоровья и болезни, а также и субъективные теории в педагогике и при проведении консультаций.

2. Исследования, которые основываются на автобиографических рассказах, должны отображать их пространственный и временной контекст с точки зрения субъекта.

В предлагаемом исследовании символический интеракционизм играет важную роль, в особенности субъективные значения, которые отдельные индивидуумы при-

дают обстоятельствам, что и служит поводом для интеракций. Эти субъективные значения имеют при качественном исследовательском процессе большое значение. Здесь методы выбора — это наблюдение при личном участии и различные виды интервью (Graumann C. et al., 1995), которые особенно предназначены для отражения субъективных точек зрения (Flick U., 1996).

Главная цель при использовании качественных методов, таких как интервью, состоит в достижении «вселенной дискурса» (Flick U., Kardorff E., Keupp H., Rosenstiel L., Wolff S., 1995); это означает, что с помощью данных, полученных от разных лиц, можно сравнивать и в общих чертах теоретически объяснять различные размерности содержания. Для этого необходим специальный подход исследователя к регистрации материала в различных аспектах.

В качественном исследовательском процессе встаёт вопрос об отборе подлежащих исследованию лиц и об их групповой принадлежности. Дальнейшее решение состоит в установлении того, какие данные отбираются для расшифровки и интерпретации и как наиболее наглядно можно представить результаты, или же, какие места в тексте или примеры заболевания наиболее репрезентативны для соответствующих данных.

При отборе клинических наблюдений можно ориентироваться на «теоретический выборочный метод»; это означает, что предпочтение отдаётся поэтапному методу, при котором материал, в зависимости от полученных результатов, определяет дальнейшие исследования (Glaser B. G., Strauss A. L., 1967).

При полном сборе данных выбор критериев устанавливается заранее (Gerhardt U., 1986). Здесь интерес может представлять определённая болезнь или другие критерии; при этом количество подлежащих исследованию случаев ограничивается тем их числом, которое позволяет собрать полные данные.

Согласно U. Flick (1996), для решения вопроса о методе исследования с целью получения вербальных данных, можно использовать четыре критерия.

1. Метод ориентированный на сравнение концепций относительно форм интервью. Существенным критерием U. Flick здесь считает, чтобы субъективная позиция партнера по интервью была как можно более открытой и не ограниченной. Интервью должно быть составлено так, чтобы подлежащий исследованию предмет (объект) мог быть достаточным образом осмыслен по глубине и структуре. Кроме того, следует принимать во внимание для каких областей составлено соответствующее интервью. Необходимо учитывать и проблемы проведения конкретного вида интервью и его границы.

2. Выбор метода и контроль его применения. Так как не каждый способ пригоден для исследуемого предмета и связанной с этим постановкой вопроса, то необходимо систематически принимать в расчёт связь метода, предмета / темы исследования и изучаемого субъекта.

3. Соответствие метода исследуемому предмету / теме. Изучаемые субъекты, соответствующие постановки вопроса относительно предмета / темы исследования и желаемые высказывания должны быть основополагающими для оценки адекватности выбранной методики.

4. Интеграция метода в исследовательский процесс. Как и при выборе случаев заболевания, методика сбора данных вместе с сопутствующей интерпретацией должна быть совместима с теоретической основой работы и с исследовательским процессом.

Различные методы проведения интервью играют в качественном исследовании большую роль для получения вербальных данных. При этом делается различие между «открытыми» интервью, как например, «повествовательное интервью», и интервью с использованием методического руководства. В числе типов интервью следует особенно упомянуть фокусированные, полустандартизированные и проблемно-центрированные интервью.

Для проведенного исследования адекватным предмету изучения представлялось проблемно-центрированное интервью.

Проблемно-центрированное интервью было разработано А. Witzel (1985). При этом речь идет о проблемно-центрированном, предметно-, тематически- и процессуально-ориентированном интервью. Термин «проблемно-центрированное» означает в данном случае, что предмет исследования составляет общественно значимую проблему. Изучающий ее должен, применительно к тематике, показать и систематизировать свой запас знаний. «Предметно-ориентированное» означает, что метод ориентируется на предмет исследования и может быть соответственно модифицирован.

Следующий критерий — это процессуальная ориентация. Здесь А. Witzel ссылается на «концепцию сенсibilизации» Н. Blumer (1954) с «гибким, маневренным анализом научной проблемы, поэтапным постепенным получением и контролем данных, причём связь и структура отдельных элементов выясняются медленно и в постоянном рефлексивном сопоставлении с применяемыми при этом методами» (Witzel A., 1985). Далее, он ссылается на «обоснованную теорию» В. G. Glazer (1978) с основной идеей о разработке теории на основе исследовательского процесса сбора и обработки данных индуктивным и дедуктивным методами. При этом, как пишет G. Kleinig (1982), ученый должен «идти по пути преодоления априорного понимания, а именно понимания в процессе исследования». Согласно А. Witzel (1985), «составляющие элементы» проблемно-центрированного интервью — это «качественное интервью», «биографический метод», «анализ клинических случаев» и «групповая дискуссия».

В отношении применявшегося в данной работе интервью особенный интерес представляют инструменты, предназначенные для его проведения, которые включают в себя методическое руководство, магнитофонные записи, дополнительные комментарии, а также контекстуальный протокол. Руководство должно служить исследователю ориентиром и опорой памяти для «поддержания и различения временной последовательности в повествовании интервьюируемого» (Witzel A., 1985). Исследователь может с помощью руководства «для вычленения тематики привнести свой проблемно-центрированный интерес в форме эксманентных вопросов».

Различные части интервью могут быть разделены в смысловом отношении на общее зондирование, путем открытых вопросов, и специфическое зондирование, а также спонтанные вопросы. Магнитофонные записи помогают интервьюеру зафиксировать «полный контекст разговора» обследуемого. Путём переписывания интервью можно обеспечить более адекватную его расшифровку (Witzel A., 1985).

Получение текста из материала интервью с помощью способа интерпретации является тогда собственно процессом исследования и должно вести к отражению изученной реальности в новых теориях.

Методы обработки данных в качественном исследовании можно отнести к двум большим областям. Во-первых, это методы, основывающиеся на кодировании и ка-

тегоризации, а во-вторых, те, которые опираются на последовательный анализ. К методам кодирования и категоризации принадлежат теоретическое кодирование, тематическое кодирование, качественный содержательный анализ, полная расшифровка и циркулярное деконструирование. К последовательным анализам можно отнести конверсионный анализ, дискурсивный, повествовательный и объективную герменевтику. Выбранное в качестве методики обработки данных циркулярное деконструирование основывается на «теоретическом кодировании» по В. G. Glaser и А. L. Strauss (1967), которое исходит из «обоснованной теории» и содержит выведение предметно-ориентированной теории из интерпретации путём теоретического кодирования (Glaser В. G., Strauss А. L., 1967; Glaser В. G., 1978; Strauss А. L., 1987, 1991, 1994; Strauss А. L., Corbin J., 1990).

Циркулярное деконструирование, по Е. Jaeggi, А. Faas (1993), ориентируется на качественную методику В. G. Glaser и А. L. Strauss, так называемую «обоснованную теорию» (Glaser В. G., Strauss А. L., 1967; Bohm А., 1994), а также на метод Р. Wiedemann (1986) при обработке данных открытых интервью при помощи теоретического кодирования. «Наш исходный материал — это текст. Креативными мысленными витками, руководствуясь интуицией и теорией, мы движемся вокруг этого текста» (Jaeggi Е., Faas А., 1993). При этом А. L. Strauss и В. G. Glaser (1967) обозначают процесс интерпретации как кодирование. По методу Е. Jaeggi и А. Faas, текст циркулярно и рекурсивно «деконструируется», и в заключение представляется так, что имплицитное смысловое содержание может стать видимым. Таким образом, происходит многократная смена перспективы, «посредством которой мы находим структурные элементы для теории о нашем предмете исследования, обещающей новые, оригинальные научные выводы» (Jaeggi Е., Faas А., 1993).

Для получения данных применяются различные методы интервью. Е. Jaeggi и А. Faas считают существенным, чтобы перед началом интервью составлялись контекстуальные протоколы. В них должны фиксироваться все бросающиеся в глаза особенности, в связи с «договоренностью об интервью». Позже они могут использоваться для интерпретации. Для проведения интервью важны как сосредоточение на коммуникации, так и подлежащий исследованию предмет, который не следует терять из виду. Подобно контекстуальному протоколу, в начале интервью и после его окончания должен составляться так называемый дополнительный комментарий, в котором фиксируются все необычные проявления перед интервью и во время его проведения. Сюда относится, например, самочувствие интервьюера после интервью.

В целом обработка данных интервью состоит из четырёх фаз. В первой фазе — 6 этапов.

На первом этапе первой фазы обработки данных интервью формулируется главная тема, репрезентативная для всего анализируемого текста.

На втором этапе записывается обобщающий пересказ интервью, который главным образом служит цели выделения основных моментов для интерпретации. При этом следует предоставить большой простор собственной субъективности и интуиции. Тогда при обобщающем пересказе уже играет роль, делается ли упор скорее на интерактивный процесс в интервью, или на имплицитные и эксплицитные высказывания интервьюируемого. Это в каждом случае зависит от подлежащего исследованию предмета.

На третьем этапе составляется каталог ключевых слов, т. е. список необычных, привлекающих внимание слов, который имеет целью дальнейшую конденсацию текста интервью, что облегчает первые спонтанные попытки интерпретации.

Четвёртый этап заключается в составлении тематического каталога, при этом с помощью каталога ключевых слов выделяются различные тематические области и разрабатываются широкие понятия для определённых тем. Уже формируются «сенсibiliзирующие концепты», которые ориентируются на осведомленность интервьюера. «Под сенсibiliзирующими концептами понимаются все собственные переживания, опыт, элементы теории, которые существенно влияют на выработку мнения расшифровщика (аналитика)» (Jaeggi E., Faas A., 1993). Сенсibiliзирующие концепты поддерживают дальнейшее образование категорий интервьюера, при которых играют роль интерактивные процессы вербального или невербального типа. Для этого могут привлекаться записи в контекстуальном протоколе и в дополнительных комментариях.

На пятом этапе следует парафразировка, т. е. дополнительно к составленному ранее тематическому каталогу, теперь он обобщается далее, так что могут быть выделены темы более высокого порядка, или избирается определенная тема для дальнейшей обработки.

На шестом, последнем, этапе первой фазы обработки данных интервью создаются основные категории. При выработке центральных категорий уже может быть создана теория о предмете исследования. В том случае, если проводилось только одно интервью, анализ может считаться на этой фазе законченным. Если же по соответствующему предмету исследования проводилось несколько интервью, то центральные или основные категории допускают сравнение различных, но расшифровывавшихся аналогичным образом, интервью. В этом случае за первой фазой анализа следуют ещё вторая, третья и четвертая фазы.

Во второй фазе анализа речь идет о систематическом сравнении нескольких интервью. Эта фаза состоит из 3 этапов обработки данных. Необходимым условием при этом является то, чтобы каждое интервью расшифровывалось аналогично 6 этапам первой фазы.

Первый этап второй фазы заключается в составлении сравнительного обзора. Это означает, что полученные до сих пор центральные категории для большей наглядности, вместе с различными интервью заносятся в таблицу. При этом можно получить представление о том, какие категории для каких интервью обладают общей релевантностью. Хотя частоты категорий по различным интервью служат исходным пунктом для дальнейшей обработки данных, но всё же не следует игнорировать категории, которые, например, встречаются только в одном интервью.

На втором этапе центральные категории объединяются в конструкторы. Это объединение обозначается как уплотнение. При образовании конструкторов речь менее всего идет о логических, но, скорее, о психологических формах выражения. Однако последние должны не только оставаться привязанными к эмпатическому уровню, но в круговом процессе снова и снова получать возможность подтверждения из высказываний интервьюируемых.

На третьем этапе работы дело касается сравнительного парафразирования. Расшифровки интервью сравниваются друг с другом в отношении их конструкторов. Если после этих этапов расшифровки проводятся дальнейшие интервью, то в этом случае

при опросе можно нацеленно выделять основные моменты. Если уже имеется большое количество интервью, то, согласно Е. Jaeggi, А. Faas (1993), для сравнительного парафразирования следует сравнить друг с другом самое большее 4 интервью. Конструкт, который имеет значение в нескольких интервью, тем самым содержательно обогащается и может составлять структурный элемент при разработке теории. В дальнейшем, все другие конструкты также подвергаются сравнительному парафразированию. Таким путём разрабатываются дальнейшие структурные элементы теории, которые, в конце концов, могут быть объединены в метаконструкт более высокого порядка. Последний особенно информативен в отношении подлежащего исследованию предмета.

Третья фаза расшифровки требует принять во внимание два пункта: уникальное, с одной стороны, как выражение коллективного, а с другой — как открытие нового направления в изучении вопроса. В этой фазе обращается особое внимание на все необычное в интервью, как например, необычные метафоры или необычные вербальные выражения. Своеобразные, особенные формы выражения могут использоваться в целях акцентирования в теоретическом плане. Кроме того, своеобразное может указывать на особенную историю жизни и на определённое отношение к окружающему миру.

Основные моменты четвёртой фазы расшифровки состоят в представлении и обсуждении результатов. Основное значение для этой фазы имеет то, что процесс познания становится видным. Это означает, что результаты должны в смысле циркулярного деконструирования иметь отношение к материалу интервью. Таким образом, представленные феномены подтверждаются как можно большим количеством высказываний исследуемых лиц. Разработка различных областей теории, в основе которых лежат разные теоретические конструкты, должна, по возможности, также подтверждаться достаточным цитированием. Для представления метаконструктов привлекаются составляющие особое исключение цитаты. Кроме того, результаты должны проверяться на предмет того, подтверждается ли этим уже существующая теория, или же она скорее может быть отвергнута. Следует проверить, можно ли связать результаты с какой-либо уже существующей теоретической системой, или для них еще не имеется априорных теоретических допущений (Jaeggi E., Faas A., 1993).

В связи с обоснованием возможности качественного исследования U. Flick (1987) констатирует, что необходимы новые, соответствующие методам критерии надёжности (Flick U., 1996). Они должны в особенности быть адаптированы к процессу качественного исследования и учитывать соответствующие теоретические предпосылки. Надёжность в отношении интервью можно повысить, проведя обучение интервьюеров, а также путем пересмотра руководств или вступительных вопросов после впервые проведённого или пробного интервью (Silverman C, 1993). Цель обучения проведению интервью должна состоять в том, чтобы сделать сравнимыми методы работы различных интервьюеров. Для того чтобы добиться более высокой надёжности при интерпретации данных, целесообразно было бы различным исследователям, работающим в этой области, заранее проводить обсуждение этапов обработки данных и этапов кодирования. В направлении «обоснованной теории» (Glaser B. C, Strauss A. L., 1967) надёжность разработанных категорий перепроверяется на различных фрагментах текста.

В отношении валидности в качественных социальных исследованиях представляет интерес проявляются ли интерпретации интервьюирующего повторно и убедительно в собранном материале, и понятны ли эти интерпретации также другим лицам. Согласно U. Flick. (1996), тем самым «реальность данных», а также «представление феноменов и выведенные отсюда заключения» значимы для валидности. Применительно к ситуации интервью Н. Legewie (1987) различает три степени валидности биографических данных: во-первых, валидность высказывания при интервью, во-вторых, валидность интерпретации этого высказывания и, в-третьих, валидность генерализации высказываний на другие предметные области. Для определения валидности, как правило, должна привлекаться дополнительная информация.

Как и при повседневной коммуникации, при валидации интервью понимание играет важную роль. В повседневной коммуникации рассказы также проверяются на требования в отношении действительности, т. е. оцениваются достоверность, содержательность и завершённость. Согласно Н. Legewie (1987), в случае интервью надлежит оценивать, насколько соблюдены требования, касающиеся понятности, истины, социальной соразмерности и правдивости. Для этого должны анализироваться ситуация и ход интервью. Интерпретатор при этом использует свою способность к коммуникации и свой запас знаний. В отношении целей интервью может рассматриваться все интервью или отдельные его этапы (Dijk T. A. van, 1980).

Необходимым условиям ведения интервью относятся способность к взаимопониманию участников интервью и отчасти общая среда обитания. Так, в ситуации интервью в отношении валидности следует учитывать, имеются ли языковые барьеры или заболевания психического или физического характера. Должна проверяться соразмерность интервью. Например, если существует сильно асимметричное соотношение силы / власти, то интервью соответствует скорее стратегической коммуникации и менее ориентировано на взаимопонимание; поэтому добровольность участия, отсутствие отношений зависимости играют в плане валидности большую роль.

В отличие от повседневной коммуникации, в ситуации интервью участники вступают в рабочие отношения, что подразумевает договорные отношения. К ним относится гарантия, что не будет злоупотреблений данными интервьюируемого, а также согласие последнего на асимметричную коммуникацию. В отношении цели интервью с обеих сторон должна быть определённая мотивация. Такие специфические права и обязанности отличают интервью от повседневной коммуникации. Для того чтобы эти пункты были гарантированы, нужно собрать предварительную информацию о мотивации интервьюируемого. Важное значение имеет анализ начальной фазы и хода интервью в отношении определяемой в начале его цели. Здесь можно проверить, хорошо ли была передана цель, или достаточно ли она была понята интервьюируемым, и удалось ли сотрудничество. Во время интервью часто отмечаются иные ожидания со стороны интервьюируемого, или интервьюеру высказываются определённые требования. Может также возникнуть неприятная ситуация, которая отмечена расхождениями во мнениях или борьбой за власть.

Следует проверить, в какой степени понятны высказывания интервьюируемого. Для этой цели в тексте выявляются неясные места, и выдвигаются гипотезы, почему они непонятны. Возможными причинами могут быть бессознательные или сознательные искажения, потому что была затронута неприятная тема, или это проявление отсутствия коммуникативной компетентности.

Указания на искажения истины можно получить из противоречий в рассказанном или их можно выявить, благодаря знанию интервьюером действительных обстоятельств. Следует строить гипотезы — связано ли это с провалами в памяти, или это проявление бессознательных попыток ввести в заблуждение.

Формализация также снижает валидность. Для идентификации этого Н. Argelander (1970) предлагает подход, который он обозначил как «сценическое понимание».

В какой мере высказывания интервьюируемого откровенны и достойны доверия? Указания на искажения дают противоречия в рассказанном в отношении контекста — это означает, что знание обстоятельств интервьюером не соответствует высказываниям интервьюируемого, или существуют расхождения между словами и действиями. А. Freud (1936) описала защитные механизмы, которые чрезвычайно искажают откровенность высказываний.

Валидизация интервью является интерпретативным актом. Это означает, что проверяется не только нарушены ли требуемые условия, но также и каким образом. Даже если они не были нарушены, то спрашивается, как они были выполнены. В отношении валидизации всегда следует иметь в виду, в какой мере действительна интерпретация.

К решению проблем в отношении интерпретации и субъективности можно подойти с помощью «консенсусной теории истины» (Habermas J., 1984). Она гласит, что отыскание истины возникает из процесса единения на основе рациональных аргументов. Поэтому интерпретатор должен обсуждать свои результаты в группе исследователей, что одновременно выполняет функцию супервизии (Horn K. et al., 1983). Для этого может быть также привлечена модель диалогического исследования (Kaiser H. J., Seel H.-J., 1981; Staudinger U., 1984). В заключение в отношении критериев качества можно указать на то, что классические критерии в этом случае следует модифицировать; применительно к процессу исследований и образованию теории, речь должна идти о достоверности, надежности, правдоподобию и распространенности.

6.3. Обоснование научного подхода, предмет, задачи и методы исследования

Хотя в настоящее время имеется много научных исследований по этиологии шизофрении, в том числе выполненных в 50-х и 60-х гг. XX в. работы в семейно-теоретической области, однако до сих пор в качестве основного в психиатрии принимается соматический этиопатогенез. Только в литературе последнего периода семейной атмосфере снова придаётся больше значения. Но проводя качественные исследования, которые ставят в центр субъективное рассмотрение, исследователи, как правило, не уделяют внимания опыту детства в семейном окружении, в котором вырастают больные шизофренией. Так, например, базируясь на «обоснованной теории» (grounded theory), G. Beal (1999) проводил интервью с больными шизофренией, чтобы определить социальное поведение в социуме, или E. U. Rauch (1998), который провел качественное исследование хронически больных шизофренией для определения эффективности терапии. S. E. McNally (1997) исследовал больных шизофренией на основе «обоснованной теории» с помощью открытых интервью, чтобы выявить

субъективный опыт переживания бреда и галлюцинаций. L. M. Mountain (1999) пытался, используя метод «обоснованной теории», добиться более углублённого понимания жизненного опыта больных с диагнозом шизофрении и отыскать возможности излечения. G. Riemann (1987) исследовал психически больных при помощи повествовательных интервью в отношении воздействия пребывания в психиатрических больницах на их биографии, а M. Zaumseil и K. Leferink (1997), основываясь на качественном методе, исследовали хронических психически больных, чтобы отразить их повседневную жизнь и социальную действительность, и интервьюировали при этом также их родственников и обслуживающих профессионалов.

Предметом исследования проведенной M. Amnion (2002) работы является обеспечение возможности качественного подхода к семейному окружению больных шизофренией, чтобы из условий, в которых они росли, получить дополнительные данные об этиопатогенезе шизофрении. Научно-исследовательский интерес этой работы заключался в том, чтобы получить доступ к субъективному миру жизненного опыта больных с диагнозом шизофрении и их родственников из семьи, где прошло их детство. Мотивация определялась познавательским интересом к тому, чтобы лучше понять этиопатогенез этого, как и прежде, не полностью изученного и не совсем понятного психического заболевания. Направленность исследования на семейное окружение в детстве было следствием собственного опыта автора в лечении таких пациентов, причем было установлено, что ретроспективных точек зрения, которые можно было выяснить через пациентов, недостаточно для действительного понимания реально испытанной в детстве ситуации. Помимо этого, постановка вопроса определялась изучением современной литературы, которая уже была упомянута в теоретической части работы.

Целью исследования являлось содействие большему пониманию субъективного способа видения и мира переживаний больных шизофренией, особенно через ознакомление с их семьями, чтобы получить новые данные для более широкого понимания болезни, что, в свою очередь, могло бы оказаться полезным для лечения этих пациентов.

Некоторые конкретные вопросы исследования формулировались следующим образом:

- отношение в семье к проявлению чувств;
- к телесности и сексуальности;
- к критическим ситуациям в детстве, вплоть до подросткового возраста;
- опыт отношений и система связей в семье;
- что рассматривалось в качестве причины болезни?

Резюмируя, можно отметить, что познавательный интерес исследования состоял в том, чтобы выяснить, в какой степени можно из жизненной истории понять, как заболевшие шизофренией люди в результате их психотического процесса с соответствующей симптоматикой полностью утрачивают контакт с реальностью и уходят в их собственный, кажущийся непонятным, мир. Важно было также установить, в какой степени можно выявить семейную динамику во всем семейном поле взаимодействий, с помощью которой можно было бы уточнить и реконструировать развитие заболевания.

Задача исследования состояла в том, чтобы опросить всех членов семьи больного, которых можно было выявить, и которые должны были получить возможность как

можно более открыто и свободно сообщить о своих переживаниях, высказать свою точку зрения на события в семье и в детстве. Исследуемые должны были предстать в живой связи с их историей, симптоматика и причинность при этом не должны были учитываться. Важен был субъективный способ видения и переживания больных шизофренией и членов их семей от раннего детства до подросткового возраста, чтобы при определённых условиях прийти к выводу в отношении заболевания. В центре исследования стояли отличающиеся позиции различных лиц, связанных с процессами в первичных группах.

Сложность постановки вопросов, их эксплоративный характер, но прежде всего ориентация на субъективную позицию опрашиваемых и необходимость в определенной мере уделять внимание потребностям интервьюируемых, требовали применения техники биографического интервью. О биографическом интервью Н. Legewie (1986) говорит, что «путём тематического побуждения к рассказу опрашиваемому предоставляется свобода выразить собственную точку зрения на свою предыдущую жизнь или представить отрезок жизни как историю жизни».

Так как в качестве предмета исследования надлежало изучить условия развития больных шизофренией в семье, то подходящим видом качественной методики опроса представлялось проблемно-центрированное интервью. Согласно А. Witzel (1985), интервью в форме проблемного центрирования особенно адекватно, поскольку исходный пункт предмета исследований соответствует «замеченной интервьюируемым общественной постановке проблемы». Подлежащие исследованию лица должны иметь возможность «обдумать и соответственно сформулировать определённые аспекты их собственного жизненного процесса и его связь с другими, значимыми относительно данной темы лицами».

В проведенной работе это соответствует нескольким основным тематическим пунктам: периоду жизни от раннего детства до подросткового возраста; восприятию и переживанию семейной ситуации; отношениям с отдельными членами семьи.

Исходя из этого, при относительно открытой теоретической концепции, связанной с постановкой вопроса в исследовании, процесс его должен был сосредоточиться на видении проблемы интервьюируемыми и давать им возможность рассказывать как можно более эмоционально и без ограничений.

Решение в пользу проблемно-центрированного интервью представлялось рациональным, так как в повествовательной части интервьюируемому даются самые широкие возможности для того, чтобы без структурирующих вопросов с максимальной откровенностью изложить свою точку зрения. При помощи следующей части интервью, с более структурированными вопросами, можно было противодействовать недостаткам повествовательной техники интервью, которые могут заключаться в том, что пациенты слишком сильно раскрываются в направлении своих бессознательных и патологических областей. Вследствие слабости границ «Я» у подлежащих исследованию пациентов это требовало внимания. Представлялся рациональным как можно более искренний, но, в то же время, осторожно структурированный подход к пациентам.

Инструментами проблемно-центрированного интервью являются краткий опросник, руководство по проведению интервью и дополнение в виде комментариев, информации и др. (Witzel A., 1985). Краткий опросник содержит биографические вопросы о социальной ситуации интервьюируемого. В данном исследовании в значи-

тельной мере от применения подобного опросника пришлось отказаться, так как при тяжелом заболевании исследуемых пациентов в большинстве случаев казалось рациональным начинать с повествовательной части после как можно более открытого вопроса. Из историй болезни можно было получить соответствующую информацию. Руководство по проведению интервью использовалось только во время расспроса для получения более углублённых данных о биографической ситуации в семейном окружении пациента. Т. е. оно должно было служить для ориентировки в закулисной стороне событий и в качестве мнемонического пособия для проведения беседы, чтобы в интервью были затронуты все важные вопросы темы. Часть интервью, относящаяся к расспросу, должна была выполнять функцию осторожного структурирования процесса собеседования. Магнитофонные записи имели важное значение для фиксации всего контекста беседы и для того, чтобы дать исследователю возможность воспринимать ситуативный и невербальный уровни и со свободным парящим вниманием сосредоточиваться на беседе. Дополнительные записи, комментарии служили для регистрации ситуативного контекста, т. е. событий до и после интервью, как например, установление контакта, возможные чувства контрпереноса, атмосфера беседы и др.

Центральные стратегии коммуникации проблемно-центрированного интервью использовались следующим образом:

- откровенное начало беседы с постановкой темы;
- общее зондирование, т. е. уточнение отдельных обстоятельств;
- конкретное зондирование, например, вопросы на понимание. Конфронтация и отзеркаливание не применялись, так как исследовавшиеся пациенты казались неподходящими для этого;
- в заключение ставились целенаправленные специальные для данного случая вопросы.

Так как биографические интервью служат для раскрытия жизненных историй, то W. Fuchs (1984) указывает на то, что было бы рационально соединить частично стандартизированные биографические интервью с повествовательной их формой. Поэтому при проведении интервью должно быть разработано руководство применительно к частично стандартизированному интервью, а для повествовательной части включены побуждающие к рассказу вступительные вопросы. A. Witzel (1985) высказывается по вопросу составления руководства к интервью следующим образом: «Задача руководства состоит не в том, чтобы представлять собой схему для структурированного опросника, но оно должно тематически организовывать знание исследователем скрытых обстоятельств, чтобы прийти к контролируемому и доступному для сравнения способу подхода к предмету исследования».

С учетом опыта терапии больных шизофренией тематические разделы руководства были ограничены пятью областями исследования. Окончательную структуру руководство обрело после двух предварительных интервью. Последняя форма затем сохранялась во всех интервью. При этом следовало предоставлять интервьюируемым как можно большие возможности для их высказываний. Они должны были подробно и детально излагать свою субъективную позицию и своё восприятие семейной жизни в отношении телесности и сексуальности, а также конкретных отношений с отдельными членами семьи. Так как интерес представляли патогенные влияния со стороны семейного окружения на развитие в детстве и подростковом возрасте, то сле-

довало также фиксировать отношения между членами семьи и странности в поведении их вне семьи в этот период.

Созданию руководства по проведению, интервью предшествовали следующие соображения. Первую часть руководства должен был составлять вопрос, имеющийся в запасе для каждой тематической области, который должен был давать импульс для повествовательной части. При этом принимались во внимание следующие пять тематических областей.

Первая тематическая область. Казалось интересной информация о том, через какое время после рождения проявлялись какие-либо аспекты необычного поведения в развитии, и становилась ли специфическая динамика заметной в обстановке семейной структуры и отношений. Какими были развитие и эмоциональность в семье, смогли ли выкристаллизироваться особые отношения. Были разработаны, например, такие вопросы: какие люди жили в вашей семье; кто был преимущественно дома, кто работал вне дома; о чем были самые ранние детские воспоминания; кого вы любили в семье больше всех; от кого вам приходилось страдать; какие были страхи в детстве; каким было отношение к наказанию и агрессии; были ли радостные события; каким было отношение к болезни, печальным событиям; кто вам больше всех нравился / не нравился. Вопрос, побуждающий к рассказу, звучал так: «Расскажите, пожалуйста, о вашей семье, в которой вы жили, будучи ребенком».

Вторая тематическая область. Тема представляла интерес больше в связи с симптоматикой и физическим развитием, так как границы тела больных значительно открыты; симптоматически это выражается в том, что физически они не могут чувствовать себя, что следует расценивать как выражение слабости отграничения в отношении чувств деперсонализации. Как следствие, больные шизофренией склонны к самоповреждающему поведению, чтобы приобрести возможность чувствовать себя. На телесном уровне, развитие которого предшествует вербальному, обращенность к ребенку и отношение к нему имеют большое значение. Здесь особенно значимы такие вопросы, как: вас кормили грудью; в каком возрасте вы научились стоять и бегать; какое было ваше отношение к проявлениям нежности между родителями, отношение к своему телу в связи с купанием в ванне, одеванием, поглаживанием; отношение к еде; отношение к болезни, к травме; вопросы о сексуальности в связи с играми в доктора, просвещением, наблюдавшейся сексуальностью у родителей и др. Побуждающий к рассказу вопрос звучал так: «Как вы описали бы отношение к телесности в вашей семье».

Третья тематическая область. Исследовательский интерес исходил из теоретических соображений пионеров изучения шизофрении, согласно которым ребёнок вынужден удовлетворять симбиотические потребности матери и удерживается в симбиотической фазе даже после её завершения. В этой связи интересовал вопрос, как пациенты воспринимали детский сад и школу, если они вообще посещали их, в качестве первых шагов к выходу из семьи, не только в плане интеллектуального развития и преодоления проблем реальности, но также особенно в отношении контактов. Эта тематическая область должна была охватывать детский сад и школу, особенно в плане дружеских отношений в детском саду, контакта с воспитательницами, позиции родителей по отношению к детскому саду, особых воспоминаний, связанных со школой. Первый день в школе, контакт с друзьями и соучениками: какие у вас есть воспоминания о радостном или печальном событии в этот период; какая была у вас ус-

певаемость в этот период. Вопрос, побуждающий к рассказу, здесь звучал так: «Были ли вы в детском саду ? Если да, то не могли бы вы описать этот период? Что вы можете рассказать о времени учёбы в школе?».

Четвертая тематическая область. Подростковый период казался особенно значимым, потому что в этот период отделения от семьи возникает большинство психотических реакций в смысле первичного заболевания. Вызывали ли интерес проявления эмоционального, сексуального, умственного и духовного развития в собственной идентичности на основе разрешённых или неразрешённых шагов к отграничению. При этом представлялись значимыми такие вопросы, как: каковы были переживания в этот период; какие имелись контакты вне семьи; какие были хобби; какие были первые любовные отношения; каким было в этот период отношение к родителям? Вопрос, побуждающий к рассказу, звучал так: «Расскажите о периоде вашей жизни в возрасте от 11 до 16 или 18 лет».

Пятая тематическая область охватывала контакты вне семьи, например, с родственниками, знакомыми и друзьями; отношения с соседями, отношение к гостям (пребывание в гостях) и др.; проведение отпуска и досуга. Вопрос, побуждающий к рассказу, здесь звучал так: «Не могли бы вы рассказать о людях, которые имели контакты с вашей семьёй?».

В качестве группы для исследования были выбраны пациенты Клиники Менершвайге в Мюнхене и члены их семей. В клинике, которая проводит стационарное лечение больных шизофренией методами психотерапии, имелась возможность интервьюировать их непосредственно в обстановке стационара. Распределение пациентов по диагнозу, предшествующему лечению и длительности пребывания в клинике представлено в табл. 5.

Таблица 5

**Характеристика пациентов Клиники динамической психиатрии
Менершвайге**

Диагноз по МКБ-10	Возраст пациентов	Средняя продолжительность предварительного лечения	Средний срок пребывания в клинике
Шизофрения - 26,4% Аффективные психозы - 17,6 % Личностные расстройства как пограничные заболевания - 26,5 % Шизоидные расстройства личности - 7,4 % Ананкастические личностные расстройства - 11,8 % Истерические личностные расстройства - 2,9 % Наркомании - 7,4 %	От 16 до 64 лет	88,9 % пациентов находились в среднем 25 месяцев на психиатрическом стационарном или амбулаторном предшествующем лечении	104 суток

При поступлении у всех пациентов устанавливался предварительный диагноз «шизофрения» по МКБ-10. Ни один из опрашиваемых не находился в терапевтических отношениях с обследующим, тем самым исключались феномены переноса. При отборе пациентов для исследования возраст, пол, профессия или прежнее пребывание в психиатрической больнице не принимались во внимание. Отбор пациентов ориентировался прежде всего на готовность и мотивацию к участию в исследовании. Поскольку оно растянулось на длительный период в связи с необходимостью приглашения родственников, то отбирались только пациенты, лечение которых должно было быть предположительно длительным. Пациенты, которые преждевременно покидали клинику, или для которых больничная касса санкционировала только кратковременное пребывание, также не привлекались к исследованию. Социальные работники опрашивали родителей и других членов семьи, готовы ли они к интервью, и после получения согласия их приглашали на собеседование.

Все исследуемые интервьюировались отдельно, чтобы, по возможности, зафиксировать индивидуальный способ видения, что не всегда удавалось. Часто бывало необходимо поддерживать взаимное доверие в семье, и поэтому пациенты присутствовали при беседах с их родственниками. Например, родительские пары L. и H. хотели, чтобы их интервьюировали только вместе. Тётя и кузина пациентки K., а также дядя и тетя L. хотели проходить интервью только совместно. Отец W. хотел принимать участие в интервью только вместе со своей второй женой.

В целом в интервью участвовали 6 пациентов с диагнозом шизофрении по МКБ-10 и их семьи. Согласие членов семей участвовать в интервью было очень различным. Некоторые из них отказывались от интервью, других нельзя было пригласить из-за их собственного заболевания. Интервьюировались 4 больных женского пола и 2 — мужского, соответственно с членами их семей, которых удалось привлечь к интервью. В целом интервьюировались 29 лиц, которые были согласны с тем, что при соблюдении тайны информации их сообщения могут быть использованы для научной работы, и со всеми ними установился хороший рабочий союз.

В начале интервью больным и членам их семей зачитывался вводный текст, в котором им указывалось, что не может быть правильных или неправильных ответов, но речь идет о том, чтобы отразить субъективную точку зрения в отношении раннего детства больного. В случае их согласия все интервью могут быть записаны на магнитофонную ленту. При возможности больному предлагался ещё краткий анамнестический опросник с вопросами о возрасте, начале болезни и т. д. Однако в большинстве случаев вместо этого использовались истории болезни. Интервью проводились в кабинете главного врача клиники и длились от 1 до 4 часов. Одно интервью проводилось во врачебном кабинете в Берлине, так как для родственников пациентов это было более приемлемо в плане отдалённости. Все интервью переписывались на бумагу, и затем обрабатывались (расшифровывались, анализировались) слово за словом. В следующей табл. 6 представлена обзорная информация о пациентах, с которыми проводились интервью, и об их родственниках.

Метод обработки данных — «циркулярное деконструирование» по E. Jaeggi и A. Faas (1993) — казался наиболее пригодным для большинства интервью и постановки вопроса, так как он обеспечивает возможность прагматического подхода и одновременно допускает наиболее полную эксплорацию содержания интервью

Таблица 6

Данные о пациентах исследовавшейся группы и их родственниках

Пациент	Диагноз по МКБ-10	Пол	Возраст	Опрошенные члены семьи	Длительность пребывания в клинике
Gutenheim	Параоидно-галлюцинаторная шизофрения (F 20.0), бредовое расстройство (F 22.0), смешанное шизоаффективное расстройство (F 25.2)	муж.	22 года	Отец, бабушка (со стороны матери), брат, дед (со стороны отца), мачеха	13 мес.
Festung	Параоидно-галлюцинаторная шизофрения (F 20.0), постшизофренная депрессия (F 20.4)	муж.	38 лет	Мать, сестра, три брата	9 мес.
Heilewelt	Параоидно-галлюцинаторная шизофрения (F 20.0), постшизофренная депрессия (F 20.4)	жен.	44 года	Мать, отец	6 мес.
Krebs	Параоидно-галлюцинаторная шизофрения (F 20.0), постшизофренная депрессия (F 20.4)	жен.	27 лет	Отец, брат, тётка (со стороны отца), кузина	20 мес.
Wallenstein	Параоидно-галлюцинаторная шизофрения (F 20.0), острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F 23.1)	жен.	37 лет	Мать, отец, мачеха	13 мес.
Leistung	Параоидно-галлюцинаторная шизофрения (F 20.0), прочие шизоаффективные расстройства (F 25.8), постшизофренная депрессия (F 20.4)	жен.	42 года	Мать, отец, тётка (со стороны матери), дядя	7 мес.

Кроме того, «циркулярное деконструирование» создаёт возможность привнесения субъективности исследователя, для того чтобы выявить и расшифровать смысловое содержание и глубину интервью. При этом важно то, что при помощи постоянной циркулярной обратной связи с текстом перепроверяется субъективность и результаты поддаются объективизации (ср. «обоснованную теорию» (grounded theory) B. G. Glaser и A. L. Strauss (1967)). Рабочие процедуры при обработке данных проводились в соответствии с фазами расшифровки «циркулярного деконструирования». Сначала поэтапно, шаг за шагом обрабатывалось интервью пациента с формулировкой главной темы изложения, каталога ключевых слов и тематического каталога, с парафразированием и образованием категорий. Кроме того, составлялся тематиче-

ский каталог для характеристики отдельных членов семьи и для отношений между членами семьи. Таким же способом обрабатывалось каждое интервью членов этой семьи. Подобные процедуры выполнялись для всех 6 семей.

Образование категорий на основе обзора различных центральных тем, которые выкристаллизовались для каждого члена семьи, требовало совместных дискуссий с малой исследовательской группой в составе двух дипломированных психологов, чтобы выявить специфическую динамику этой семьи.

Представляет интерес, что для всех больных и некоторых членов семьи, например, матери, отца и др. часто только на отдельных этапах обработки данных, как то составление тематического каталога или образование категорий, становились ясными конкретные трудности, которые доминировали в семье. Как следствие взглядов исследователя в отношении контрпереноса, сложившихся еще до проведения интервью, создавались впечатления, что данный человек особенно любезен, способен на самопожертвование или озабочен. Только при рассмотрении обзора с высказываниями других членов семьи появлялась иная информация и иное впечатление от этого человека (при учете его негативного влияния на больного путем угроз самоубийства или другого, о чем он умолчал в своем интервью). В таких случаях дискуссии с группой исследователей были очень важны, помогая постоянно пересматривать чувства контрпереноса и отказываться от них.

После обработки данных всех 29 интервью с образованием категорий и составлением сравнительного обзора для каждой семьи наступала вторая фаза систематического сравнения. В этой фазе также для каждой семьи проводилось сравнительное парафразирование и на основе сравнения категории объединялись в центральные конструкты. Делалось это для каждой из 6 семей. При множестве материала это представляло трудности. Е. Jaeggi и А. Faas (1993) предлагают проводить сравнительное парафразирование только 4 интервью. Необходимо было ограничиться центральными конструктами. Центральные конструкты были ещё раз объединены в стержневой конструкт, наиболее содержательный, информативный для всех семей и выкристаллизовавшийся, во всех семьях. Необходимо было провести ряд совместных дискуссий с исследовательской группой, чтобы прийти к консенсусу, который наилучшим образом соответствовал бы высказываниям интервьюируемых, и позволил выявить запреты на восприятие, которые становились ясными вследствие замалчивания. В дальнейшем процессе работы были образованы ещё 4 центральных конструкта, которые также имели значение во всех семьях.

При качественном исследовании субъективный способ видения исследователя рассматривается как часть процесса взаимопонимания. Эта субъективная точка зрения осознанно включается в процесс исследования, чтобы вместо так называемой объективности достичь более обдуманной рефлексирующей субъективности (Legewie Н., 1987). Критерий достоверности при качественном исследовании понимается по-иному. Так как каждое интервью означает «неповторимое событие в истории жизни» (Legewie Н., 1987), то его невозможно так просто повторить с тем же самым результатом.

Для предлагаемого исследования удалось добиться определенных требований к материалу: понятность сказанного, истинность, соразмерность, откровенность, добротность качественных данных путём сравнения высказываний различных членов семей. Языковая понятность интервью оказалась хорошей, несмотря на то, что некоторые участники говорили на диалектах немецкого языка.

Высказывания интервьюируемых удалось проверить на их правдивость методом перекрестной валидизации только при кратком обзоре всех интервью одной семьи. Иногда события и опыт воспринимались по-разному, и некоторыми членами семей не упоминались, прежде всего, агрессия и страхи. Пациенты не всегда указывали на агрессию со стороны любимых ими людей. Часто выяснялось только из интервью с детьми, насколько непрочен брак родителей. В интервью с родственниками нередко вскрывались также мистификации. Напротив, объективные факты излагались одинаковым образом. Социальное соответствие соблюдалось, хотя у интервьюирующего развились чувства контрпереноса, которые однако не были помехой при проведении интервью.

Критерий откровенности можно было проверить по случайным противоречиям между различными высказываниями в интервью. Проверка их путём сравнения с сообщениями других членов семьи была очень важна, так как неискренность могла вытекать из запретов на восприятие и защитных механизмов. Кроме того, в результате присутствия пациентов во время интервью с членами семьи или при совместном интервью супружеских пар можно было предполагать, что различные неприятные темы искажались или опускались. В случае психически больных было заметно, что они часто отказывались от искренних ответов, причём многое пересматривали по принципу, что, собственно говоря, всё было не так уж плохо.

Как уже упоминалось, процедуры обработки данных постоянно обсуждались и перепроверялись на предмет валидности интерпретации в малой группе исследователей, состоявшей из двух дипломированных психологов. Таким путём и при помощи метода циркулярного деконструирования, при постоянном контроле текста вследствие систематической циркулярности процесса, удалось добиться возможности валидного обобщения результатов.

Ниже представлены данные качественной обработки материалов исследования.

6.4. Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительное парафразирование материала интервью всех 6 семей основывалось на сравнительном парафразировании отдельных семей и разработанных на этой основе конструкторов. Было произведено уплотнение конструкторов в результате обработки данных каждой семьи и образован стержневой основной конструктор. При сравнении результатов обработки данных 6 семей выкристаллизовался для всех семей основной конструктор «нестабильная система отношений», который во всех семьях главным образом и определяет процесс отношений. Были образованы ещё четыре конструктора: «особенности в развитии сексуальности», «неудавшиеся шаги к отделению от семьи», «бегство в мир игр и фантазий» и «причина болезни».

Конструктор «нестабильная система отношений» включает в себя 3 дополнительных конструктора: «ситуации покинутости и утраты / травмы», «вызывающая страх и ригидная, жёсткая семейная атмосфера» и «проблематика родителей». Эти конструкторы во всех семьях главным образом отражали семейную атмосферу и систему отношений.

Термин «нестабильная система отношений» указывает, что у больного не было с кем-либо непрерывной связи в смысле наличия эмоционально надёжного, оказывающего поддержку значимого лица, которое постоянно обеспечивало бы уверен-

ность (безопасность) и проявляло заботу. Больные имели только преходящие, кратковременные связи, которые защищали их. Отсутствие постоянства на уровне отношений характеризовалось внезапными разрывами контактов, покинутостью, а также проявлениями агрессии и страхами, которые определяли семейную атмосферу.

В семьях были различные факторы, которые вызывали нестабильность. При сравнении семей ими оказались: 1) раннее заболевание пациента с пребыванием в больнице; 2) заболевание матери после рождения ребёнка; 3) переезды семей с утратой важных для пациента связей; 4) полное оттеснение в сторону после рождения других детей, ранние ситуации покинутости, ощущение покинутости; 5) тяжёлое заболевание или смерть одного из родителей или близкого родственника; 6) угрозы самоубийства и попытки самоубийства в семье; 7) психические странности в поведении одного из родителей или члена семьи; 8) нарушенные отношения с матерью; 9) нарушенные отношения с отцом; 10) конфликтный брак родителей; 11) агрессия вплоть до физического насилия в отношении больного; 12) травмы родителей; 13) семейные конфликты родителей; 14) экзистенциальные угрозы и страхи в семье; 15) заявления значимых референтных лиц о мнимом благополучии и отрицание негативных чувств; 16) отсутствие поддержки при кризисах в детстве и подростковом возрасте.

Ниже эти факторы представлены более подробно.

1) Раннее заболевание пациента с пребыванием в больнице

Г-н Gutenberg в возрасте 4 месяцев попал на 4 месяца в клинику из-за вывиха бедра; его отец считает это «решающим для его дальнейшего развития».

Г-жа Krebs в возрасте 18 месяцев в связи с переломом ноги по вине бабушки провела 8 недель в больнице. Она сама говорит, что это «было очень тяжело ... после этого мне пришлось заново учиться бегать».

2) Заболевания матери после рождения ребёнка

Так, например, мать г-жи Wallenstein вследствие мастита не могла кормить её грудью. Пациентка попала к сестре матери, где у неё возникли нарушения пищевого поведения. Она «выплёвывала всё, что мне совали в рот».

У матери г-на Gutenberg также был мастит. О пациенте заботилась прабабушка.

3) Переезды семей сутратй важных для пациента связей

Г-же Leistung было 5 лет, когда семья переехала. Она очень хорошо помнит, что для неё «год... прошёл плохо ... не было бабушки ... я не могла больше вырваться из атмосферы семьи».

Г-жа Wallenstein переезжала со своими родителями несколько раз. Наиболее драматично восприняла она переезд в возрасте около 7 лет. Она потеряла добрую соседку, которая для неё была очень важна, так как мать каждый день работала. У тети Шульц «я бывала каждое утро ... это была настоящая любовь». Она «не перенесла» этот переезд.

Семья Krebs переехала, когда пациентке было 4 года. Она восприняла это как «плохое событие ... такой дружбы, как в О. у меня больше никогда не было».

На ранние детские годы г-на Festung наложил отпечаток хаос при переезде семьи в недостроенный дом в глуши, что мать также воспринимала очень тяжело. Брат

говорит, что малыши «были просто убиты ... просто невозможно ... не было ни места, ни свободного времени».

4) Полное пренебрежение после рождения других детей, ранние ситуации покинутости, ощущение покинутости

Г-же Leistung было 6 лет, когда родилась её сестра. Это событие было для неё решающим. Она после этого «почувствовала себя сильно оттесненной в сторону ... вдруг все перестали обращать внимание». Мать была «не в состоянии делить свою любовь на всех».

Брат г-жи Krebs родился, когда ей было 4 года. Её кузина описывает это очень выразительно: «Когда родился Михаэль, то принимался во внимание только он». Пациентка очень «ревновала».

Г-н Festung испытывал «жуткий панический страх ...был оставлен в одиночестве ..они все были в доме .. я был один».

Г-жа Krebs также описывает ситуацию, когда она «испытывала такой страх ...совершенно одна и покинута».

Г-жа Wallenstein очень часто оставалась одна, мать «только работала». Она «сама смотрела за собой».

Г-жа Heilewelt вспоминает, что «уже когда была ребёнком, никто не проявлял обо мне заботы ... никогда никого не было рядом».

Г-н Gutenheim испытывал сильный страх потерять мать, когда она угрожала самоубийством, и умолял её: «Мама, ты не должна покидать нас».

5) Тяжёлое заболевание или смерть одного из родителей или близкого родственника

Отец г-на Festung получил на войне тяжёлое ранение, у него не сгибается рука. Это «было чудо, что он остался в живых со своими ранениями», — говорит сестра пациента. Он уже «перенёс несколько тяжёлых кризисов» (пациент) и был «смертельно болен» (сестра).

Мать г-жи Krebs заболела раком, когда пациентке было 9 лет. Тётка присматривает за пациенткой, что имело «решающее значение при этих ужасных страданиях все эти годы» и прежде всего, потому что «о чувствах не говорилось». Пациентка «часто считала себя виновной» в болезни матери.

Мать г-на Gutenheim внезапно умерла в возрасте 36 лет, когда ему было 6 лет, что он ощущал как «самое худшее время». Он чувствует себя виновным в её смерти, считал, что «каким-то образом доконал её». Бабушка говорит, что после смерти матери он «стал очень впечатлительным».

Дед г-жи Wallenstein умер, когда ей было 7 лет. Она его очень любила, и он был для неё стабилизирующим фактором. Отец говорит, что для «S. это было очень тяжело». Она «кричала, как будто её резали», — говорит г-жа Wallenstein.

Г-же Leistung было полгода, когда умерла бабушка с отцовской стороны, за которой ухаживали дома, в квартире.

Бабушка г-жи Heilewelt умерла от рака в доме семьи, где за ней ухаживала мать, когда пациентке было 13 или 14 лет. Пациентка сожалеет, что она «не видела её умершей ... её быстро увезли, хотя это было в том возрасте, когда я хорошо могла бы это преодолеть».

6) Угрозы самоубийства и попытки самоубийства в семье

В семье Gutenheim мать часто высказывала угрозы самоубийства. «Когда мы были детьми, она нам всегда рассказывала, что хочет повеситься» (пациент), а «иногда делала попытки самоубийства» (брат). Бабушка тоже «угрожала — я убью себя, утоплюсь в реке, когда ей «что-нибудь не нравилось» (отец). Пациент тоже «в 3-4 года» уже хотел «прикончить» себя ножом.

В семье Krebs мать «всё время говорила о самоубийстве» (пациентка). Г-жа Krebs предпринимала попытки самоубийства «через каждые пару месяцев... с тех пор как мне исполнилось 18 лет».

Г-жа Leistung хотела «в 14 лет выпрыгнуть из окна».

В семье Wallenstein отец и мать угрожали самоубийством. «Мы три года определённо были клубом самоубийц». «Папа хотел убить себя ... моя мать грозила мне, что она убьет себя». Мать также совершила попытку самоубийства. «Я хотела однажды убить себя, это верно». В 15 лет пациентка совершила попытку самоубийства, приняв снотворные таблетки.

Г-н Festung сделал попытку самоубийства в связи с разводом со своей женой, ранее он совершал много опасных для жизни экскурсий в горы.

7) Психические особенности (странности) в поведении одного из родителей или члена семьи

Мать г-на Gutenheim психически была очень неуравновешенной. Он сам описывает её как «то ликующую до небес, то опечаленную до смерти». По описанию брата, она «иногда действительно чувствовала себя очень плохо», потому что «сама была полна страхов». Бабушка тоже обнаруживала особенности. По словам брата, у неё «была некоторая склонность к истеричности». Отец подтверждает это, так как падать в обморок — это «был её трюк». Брат отца — шизофреник и живёт у своего престарелого отца.

Мать г-жи Krebs страдала тяжёлым физическим заболеванием и обнаруживала психические отклонения в поведении. Она была «всегда очень боязливой, нерешительной, а также педантичной, щепетильной»; и после заболевания «вела себя уже не как здоровый человек», как это описывает отец. Брат считает это «уже ненормальным».

Отец г-жи Leistung «легко впадал в панику» и при малейшем поводе «быстро распускался», как он сам характеризует себя. Свои взгляды он описывает так: «Психическое оставалось совершенно в стороне ... жёстко к самому себе ... жестко к другим». По его словам, он был «очень вспыльчивым». Обе сестры пациента обнаруживают отклонения в поведении. Самая младшая сестра, начиная с 14-летнего возраста, все время наносила себе порезы. Следующая по возрасту сестра страдала героиновой зависимостью.

Отец г-жи Heilewelt дважды находился на стационарном психиатрическом лечении. В первый раз ей было 4 года, и она сообщает: «Он катался по дивану и кричал».

У отца г-на Festung уже в студенческие годы было истощение нервной системы, а с отцовской стороны «две сестры тоже находились в клинике» (брат). Психически необычными были его «состояния возбуждения». Мать также, когда была больна, часто испытывала страх смерти **при** относительно безобидных заболеваниях и чувстве, что «она, возможно, умрёт» (другой брат).

8) *Нарушенные отношения с матерью*

У пациентов мужского пола

У г-на Gutenberg отношения с его матерью вплоть до её смерти характеризовались избалованностью, несамостоятельностью и недостаточной требовательностью с её стороны. «Скорее до безграничности, — как говорит отец. Наводить порядок он тоже не научился; когда он не хотел идти в детский сад, то мог и не ходить». Брат говорит, что он мог «только щёлкнуть пальцем». В то же время г-н Gutenberg всегда испытывал страх потерять мать. После смерти матери подобные же отношения продолжались с бабушкой «в смысле чрезмерной опеки» (отец). Бабушка его «очень баловала» (пациент). Она сама говорит об этом: «Я всегда немножко вмешивалась для помощи». Когда он потом с 9 лет опять жил у отца и его подруги, «вообще в первый раз стало заметно, что ты был несамостоятельным» (брат). Отношение подруги отца к пациенту было отмечено «большой неприязнью», «демонстрацией негативных чувств в наихудшем виде». Она его «прямо-таки ненавидела» (брат).

Г-н Festung рассматривает свою «привязанность к матери» как одну из самых больших проблем. Он считает, что она его «очень любила ... скорее чрезмерно опекала». К нему предъявлялось меньше требований, он должен был только «помогать на кухне», «в детстве был очень мечтательным, рассеянным», «отношение было более снисходительным» (брат), «был вне конкуренции» (другой брат). Г-н Festung также ощущал угрозу потерять мать вследствие одного из её заболеваний.

У пациентов женского пола

Г-жу Krebs её мать тревожно и чрезмерно опекала и ограничивала до 4-летнего возраста, так что она «мало на что имела разрешение ... мало что должна была делать» и «вследствие этого ограничения чувствовала себя очень неуверенно». После рождения брата мать стала для пациентки очень недоступной; «мать отстранила её от себя» (отец) и «постоянные придирки матери совсем лишили её уверенности» (кузина). С другой стороны, брат получал «всё, что мне хотелось» (брат). Мать была также очень непредсказуемой. У нее случались «эти внезапные вспышки» (брат). Одновременно пациентка страдала от страха потерять мать.

Мать г-жи Leistung держалась по отношению к пациентке отчуждённо. Она «собственно говоря, никогда ... не имела по-настоящему близких отношений» с её дочерью. Пациентка воспринимала отношения с матерью неоднозначно и амбивалентно. Мать была «с одной стороны, исполненная любви, мягкая, заботливая», но также «очень неопределённая и неясная». У нее было нечто «необыкновенно строгое ... что как-то не удавалось правильно локализовать». Пациентка сказала также, что у матери «не совсем понятный характер».

Г-жа Heilewelt воспринимала свою мать как отчуждённую (недоступную). Она замечала свою дочь «только когда я работала», и дочери всегда приходилось следить за тем, чтобы правильно вести себя, не заговорить в «неправильном тоне», потому что в ином случае наказанием было прекращение контактов: «Если ты так со мной разговариваешь, то я с тобой не разговариваю».

Мать г-жи Wallenstein предстаёт амбивалентной натурой — то балует дочь, то упрекает её. «Сперва я получаю подарки, а потом получаю выговоры». Дочь чувствует, что мать «оставила её в беде», а отец говорит, что у пациентки были «плохие

отношения с матерью». В 15 лет пациентка предприняла попытку самоубийства, приняв снотворные таблетки, «только потому что я хотела освободиться от моей матери».

9) *Нарушенные отношения с отцом*

У пациентов мужского пола

Г-н Gutenheim воспринимал своего отца как «настоящего ребёнка», с которым он «много играл». После смерти матери отец перестал проявлять интерес к пациенту, «просто больше ... не заботился о Т.» (брат). В агрессивных столкновениях сына с подругой отца последний проявлял беспомощность и не защищал пациента. Он «был слишком трусливым» (отец). Когда отец с пациентом в течение года жили вдвоём, последний оказался «совершенно запущенным» (бабушка).

Отец г-на Festung был авторитарный, чрезмерно педантичный, строгий и внушал страх. «Перед отцом я всегда испытывал страх» (пациент). Господствовала «железная дисциплина», «было очень много строгости». У него «никогда не было времени» и он «не мог установить близкие отношения» (брат). Отец проявлял «большую строгость... вспыльчивость». Он «обнаруживал ... пережитки нацизма» (другой брат).

У пациентов женского пола

Отец г-жи Krebs «всегда отсутствовал». В иных случаях он воспринимался пациенткой как представляющий угрозу, наказывал её отказом от контактов. Он «со мной даже не разговаривал, когда я просила прощения» (пациентка). Он «никогда по-настоящему не брал на себя роль отца» (кузина). Во время болезни его жены он был «слишком занят» (кузина). Он любил наказывать, внушать страх и был по-школьному ориентирован на успехи.

Г-жа Leistung испытывала «панический страх» перед своим отцом. Он вёл себя очень авторитарно. Его стиль воспитания имел начала в нацистском периоде: «Твёрдые как крупковская сталь, жёсткие как дублёная кожа, проворные как борзые». Он «особенно строго воспитывал старшую» (отец). Он был непредсказуемым тираном, «ежедневно, ежечасно над кем-нибудь могла разразиться гроза». От всех требовались достижения, успехи, «если успеваемость была не такая хорошая .. происходил невероятный припадок бешенства» (пациентка).

Г-жа Heilewelt говорит об отношениях с отцом, что «не было никаких». Когда он приходил с работы, то она «не должна была с ним разговаривать». Его от дочери отгораживала мать. Пациентка воспринимала родителей как союз против неё: «Они двое держатся вместе, а я мешаю».

Г-жа Wallenstein жалуется, что отец «всегда был невнимательным. Он сделал из дочери сообщницу против матери и «взял её с собой в пивную... потом он сказал, что мы идём в церковь» (пациентка). Но по отношению к школе он также вступил с ней в позитивный союз, причём он ей «мог дать кое-какие советы». Отец никогда не был по-настоящему доступен для контакта, был невнимателен и агрессивен также по отношению к ней; за день до её 13-летия он сообщил ей, что разводится с матерью. На это время приходится угрозы отца покончить жизнь самоубийством.

10) Конфликтный брак родителей

Родители г-на Gutenberg «никоим образом не подходили друг другу», «брак был катастрофой». Мать «в браке страдала ... ситуация крайне обострилась после рождения Т.». Родители «ожесточённо спорили» (брат). Следующую связь отца с другой партнершей сын переживал еще тяжелее. «Это был Апокалипсис» (брат). «Если бы она не умерла, они бы всё равно разошлись», — передаёт мачеха слова отца. И во втором браке отца также проявляются агрессия и напряжённость. Они хотели «растаться». У второй жены «нервы никуда не годились» (мачеха).

Брак родителей г-на Festung держался главным образом, благодаря самопожертвованию и чувству долга матери. Они «с отцом не особенно гармонизировали друг с другом». Она считала, «что бы ни произошло, ... семье нужно помогать в преодолении трудностей». Случалось «много раз ... когда напряжение достигало предела» (брат К.). Если бы мать «всегда не отступала», «то брак... наверняка распался бы» (другой брат). Пациент говорит, что дети составили «оппозицию .. вместе с матерью против отца». «Он был тогда очень рассержен тем, что половина семьи вступила в заговор против него» (пациент). Кроме того, «без матери он вообще не смог бы существовать» (брат Б.).

Брак родителей г-жи Krebs был отмечен ревностью. Так, отец «достаточно скоро раскаялся ... что он ... быстро женился ... через два-три года...уже искал связей на стороне» (брат). Ревность его жены «с самого начала иногда бывала брутальной». Между родителями также происходили столкновения с применением насилия. «Случалось, что она набрасывалась на меня ... совсем потеряв контроль над собой». Уже «из-за мелочей ... повод для ... крупного скандала» (отец). У отца было «множество романов», что перед матерью он отрицал и затем «внушил ей психоз» (брат). Незадолго до смерти матери родители хотели развестись.

Брак родителей Leistung характеризовался напряжёнными отношениями. Возникло «так много разногласий по недоразумению». Обстановка в семье была «не такая благополучная, как в других семьях». Родители «не были единомышленны в вопросах воспитания». Потом мать больше действовала в союзе с детьми, «что приводило к скандалам» (мать). Это разделение — мать как «олицетворённая доброта» и отец как «более жёсткий» — создавало состояние напряжённости и «негативное настроение» (отец). Пациентка чувствовала «некоторую неприязнь между родителями». Они «довольно часто спорили» и «уже в первые годы очень много бранились».

Брак родителей г-жи Wallenstein с самого начала протекал проблематично и характеризовался агрессией. «Мы поженились в субботу утром, .. вечером он меня побил; после этого брак для меня уже не существовал». «Как он меня бил, когда я была беременна моей дочерью». Г-н Wallenstein проявлял себя «ужасно вспыльчивым». «Хуже вообще не может быть», — комментирует г-жа Wallenstein свой брак (мать). «Я мог быть резким» и «наш брак был безнадежно расстроен», — дополняет разведенный супруг (отец). При разводе, когда пациентке было 13 лет, её мать сказала: «Могло случиться.. что один из твоих родителей убил бы другого».

Как кажется, родители г-жи Heilewelt всегда «хорошо понимали» друг друга (мать). Отец также говорит, что супружество протекало «очень хорошо». Но пациентка видит это по-другому, а именно, что, хотя родители «будто бы всегда хорошо понимали друг друга», но, поскольку не было «никаких споров», то они «сжирали всё». Это подтверждает и отец: «Дебатов и дискуссий у нас не было никогда». Заболевание

отца также явилось бременем для супружества, так как мать думала в связи с этим: «Может быть, лучше не заводить больше ребёнка». Разногласия в семье не позволялись: «Всегда для посторонних и для самих себя разыгрывалось единодушие» (пациентка).

11) Агрессия вплоть до физического насилия в отношении больного

Г-н Gutenberg уже в 3¹ года хотел убить себя: «... я достал нож и хотел убить себя». Затем, с 9-летнего возраста, он испытывал на себе неприязнь подруги своего отца. «Она со временем стала просто ненавидеть Т.», «отчитывала, разносила его», «какой он якобы глупый, какой тупоумный» (брат). Когда отец разошёлся с подругой, то её брат «сильно бил» пациента (бабушка). Отец женился ещё раз, когда пациенту было 15 лет. Мачеха «также просто изводила» пациента. Он против неё «дал волю рукам ... душил меня» (мачеха).

В семье Festung отец вызывал страх. Все боялись его. Пациент говорит, что отца всегда был очень громкий голос, но что «причиняло боль, — это моральное наказание». «Боль от унижений была сильнее, чем физическая». «С промежутками ... в четверть года» отец раздавал подзатыльники «до 12-летнего возраста» (брат). Если что-нибудь «оказывалось сломанным, разбитым», это уже приводило отца в «состояние возбуждения» (сестра). Дети единодушно заявляют, что физические наказания от матери они не воспринимали трагически.

С г-жой Krebs родители, и отец и мать, обращались очень агрессивно. «Я всегда оказывалась виновата», — говорит пациентка. «Иногда гонялась по всей квартире ... моя мать, отец ... запирали в уборной ... мать иногда давала сильные пощёчины». Отец «очень часто злился» на неё. Он со мной даже не разговаривал, «когда я просила прощения». Она не могла выносить, что он «такой недовольный». «Иногда шлёпал по заднице ... иногда по пальцам» (отец). Когда у матери «убегал суп ... то бил и ее» (брат). Мать сделала отца наказывающей инстанцией, «самое плохое время ... когда слышишь, как он разошёлся» (брат).

Г-жа Leistung в основном воспринимала родителей как «такое единство, против которого я не могу ничего сделать». Она испытывала «панический страх» перед отцом, потому что он был «такой вспыльчивый» и «жестоко избивал» её. При плохих оценках в школе он впадал в «невероятное бешенство». Когда она была подростком, он однажды ей «сдавил горло.. орал.. я убью тебя». В 12 лет у неё самой стали возникать «неудержимые приступы ярости».

Г-жу Heilewelt мать наказывала, прекращая контакты с ней. «Если ты со мной так говоришь, то я с тобой не разговариваю». «Разозлилась, что я не реагирую, и перестала меня замечать» (пациентка). Мать говорит, что только «один раз шлёпнула её».

Г-жа Wallenstein рассказывает, что мать «часто давала волю рукам, была «выбивалкой для ковра и поварёшкой». Когда дочери было 8 или 9 лет, мать «начала меня как-то запугивать...каждый день ругала меня ... угрожала ... ты пойдёшь в воспитательный дом». После развода были резкие столкновения, когда мать дала пациентке «пару подзатыльников», а дочь «разгромила всю столовую». После этого мать вызвала «полицию», и дочь отправили «в психиатрическую больницу» (мать).

12) Травмы родителей

В семье Festung центральными темами были, с одной стороны, тяжелые ранения отца, полученные на войне: «Чудо, что он остался жив после ранений» (сестра)». А с другой стороны, потеря родительской родины вследствие депортации во время войны — «выдворены за четверть часа с мешком и маленьким ребёнком ... не знали, когда снова найдём друг друга». Они «стыдились, что изгнаны» и поэтому «тесно сплотились», — говорит мать. Её мать, которую она смогла взять с собой, «через год умерла». Кроме того, на мать оказывало травмирующее воздействие то, что в начальный период супружества она не могла родить ребёнка. У неё были «один мертворожденный ребёнок и два выкидыша».

Отец г-жи Leistung также был изгнан вместе с семьёй. Очень молодым он был на войне и в плену. «В 17 лет попал в русский плен ... война ... везде оставила следы ... защищать ... родину, народ, вождя ... высшая честь ... человек рискует своей жизнью ... всё это сразу обрушилось». Он боялся, что больше не вернётся домой. Наконец, через 4 года он вернулся. Тем временем его отец умер в возрасте 46 лет, мать умерла позже в возрасте 52 лет. Дом матери был разрушен во время войны, и им пришлось строиться заново.

Отец г-жи Heilewelt был два раза ранен, был в плену и ему удалось бежать. Его родители также были вынуждены бежать. Его сестру увезли русские, и она «умерла в Сибири». Родителей он после войны «потом нашёл». В результате бегства семья потеряла свой старый наследственный крестьянский хутор. Его отец умер в возрасте 57 лет. Мать пациентки нелегально бежала через границу, из-за войны не смогла осуществить свою мечту о приобретении специальности и была вынуждена работать по нелюбимой профессии.

В семье Wallenstein на войне был дед с отцовской стороны. «Мой отец испытывал страх перед своим собственным отцом» (пациентка), когда тот пришёл с войны. Смерть бабушки с отцовской стороны дед воспринял особенно тяжело.

В семье Krebs мать отца была вдовой военного времени. Тётка говорит: «Мы беженцы».

13) Семейные конфликты родителей

Сюда относятся неотделённость родителей от их собственных родителей, «унаследование» конфликтов, а также мистификация (введение в заблуждение).

Семья Gutenheim. Родители г-на Gutenheim были особенно тесно связаны с родителями матери. Отец как бы наверстал здесь ещё раз часть своего детства. «Он был нам как родной сын, ... мы исполняли его детские мечты — дарили игрушки» (бабушка). Эти бабушка и дедушка практически вырастили брата г-на Gutenheim. Как говорит бабушка, после рождения пациента мать была с ним «первое время у нас». Отец после смерти жены должен был жениться на её сестре. Они «очень хотели бы выдать за него свою вторую дочь» (отец). Передача семейных конфликтов. Брат отца шизофреник и живёт у своего старого отца. Отец пациента является опекуном этого брата, точно так же, как брат г-на Gutenheim является его опекуном. Относительно передачи конфликтов матери пациенту бабушка говорит: «Т. тоже похож на неё», «у неё были такие же локоны, как у тебя... неприятное забывала». Отец: «Определённые соответствия в структуре личности». Брат: «иррациональные чувства ... приписыва-

ют матери», а пациент говорит: «Моя мать была довольно хаотична ... я унаследовал это от моей матери». День рождения у пациента совпадает с днём рождения матери. Семейная тайна. Дед не был родным отцом матери пациента. Это привело к затяжному конфликту между матерью и дочерью. «Н. была внебрачным ребёнком ... до 16 лет не знала этого ... потом очень упрекала свою мать».

Семья Festung. Оба родителя были репатриантами. Мать матери жила в семье ещё год до своей смерти. Сестра отца имела большое влияние на всю семью и была «моральной инстанцией» (пациент). Передача семейных конфликтов. Фашистская позиция родительских семей всё ещё продолжала оказывать воздействие на методы воспитания. Мать, состоявшая ранее в Союзе немецких девушек, представляла собой фашистский идеал женщины. Отец хотел «своей собственной империи ... с семьёй», он «упорно работал.. суровая жизнь.. железная дисциплина» (пациент).

Семья Krebs. Отец пациентки был особенно привязан к матери, так что его жена «была на втором месте» (тётка). Мать пациентки также была очень тесно привязана к своей семье, прежде всего к умершему брату, «очень глубокая связь» (пациентка). Передача семейных конфликтов. Вследствие предпочтения, оказываемого сыну и негативного отношения к дочери мать передала собственную конфликтную ситуацию пациентке, которая сделала такую же ошибку, как её мать» (тётка). Семейная тайна. Смерть брата матери была окружена тайной. «Как-то таинственно...никакого представления, что на самом деле случилось» (брат). Его «почитали даже после смерти» (тётка). Неясно также, был ли отцом дяди «другой человек, а не отец моей матери ... какая-то загадка» (брат).

Семья Leistxing. Родители не были отделены от собственных семей. Родные отца были беженцами. Как самый старший он чувствовал себя ответственным за многих братьев и сестер, поскольку отец рано умер. Его мать умерла, когда пациентке было 6 месяцев. Бабушка со стороны матери была в семье «господствующим элементом» (тётка). Мать продолжала подобные отношения со своим мужем. Трансгенерационная передача семейных конфликтов. Мать от своей собственной матери также получала мало внимания и телесного контакта. «Телесный контакт...раньше никто не умел... передать это дальше так, как испытал это в собственной семье» (мать). Ей приходилось уже рано заботиться о своей родной семье и присматривать за братьями и сестрами. Этого же она ожидала от пациентки.

Семья Heilewelt. Вследствие травм, полученных отцом на войне, он был ещё очень тесно связан со своей матерью и умершей впоследствии сестрой. Бабушка «много времени провела у нас». Дочь затем получила имя пропавшей без вести в Сибири сестры. «Меня называли в честь неё» (пациентка). Родители матери поддерживали семью в денежном отношении; потом семья взяла их к себе, и они оба умерли, проживая в семье.

Семья Wallenstein. Бросается в глаза, насколько была неразрывна связь с родителями отца. Уже при беременности матери обращает на себя внимание тот факт, что имя ребёнку выбиралось вместе с ними. «Когда рождалась девочка, то имя выбирали папа и бабушка, а когда появлялся мальчик, то это делали дедушка и я» (мать). Связь между отцом и его матерью была очень тесной, «одно сердце и одна душа» (мать). Он был «так привязан к своей матери» (пациентка). Мать также очень тесно связана со своей семьёй. Например, её самый младший брат несколько лет жил в её семье. Мать имела чрезвычайно близкие отношения со своим свёкром, «самое лучшее в моём бра-

ке — это был мой свёкор» (мать). Передача конфликтов. У матери были трудные отношения с её собственной матерью. «Отношения с её матерью были расстроены» (отец). Трудные отношения матери и дочери продолжаются между пациенткой и её матерью. Мистификация. Окружается тайной невыясненный вопрос об отце сводной сестры пациентки. Пациентка предполагает, что сводная сестра — родная дочь отца. «Это тебя не касается» (мачеха). Отец замалчивал это, чтобы получить развод не по своей вине.

14) Экзистенциальные угрозы и страхи в семье

Семье Festung приходилось по-настоящему бороться за существование. Мать часто спрашивала себя: «Как мы будем жить дальше?». «Никогда не зарабатывали больше тысячи марок ... приходилось на эти деньги жить и ещё строить дом». Экзистенциальный страх выражается также в том, что отец мог бы умереть, и мать всё время испытывает страх, что умрёт. Тогда некому будет позаботиться о детях.

Семья Krebs находилась в угрожающей ситуации. Они испытывали большие финансовые трудности. Это «раньше была весёлая семья ... купили дом ... отсюда и радость» (тётка). Брак осложнялся возможностью «скомпрометировать себя перед соседями» тем, «что её муж слишком мало приносит домой» (кузина). Кроме того, имелась экзистенциальная угроза, связанная с серьёзным заболеванием матери.

В семье Leistung экзистенциальный страх наблюдался особенно у отца: «Всегда слишком большая забота ... о существовании ... работа», «денег ... никогда не хватало», «от многого приходилось отказываться». Он «постоянно должен был напряжённо работать, чтобы прокормить свою семью, чтобы заплатить за построенный домик ... эти тяготы он передал дальше своей семье» (пациентка).

В семье Heilewelt отцу приходилось очень напряжённо работать. Этим он объясняет также свой психотический срыв. «Всё время приходится думать, как ... прокормить семью», «экзамен на должность мастера», «тяжёлая работа».

В семье Wallenstein заботы о существовании несли мать. Она своей работой поддерживала отца во время его обучения. У него «не было никакого чувства ответственности ... никогда не спрашивал.. на что ты живёшь ... Уклонялся от ухода за ребёнком» (мать).

15) Заявления значимых референтных лиц о мнимом благополучии и отрицание негативных чувств

Семья Gutenheim. Бабка выражает чувство удовлетворённости, заявляя, что в семье всё в порядке: «Собственно, всё было хорошо, всё в полном порядке ... мой Н. был как солнечный луч». Отец тоже говорит: «По-моему, у него было прекрасное детство». Пациент выражает отрицание этих высказываний, особенно в отношении матери: «... Она всегда рассказывала нам, что хочет повеситься.. а в остальном она была очень жизнерадостная женщина» (пациент).

Семья Festung. Мать воспринимает своих детей совершенно идеализированно, «как будто ангелы упали с неба». Пациент ощущает «это райское состояние...большая семья» и имеет «в воспоминании идеальное представление, как всё происходило в большой комнате».

В семье Krebs пациентка «очень любила мать ... потому что она была такая ласковая», при этом все остальные описывают отрицательное отношение матери к па-

циснтке. Брат говорит, что родители всегда «разыгрывали благополучие» перед ними. Отец сообщает, что у него были «очень близкие отношения» с дочерью. Но пациентка говорит по этому поводу, что «отец очень часто сердился» на неё, и она его боялась.

Семья Leistung перед посторонними имитировала благополучие в семейном мире. Так тётка выражает мнение, что мать была «типичная мать из детской книги с картинками», в семье были «райские отношения». Даже «бабушка говорила: у тебя нет никаких причин, вытри слёзы» (пациентка).

В семье Heilewelt «для посторонних и для себя всегда разыгрывалось благополучие» (пациентка). Отец говорит, что у дочери было «счастливое и безмятежное детство». Мать заявляет, что у ребёнка всё было «вполне, вполне нормально».

В семье Wallenstein отец подчёркивает, что к пациентке в его «время отношение всегда было добрым, приветливым и с готовностью оказать помощь». Мать считает, что дочь была «до развода здорова и в порядке». Отец говорит о своих отношениях с дочерью, что «у нас были прекрасные отношения». Она же отмечает: «Папа всегда был невнимательным», он был «настоящий грубиян». Пациентка отрицает жестокое отношение со стороны матери и заявляет: «Мать часто давала волю рукам, пользовалась выбивалкой для ковра и поварёшкой ... это мне не повредило».

16) Отсутствие поддержки при кризисах в детстве и подростковом возрасте

Отец г-на Gutenheim не оказывал ему в детстве поддержки по уходу за больной матерью. Сын сам выполнял эти обязанности отца. Во время 4-месячного пребывания в больнице в грудном возрасте он «часто был предоставлен самому себе». Вывих бедра был для семьи «ударом» (бабушка). После смерти матери он не получал поддержки от семьи при выражении своих чувств. Отец заявляет, что «это событие» «оставило его холодным». Бабушка говорит, что он «просто вытеснил ... смерть» и «чем больше я об этом говорю, ... тем это хуже для него». О смерти «практически ничего не говорилось» (брат). Потом отца реально как бы не стало, он не навещал сына, жившего у бабушки. В конфликтах с будущими жёнами отца пациент также не получал поддержки. Физическое столкновение с приятелем он воспринял травматически. У него развилась «тяжёлая депрессия», и появились мысли о самоубийстве. С этим он не мог обратиться ни к кому и впервые пошёл к психиатру. Отец даже не догадывался, что сыну тяжело.

Семья Festung. Вся ситуация семьи была экзистенциально угрожающей и кризисной как в финансовом отношении, так и в плане здоровья родителей. У родителей не было времени для пациента. Мне бросилось в глаза, насколько пациент рассеян, погружен в свои мысли. Только при появлении необычностей поведения в подростковом возрасте мать поговорила с учителями и попыталась «показать ему, как нужно правильно поступать» (мать). Эмоциональной поддержки в трудных ситуациях он не получал. В начале учёбы он был «не подготовлен к контакту с чужими детьми». Это было «ужасное событие» (сестра). Не было эмоционального понимания. Отец из-за своей ригидности, эмоционально вообще был недоступен. В своём сексуальном развитии и поисках партнерских связей пациент оставляется в одиночестве.

Семья Krebs. В ситуации покинутости при переезде, когда пациентка потеряла свою подругу, она не получала помощи от матери. Напротив того, мать отвернулась

от неё, так как в это время родился брат. При тяжёлом **заболевании матери** к отцу предъявлялось слишком много требований. Он «никогда не брал на себя настоящей отцовской роли» (брат) и «он не был опорой для детей» (кузина). Пациентка ощущала как бы «постоянное отсутствие» отца и видела, что в трудных ситуациях он прерывает контакты. Он «со мной даже не говорил, когда я просила прощения». О болезни матери вообще не говорилось. В подростковом возрасте она заглушает свои страхи алкоголем, потому что не имеет другой помощи. Родители «словесно отметали» проблемы: «трудности подросткового возраста — и все» (кузина). Пациентка в возрасте 15 лет сама пошла в консультацию для детей и подростков. Но от помощи она отказалась. Она «думала ... мне ничего подобного не требуется».

Семья Leistung. У пациентки не было возможности выразить свои чувства злости в отношении отца и свои школьные страхи. До 5-летнего возраста она могла еще ходить к одной соседке, если в семье становилось тяжело. При определении ее в школу, родилась сестра, и она осталась в одиночестве со своей ревностью и покинутостью; у матери больше «не было времени ... для моих забот и нужд». Отец, которому приходилось очень напряжённо работать, вообще ни в чём не помогал дочери. Он был «сам так занят собой» и жестоко обращался с ней. Мать вмешалась только тогда, когда отец начал душить пациентку-подростка, и «сильно запахло дымом» (пациентка). Из-за требований отца к её успеваемости, у неё развился «очень сильный страх перед школой», «тотальный экзистенциальный страх». Мать давала ей валериановые капли.

Семья Neilewelt. В кризисных ситуациях, когда пациентке было 4 года, а у отца проявлялись психотические реакции, её отсылали. Об этом никогда не говорилось. «Я сам не любил об этом говорить» (отец). Когда пациентка была подростком, и возникло подозрение, что у неё рак груди, она боялась, что долго не проживёт, но «не могла об этом ни с кем поговорить» (пациентка).

Семья Wallenstein. В драматической ситуации, когда пациентка потеряла приветливую соседку и любимого дедушку, она не могла получить помощи от матери. Наоборот, отношения были очень трудные. «Мне было 5 лет, когда мать так неистовствовала». И в кризисной ситуации расстроенного брака она также была совершенно одинока и дезориентирована. «Л подкралась к его кровати и хотела убить его молотком», «Я сходила с ума, ... потому что не понимала причины скандала». В подростковом возрасте она также не получала никакой поддержки и совершила попытку самоубийства, чтобы освободиться от матери. Во время развода мать пыталась утешить дочь в связи со своим уходом от отца: «Могло бы случиться, что один из твоих родителей убил бы другого».

Конструкт «Особенности в рвюитии сексуальности» в сравниваемых семьях

К этому конструкту относятся: сексуальность как табу; сексуальность, воспринимаемая как угроза и сексуальные нарушения развития в подростковом возрасте.

а) Сексуальность как табу и запрет (об этом не говорят).

В семье Gutenheim о сексуальности почти не говорили. Брат считает, что пациент дома «очень мало слышал об этом». Его не просвещали. Он ещё до 5 класса думал, «что у мужчины следует вырезать яички и пересаживать их женщине» (пациент).

С г-ном Festung о половой жизни «никогда не говорили», это была «табуизированная тема» (брат). Сведения об этом он получал не от родителей, а «из книги моей сестры». Пациент полагает также, что между родителями «после того как родились дети, сексуальности больше не было». Мать, два брата подтверждают, что между родителями не было ласк.

В семье г-жи Krebs о сексуальности также не говорилось. Её не просвещали, но она «как-то узнала об этом в школе». «Игрой в доктора» она занималась тайно, всё-таки «мама ... считала это очень дурным».

В семье Leistung было мало телесных контактов, тема сексуальности была табуизирована. «Телесный контакт ... раньше ведь об этом знали не так много» (мать). Нежностей между родителями мать не допускала, «этого не делали» (тётка). Пациентка испытывала «большое удовольствие» от своего «нагого тела», но потом чувствовала себя «большой грешницей». Просвещала её «одна подруга». Родители «посещали доклады» по этой теме. Потом мать «сунула ей в руку книгу» (пациентка).

В семье Heilewelt сексуальность — табуизированная тема. «Официально этого вообще не существовало» (пациентка). Просвещалась она через «книги .., тайно, с другими». «Игрой в доктора» она занималась незаметно с кузиной. Уже когда она была ребёнком, ей не нравился телесный контакт с матерью.

В семье Wallenstein сексуальность также была табуизирована. О телесном контакте и ласках между родителями пациентка «ничего не знала». Она сама не хотела телесного контакта с матерью. Сексуальность «не являлась темой в нашем браке, об этом ничего не говорилось» (мать). «Игру в доктора» г-жа Wallenstein считала «чистым идиотизмом».

б) Сексуальность воспринимаемая как угроза.

Г-н Gutenheim воспринимал сексуальность отца с его жёнами как опасную, потому что «мой отец так громко стонет ... страшно ... немножко противно».

Сексуальность родителей вызывала у г-жи Krebs страх. «Такой страх за мою мать ... думала, что отец что-то делает ей». Брат говорит: «Было непонятно ... почему мать кричит».

в) Сексуальные нарушения развития в подростковом возрасте.

Онанизм был для г-на Gutenheim связан с чувством вины. Он вспоминает, что «испытывал чувство вины». Бабушка говорила: «у тебя будет атрофия спинного мозга» (брат). В подростковом возрасте он проявляет также гомоэротические тенденции. Он со сводным братом «в подростковом возрасте ... занимался гомосексуальными играми».

Г-н Festung «страдал от того, что мастурбация — это что-то запретное». В 6 или 7 классе он предавался «фантазиям». В возрасте 14 лет он увидел мать голую в ванне: «Я был в некотором смысле очень возбужден». Мать была стыдливая. У матери «чувство стыда ... очень выражено», — говорит брат. «В 17 лет пациент вступил в свой первый сексуальный контакт» и «возвращался домой с нечистой совестью, думал, что мать заметит это по запаху».

Г-жа Krebs в 14 лет сидела на коленях у отца «очень своеобразно ... эротично ... было даже неприятно». Мать, вероятно, также вряд ли была в состоянии распознать границы в отношении эротических ощущений брата г-жи Krebs, которого она

«массировала ... некоторым образом эротически» (пациентка). Г-жа Krebs воспринимала потом сексуальность боязливо, «после этого всегда возникали состояния страха». Из-за рака груди у матери, она не могла идентифицироваться с её женственностью.

Родители г-жи Leistung были очень озабочены, что в подростковом возрасте она может родить ребёнка. Ей было 13 лет, когда она «начала водить знакомства с парнями» (пациентка). В этой связи отец пытался её задушить. В возрасте 14 лет пациентка чувствовала ревность, когда мать снова забеременела.

Г-жа Heilewelt была совершенно не подготовлена к физическим изменениям в подростковом возрасте. Когда в 11 лет у неё впервые начались менструации, она подумала, что «истекает кровью». В 13 лет у неё появился первый друг, а в 17 она вступила в первый сексуальный контакт.

Г-же Wallenstein мать объяснила, что кровотечение — это «не рак». Просвещение проводилось в школе «на уроках биологии» (отец). У матери этого не было. Наоборот, пациентке приходилось просвещать мать.

Сексуальные злоупотребления.

Г-жа Krebs: «Дедушка ... он меня всегда так хватал». Брат говорит: «Дед ... у него похоть была прямо в глазах». «Бабушка уже поняла, что происходит». Брат подозревает, что «в детском возрасте имели место сексуальные злоупотребления» в отношении пациентки со стороны отца.

Г-жа Leistung не знает, «совершилось ли однажды сексуальное злоупотребление». Как-то бабушка «вытащила меня из постели моего дедушки».

Конструкт «Неудавшиеся шаги по отделению от семьи» в сравниваемых семьях

В этот конструкт были объединены конструкты «Нарушенное преодоление жизненных трудностей» и «Избалованность».

а) Ограниченное развитие автономии вследствие заниженных или завышенных требований.

Вместо предъявления будущим пациентам соответствующих их возрасту требований и оказания поддержки в преодолении трудностей, и в кризисных ситуациях их или чрезмерно баловали, или предъявляли завышенные требования.

К г-ну Gutenheim ни мать, ни бабушка не предъявляли соответствующих возрасту требований. Как говорит отец, его воспитывали, не ставя границ. Одной из причин этого был вывих у него бедра. Вследствие этого «многое убиралось с его пути» (отец). Из «сострадания» его также очень баловали, а потом, в связи со смертью матери, он стал «бедным малышом» (брат). До 8-летнего возраста бабушка его «очень баловала», «она мне даже помогала одеваться» (пациент). Только после возникновения новой семейной ситуации стала заметной его несамостоятельность, особенно в отношении «гигиены тела», а также его «успеваемости» (брат).

В случае г-на Festung бросается в глаза определённая избалованность с неадекватными требованиями к действительности в детстве. Он был главным образом «под

присмотром матери ... на кухне» (пациент) и «скорее под чрезмерной опекой». Его «особенно оберегали» и до некоторой степени «ставили вне конкуренции» (брат).

Мать г-жи Krebs «существовала только для детей» (брат). Вследствие боязливости матери, пациентка подвергалась ограничениям и «вследствие этого ... испытывала неуверенность» (кузина). Мать «слишком усиленно заботилась о дочери» и одновременно «много критиковала» её (тётка).

Мать г-жи Heilewelt была главным образом дома и в своё время очень тревожно относилась к активности дочери, в то же время последняя должна была действовать в соответствии с представлениями матери. Г-жа Н. говорит: «Тревожность, нерешительность передалась».

Мать г-жи Leistung была чрезмерно заботлива, «как наседка» (отец). Она не предъявляла к детям никаких требований. «Поддай-ка ложку». Никто из детей не встаёт, ... «тогда вскакивала моя жена» (отец). «К детям никто не смеет приблизиться» (отец).

В отношении г-жи Wallenstein мать сообщает, что она очень баловала свою дочь и мало предъявляла к ней требований. «Избалованная и испорченная»... «За покупками никогда не ходила ... всегда ходила я сама». Она (якобы) сказала дочери и отцу: «Я всегда была для вас только служанкой» (мать).

б) Поступление в детский сад и связанные с ним впечатления.

Родные г-на Gutenheim могут ничего не рассказывать про детский сад. Он сам вынес оттуда «наилучшие впечатления».

Г-н Festung не ходил в детский сад, потому что семья жила далеко от города, и отец считал, что социалистическое воспитание «они ещё получают ... сейчас — это твоя компетенция» (мать).

Г-жа Krebs была в детском саду «застенчивой и неуверенной» и «испытывала страх перед другими детьми» (пациентка).

Г-жа Heilewelt не ходила в детский сад, потому что мать «всегда была дома» (мать). Отец тоже был против этого, так как считал, что такие учреждения существуют только для детей, «которые лишились родителей во время войны» (отец).

Г-жа Eeistung в детском саду «натерпелась страха» и сохранила от этого времени «довольно скверные воспоминания» (пациентка).

Г-жа Wallenstein ходила в детский сад «неохотно». Она «каждое утро орала, потому что не хотела идти туда». Мать её «тащила туда насильно» (пациентка).

в) Поступление в школу и отношение к школьным требованиям.

Поступление в школу г-на Gutenheim совпало со смертью его матери. Первое время ему очень помогала бабушка, а потом его успехи в школе «стремительно ухудшились, после того как мы уехали от бабушки». Тогда у него «появились большие трудности с учёбой ... расстройства концентрации внимания». Он испытывал «страх перед учителем... страх перед другими учениками» и также «страх перед неуспеваемостью» (брат).

Для г-на Festung поступление в школу было очень трудным, так как до этого он жил в замкнутом изолированном мире. В первый день в школе он «только ревел и хотел домой». Ему «было очень жутко» (пациент). Он был «не подготовлен к контакту с чужими детьми» и «не понимал, чего хочет от него учительница» (сестра). Он был в школе очень рассеянным, погруженным в свои мысли, так что один учитель «пожа-

ловался на него родителям» и спросил, не принимает ли он наркотики. На домашние задания ему требовалось очень много времени, потому что он «как-то думал о других вещах». В остальном по успеваемости он ничем особенным не выделялся, но приёмные экзамены в музыкальную школу не выдержал, потому что «был такой заторможенный» (пациент). Время от времени у него возникали «дисциплинарные трудности ... и какое-то сопротивление».

Г-жа Krebs говорит, что уже в начальной школе появились трудности. У неё «с раннего утра начинались боли в животе», и она «очень боялась других детей». Отец подтверждает, что в период учёбы она «испытывала панику». Он пытался помогать ей в выполнении домашних заданий, но «потерял терпение». Всё «кончалось большей частью слезами». После 6 класса её не перевели в следующий. «Проблемы с учителями» в гимназии отец описывает как «крайне серьёзные». Она была переведена с понижением в реальное училище.

Г-жа Heilewelt воспринимала школу «только как зло», всегда «сидела молча», занимала там «позицию постороннего человека». Когда у неё «возникали проблемы», ей «никто не помогал» (пациентка). Мать говорит: «Если бы она прилагала больше усилий ... она могла бы добиться лучших результатов».

Для г-жи Leistung школа была связана с сильным страхом. Она испытывала «тотальный смертельный страх перед школой» и «частые расстройства сна и боли в животе». Мать ей «всегда давала валерьянку». Когда отец пытался помогать в выполнении домашних заданий, это всегда заканчивалось ссорами. «Если я что-нибудь не сразу понимала», то он «выражал крайнее недовольство». От неё требовалась «высокая успеваемость». Отец говорит, что когда «оценки бывали неудовлетворительные», то для него это «практически означало крушение мира».

Для г-жи Wallenstein школа также была связана с трудностями. На неё оказывали сильное давление. «Всё должно было быть в порядке» и «каждый раз, когда возникали трудности, она всегда ужасно ревела» (мать). После переезда чувствовала себя в школе посторонней. Здесь был «другой диалект», «идиотский класс», «по дороге в школу они меня избили». По мнению отца, он оказывал поддержку дочери в вопросах, связанных со школой, «вместе обдумывали, как могут решить ту или иную проблему». Но пациентка воспринимала это иначе. Она «никогда не могла поговорить с ними... о школе и университете».

г) Преодоление проблем пубертатного периода.

В подростковом возрасте у г-на Gutenheim возникли проблемы, связанные с контактами и с отделением от родительского дома. Он сам говорит: «В этот пубертатный период я был такой неуверенный...тогда я...уже жил в мире фантазий» ... «полон комплексов ... были ужасные угри». Всегда был «несчастливо» влюблён и потом «полностью ушёл в себя». Один подросток ударил его «кулаком по лицу», и у него развилась «тяжёлая депрессия». Вслед за этим тайком обратился к психиатру. После того как мачеха выгнала его из дома, отправив против его воли в интернат, он проявил бурную реакцию и поэтому «сошёл с ума» (пациент).

Г-н Festung в пубертатном возрасте принял в семье «в некоторой степени роль постороннего» и начал «жить, руководствуясь своими интересами» (пациент). Он отличался неожиданными выходками, например, прыгнул в воду полностью одетым, хотя учитель запрещал это, или во время школьной экскурсии остался в чужом городе.

С отделением от семьи трудности возникают только тогда, когда ему дважды не удаётся сдать вступительные экзамены в художественный институт, и, по совету всей семьи, он начинает изучать желательную для семьи специальность строителя. Затем у него возникают трудности, когда он женится на женщине, которая не соответствует требованиям его родителей, после чего они прерывают с ним контакты. «Если ты хочешь жениться на этой женщине, можешь больше не приходить домой» (мать). Когда жена ушла от него, он отреагировал психотически. Он сам видит причину проблем с отделением в своей сильной «привязанности к матери» (пациент).

Г-жа Krebs в подростковом возрасте связалась с подругой, жившей по соседству, с которой она пила алкоголь, чтобы заглушить свои «тревожные состояния и страхи преследования». Родители это «долго не замечали». Пациентка присоединилась к одной компании, и мать была «совершенно вне себя», когда она «куда-то отправлялась с этой компанией (кузина).

Для г-жи Heilewelt пубертатный период был трудным. Мать резко реагировала на её контакты с подростками мужского пола. Ей тогда «запретили вообще покидать дом». Чувствовала, что родители её контролируют, «хотели меня полностью подчинить себе». Она пытается воспротивиться этому — заводит много связей с подростками и пьёт с ними алкоголь. Провоцировала отца. «В подростковом возрасте я его страшно нервировала ... у него очень узкие представления о морали». Когда в пубертатном периоде у нее была обнаружена мастопатия, и она боялась, что у нее рак груди, а «жить осталось, предположительно, 10 лет», она отреагировала потреблением алкоголя и психотической реакцией.

Для г-жи Leistnng пубертатный период был также проблематичным. Родители были очень озабочены, что пациентка «придёт и скажет, что у неё будет ребёнок» (мать), потому что она рано, в возрасте 13 лет «начала водить знакомство с парнями» (мать). У неё были столкновения с отцом, который сказал ей, что с её взглядами трудно «устоять в жизни». Испытывала «ужасный страх перед жизнью» (пациентка). В 12 лет у неё появились «неконтролируемые вспышки ярости». В 14 лет она думала о самоубийстве. В 16 лет — «кто может мне помочь, я сойду с ума» (пациентка). Отделение от родительского дома ей удалось только через замужество, сразу же после получения аттестата зрелости. Когда, вследствие смерти бабушки, предстояло реальное отделение от семьи, и она разошлась со своим мужем, а к тому же приняла на себя на работе новые, ответственные обязанности, и к ней убежала её младшая сестра, у нее в возрасте 34 лет возникла психотическая реакция.

Для пубертатного периода г-жи Wallenstein определяющим обстоятельством явился развод родителей, вследствие чего её шаги к отделению от семьи становятся невозможными. После того как она пожила одна с матерью, в возрасте 15 лет совершила попытку освободиться от матери путём самоубийства. «Проглотила 80 таблеток снотворного, только потому что я хотела избавиться от моей матери». В 18 лет она переселяется, но живёт в непосредственном соседстве с матерью, которая продолжала заботиться о ней. После резкого столкновения с матерью в первый раз была отправлена в психиатрическую больницу.

д) Дружеские связи и контакты вне семьи.

У г-на Gutenheim в детском саду были «два закадычных друга», потом, позже, — «асоциальный друг», который его бил; в пубертатном периоде он был «полон ком-

плексов, не мог ни одной девушке посмотреть в глаза, так же как и ни одному парню» (пациент).

Г-н Festung до поступления в школу жил в замкнутом семейном мире, без внешних контактов. В школе он подружился с одним подростком, который потом, к сожалению, уехал. Его дальнейшие значимые мужские дружеские связи, по мнению матери, «не оказывали на него хорошего влияния». Но он «был для всех хорошим другом» (мать).

У г-жи Krebs в детстве была хорошая подруга, которую она в возрасте 4 лет потеряла в результате переезда семьи, отчего очень страдала. Её дальнейшие дружеские связи мать не поддерживала, но всегда говорила ей, что она их вскоре лишится. «Не цепляйся так за них ... они тебя скоро разлюбят» (пациентка). Г-жа Krebs «вообще не имела каких-либо дружеских связей» (кузина). В пубертатном возрасте пациентка часто бывала в соседней семье, из-за этого мать «чувствовала себя оскорблённой» (брат).

Мать г-жи Leistung всегда критиковала подруг своей дочери, «подругу, которая была абсолютно важна для меня ... запретила мне общаться с ней» (пациентка). У них «было не принято..., чтобы приводить детей домой» (мать).

У г-жи Heilewelt «мать всегда жаловалась», что она «ходила к соседям» (пациентка). Мать заявляет, что «дочь с детства быстро заводила друзей ... дружба прекращалась большей частью с её стороны».

О прочной дружеской связи у г-жи Wallenstein не известно, хотя она перед переездом играла со многими детьми, а также с кузеном. В школе сначала была общительной, позже, в пубертатном возрасте, «примкнула к одной компании».

Конструкт «Бегство в мир игр и фантазий» в сравниваемых семьях

В случае г-на Gutenheim заметно, что для него игра — это бегство от устрашающих угроз быть покинутым со стороны матери. Он так описывает ситуацию во время угрозы матери самоубийством: «Я сказал: мама, ты не можешь нас бросить... больше я не знал, что делать, знаю только, что мы очень много играли». Пациент говорит также, что играл с большой фантазией и «придумывал ужасно много историй». Уже в 3-летнем возрасте «всегда прыгал туда и сюда ... всегда играл разные роли» (отец). Потом «после смерти матери много занимался спортом» — по 7 видам спорта. Подростком жил в своём «собственном мире» (пациент) и «чрезмерно увлекался едой и спортом» (мачеха). Вместе с матерью он также искал убежища в религии.

У г-на Festung обращает на себя внимание рассеянность, погруженность в себя в детстве. Он жил в стороне от окружающего мира, в напряжённой, полной страха, ригидной и разобщенной семейной «атмосфере», «рисовал себе в воображении различные видения ... имел очень тесный контакт с животными». Мечтательность продолжалась и в школе, так что классный руководитель пожаловался на него родителям, «не принимаю ли я какие-то наркотики» (пациент). Став взрослым, после того как из-за своей женитьбы он был отлучен от семьи, направил агрессию на самого себя и искал убежища в экстремальных ситуациях. В это время «находил удовольствие в чём-либо необыкновенном», «совершал тренировочные походы на выживание, что могло закончиться гибелью» (брат).

Г-жа Krebs говорит о себе, что любила играть наедине. Брат подтверждает, что она «много играла в одиночестве». С большим удовольствием занималась спортом,

несмотря на тревогу матери. «На спортплощадке целые дни посвящала гимнастике», и у нее было много незначительных травм (пациентка).

Г-жа Leistung «постоянно ... жила в мире сказок и историй», хотела, «чтобы её спас какой-нибудь герой» и в житиях святых находила «самопожертвование необыкновенно отважным».

Г-жа Heilewelt была вынуждена «защищаться от этого всемогущества родителей» при помощи «любительских поделок, рисования, чтения, дальних экскурсий». Она очень много читала: «это тоже было такое бегство — чтение сказок ... такая область, где они не могли мне ничего запретить». Ребёнком в темноте испытывала «страхи». В детском возрасте, когда было трудно, она «скрывалась в выдуманные миры». «Страх приходил и превращал меня в другого человека», «именно в детстве я была склонна к тврчеству».

Для г-жи Wallenstein игра была компенсацией за одиночество по вине родителей, особенно матери. «Никогда не чувствовала страха ... потому что рядом всегда были другие дети», «с которыми я много играла». Она говорит о себе, что «сама приглядывала за собой, потому что я всегда играла».

Конструкт «Причина болезни» в сравниваемых семьях

Причину болезни г-на Gutenheim сам пациент, бабушка и брат видят в негативном отношении к нему со стороны партнерш отца. «Они его сломали» (бабушка). Пациент, кроме того, связывает свое заболевание с ситуациями отделения, например, с пребыванием в больнице по поводу вывиха бедра в раннем возрасте и с отделением от семьи, «когда отец отправил меня в интернат». Отец и мачеха в качестве причины называют смерть матери. Отец г-на Gutenheim выдвигает дополнительно генетические причины, потому что брат отца болен шизофренией. Отец и брат полагают, что у него имеются определённые «соответствия в структуре личности с матерью» (отец) и поэтому он так же болен, как и она.

Г-н Festung полагает, что его болезнь связана с «слишком сильной привязанностью к матери». Сама мать возлагает ответственность на дурное влияние его друга и на развод с женой. Два брата также считают ответственными супружеские конфликты. Брат Б., кроме того, предполагает генетические причины: «Генетическое предрасположение со стороны отца». Брат К. видит причину заболевания в структуре личности, «он очень чувствительный и впечатлительный».

У г-жи Krebs нет никакой теории в отношении причины её болезни. Отец и тётка возлагают ответственность на болезнь матери, отец — на невнимательность со стороны матери после рождения брата. Брат рассматривает в качестве причины конфликтные ситуации в семье. Кроме того, он предполагает роль структуры личности пациентки: она «чрезвычайно чувствительна и впечатлительна».

Г-жа Leistung считает причиной своего заболевания смерть деда и бабушки и свою ситуацию в этот момент, когда к ней предъявлялись чрезмерно высокие требования, а также «историю детства». Отец видит причину в её личной ситуации, когда она была перегружена обязанностями и отсутствовала признательность со стороны родителей: «Может быть, слишком мало хвалили». Отец, мать и дядя видят причину в окружающей обстановке пациентки. «Вся среда сделала её больной» (мать). Мать указывает на генетический момент: «я думаю, что предрасположение виновато больше, чем воспитание».

Г-жа Heilewelt указывает на страх в связи с заболеванием груди — «теперь тебе осталось жить три года» — из семейной атмосфере. Мать отмечает причину в чрезмерной загруженности работой и нездоровом образе жизни: «Слишком много курила» и «слишком много пила кофе». Отец подчеркивает роль нездорового питания.

Г-жа Wallenstein и её родители видят причину болезни в разрыве с первым другом. Мать, кроме того, возлагает ответственность на развод, а отец рассматривает в качестве дополнительного фактора предэкзаменационный стресс.

Стержневой конструкт «Нестабильная система отношений»

Стержневой конструкт «Нестабильная система отношений» подчеркивает отсутствие у пациента постоянного значимого лица в плане эмоционально надёжной поддержки, всегда обеспечивающей безопасность и адекватную заботу. Отношения определялись отчуждённостью, покинутостью, одиночеством, беспомощностью, реальными утратами вследствие разводов и смертей, угрозами самоубийства и попытками самоубийства, а также сильными проявлениями агрессии вплоть до физических истязаний и издевательств. Семейная жизнь обычно характеризуется супружескими проблемами, психическими и физическими заболеваниями родителей, экзистенциальными заботами и страхами родителей, а также одновременно — отрицанием негативных чувств и имитацией благополучия.

Выводы по конструкту «Нестабильная система отношений»

Г-н Gutenheim:

раннее заболевание с пребыванием в больнице (в возрасте 4 месяцев в течение 4-х месяцев);
заболевание матери после рождения пациента (мастит);
ранние чувства заброшенности и беспомощности ;
смерть матери, когда пациенту было 6 лет;
психические аномалии матери «ликует до небес, огорчается до смерти»);
угрозы самоубийства и попытки самоубийства матери;
угрозы самоубийства бабушки;
нарушенная связь с матерью, избалованность;
чрезмерная опека со стороны бабушки;
отчуждённость со стороны подруги отца и мачехи;
нарушенные отношения с отцом (заброшенность);
конфликтный брак родителей;
выраженная агрессия против пациента, начиная с 9-летнего возраста;
семейный конфликт родителей (тесная привязанность к родителям матери);
больной шизофренией брат отца;
имитация благополучия в семье и отрицание негативных чувств важными референтными лицами;
отсутствие поддержки в кризисах (прежде всего, в пубертатном периоде).

Г-н Festung:

ранние чувства заброшенности, беспомощности;

тяжёлое заболевание отца вследствие полученных на войне ранений;
психические особенности отца, истощение нервной системы, состояния возбуждения;
психические особенности матери;
нарушенные отношения с матерью вследствие чрезмерной привязанности;
нарушенные отношения с отцом (страх);
конфликтный брак родителей;
агрессия с телесным наказанием (со стороны отца);
травмы родителей вследствие войны и изгнания из родных мест;
неотделенность родителей от собственной семьи вследствие войны (прежде всего, со стороны отца, пропавшая без вести сестра);
трансгенерационное наследование семейных конфликтов;
экзистенциальные угрозы и страхи, прежде всего матери, о выживании семьи;
имитация мнимого благополучия (идеал - это семья);
отсутствие поддержки в кризисах.

Г-жа Krebs:

раннее заболевание с пребыванием в больнице (перелом ноги в возрасте 18 месяцев);
переезд с утратой значимых связей (в возрасте 4 лет, семья отца и его подруга);
крайне невнимательное отношение вследствие рождения брата (в возрасте 4 лет);
ранние чувства заброшенности, одиночества;
тяжёлое заболевание матери, когда пациентке было 9 лет (рак);
психические особенности матери (чрезмерная боязливость, склонность к аффективным вспышкам);
угрозы самоубийства со стороны матери;
нарушенные отношения с матерью вследствие её негативных чувств;
нарушенные отношения с отцом (угрозы);
конфликтный брак (крайняя ревность);
агрессия и применение физической силы со стороны обоих родителей;
травмы родителей;
неотделенность родителей от их родных семей (у отца особенно тесная привязанность к матери);
трансгенерационное наследование семейных конфликтов;
семейная тайна;
экзистенциальные угрозы и страхи (большие трудности в связи с покупкой дома, опасное для жизни заболевание матери);
заявления о благополучии в семье;
отсутствие поддержки в кризисах (после переезда, при рождении брата, в подростковом возрасте);

Г-жа Heilewelt:

ранние чувства покинутости (ощущение одиночества);
смерть бабушки, когда пациентка была подростком;
психические особенности отца (у него было два психотических эпизода);

нарушенные отношения с матерью (негативное и холодное отношение);
нарушенные отношения с отцом (эмоциональная депривация, недоступность);
конфликтный брак (всё скрывается);
агрессия со стороны матери (наказание путём разрыва контактов);
психические травмы родителей (отец был в плену, мать была вынуждена бежать из родных мест);
неотделенность отца и матери от их родительских семей (тесная связь из-за войны);
экзистенциальные угрозы и страхи;
заявления о благополучии в семье и отрицание негативных чувств (обоими родителями);
отсутствие поддержки в кризисах (внушающее страх заболевание груди в подростковом возрасте).

Г-жа Leistung:

переезд с потерей значимой соседки;
психические особенности отца (панические состояния);
нарушенные отношения с матерью (негативное отношение с ее стороны);
нарушенные отношения с отцом (страх);
конфликтный брак (много споров);
агрессия и жестокое отношение отца (побои и попытка задушить);
психические травмы родителей (отец в 17 лет был в плену, у матери разбомбили дом);
неотделенность отца и матери от их родительских семей (отец после войны помогал своей матери и своим братьям и сестрам);
экзистенциальные угрозы и страхи (постоянный страх отца за выживание);
имитация мнимого благополучия семьи перед окружающими (для внешнего мира она выглядела как семья из детской книги с картинками);
отсутствие поддержки в кризисах.

Г-жа Wallenstein:

переезд семьи с потерями значимых связей (соседка);
ранняя ситуация заброшенности (одиначества);
смерть деда (в 7-летнем возрасте пациентки);
развод родителей (в 13-летнем возрасте пациентки);
угрозы самоубийства со стороны обоих родителей;
попытка самоубийства матери;
нарушенные отношения с матерью (амбивалентность, балует и осыпает упрёками);
нарушенные отношения с отцом (всегда был рассеянным и невнимательным);
конфликтный брак (с самого начала серьёзные конфликты);
агрессия и телесные наказания пациентки со стороны матери;
психические травмы у родителей;
неотделенность отца и матери от их родительских семей (дед играл в семье важнейшую роль);
социальное наследование конфликтов;

мистификация;
экзистенциальные страхи матери;
имитация семейного благополучия и отрицание чувств;
отсутствие поддержки в кризисных ситуациях.

Выводы по конструкту «Особенности в развитии сексуальности»

Во всех исследованных семьях сексуальность являлась табуизированной темой. Просвещением детей родители не занимались. В пубертатном возрасте сексуальность была связана со страхом и чувством вины. Сексуальность родителей воспринималась как опасная, угрожающая и со страхом в двух семьях. У двух пациенток имело место определённое сексуальное злоупотребление со стороны дедов с материнской стороны.

Г-н Gutenheim:

табуизированная тема в семье;
отсутствие просвещения;
предполагаемая опасность сексуальности отца с подругой и мачехой;
чувства вины при занятии онанизмом;
гомоэротические тенденции.

Г-н Festung:

табуизированная тема в семье;
отсутствие просвещения;
чувства вины при занятии онанизмом;
сексуальность в подростковом периоде связана с чувством вины;
воспринимаемые с чувством вины сексуальные фантазии в отношении матери.

Г-жа Krebs:

сексуальность как нечто запретное;
отсутствие просвещения;
восприятие сексуальности родителей внушает страх;
сексуальное злоупотребление со стороны деда по матери;
в подростковом возрасте эротическая неотграниченность отца;
сексуальный контакт она воспринимает преисполненная страха.

Г-жа Heilewelt:

сексуальность как табуизированная тема;
отсутствие просвещения;
телесные изменения в пубертатном периоде воспринимаются как представляющие опасность и внушающие страх.

Г-жа Leistnng:

сексуальность как табуизированная тема;
сексуальность связана с чувством вины и запрещена;
предположении о сексуальном злоупотреблении со стороны деда по матери.

Г-жа Wallenstein:

сексуальность как табуизированная тема; пациентке приходится просвещать мать;

телесные изменения в пубертатном возрасте она воспринимает как опасные.

Выводы по конструкту

«Неудавшиеся шаги по отделению от семьи»

В исследованных семьях развитие автономии пациентов было ограничено либо вследствие заниженных требований со стороны старших, либо вследствие завышенных требований. При первых шагах по отделению от семьи, например, при поступлении в детский сад или в школу, пациенты уже обнаруживают необычности поведения и коммуникативные расстройства. В пубертатном возрасте это усиливается. Здесь уже проявляются психические нарушения и первые симптомы. Семьи мало поддерживали или вообще не поддерживали дружеские связи пациентов и пациентов, и в подростковом возрасте эти связи приобретают деструктивный характер.

Г-н Gutenheim:

ограничение автономии вследствие заниженных требований и изнеживания (мать, бабушка);

в школе он обнаруживал трудности с концентрацией внимания и страх перед контактами;

в подростковом возрасте у него развиваются депрессия, социальная интровертированность и психотические реакции;

в подростковом возрасте он прервал все контакты со сверстниками.

Г-н Festung:

ограничение автономии путём заниженных требований и «чрезмерной опеки» (мать);

не посещал детский сад вследствие пространственной изоляции семьи;

при поступлении в школу первый контакт с окружающими вне семьи и трудности в установлении контактов;

в подростковом возрасте особенности поведения, выражающиеся в несоблюдении дисциплины и крайней рассеянности;

мало дружеских связей;

неудача на вступительных экзаменах по избранной им специальности;

родители прерывают с ним контакты, потому что жена пациента не вписывается в их образ семьи.

Г-жа Krebs:

ограничение автономии путём заниженных требований и чрезмерной боязливости матери;

в детском саду уже боязнь контактов;

сильная боязнь контактов и паника в школе, боли в животе, завышенные требования;

мать в детстве запрещает дружеские связи;

в подростковом возрасте проблемы с признанием авторитета учителей; страхи заглушает алкоголем; самоповреждения; попытка самоубийства.

Г-жа Heilewelt:

автономию ограничивает чрезмерно педантичная боязливая мать; детский сад отпадает, так как мать всегда находится дома; в школе трудности с установлением контактов и чувствует себя посторонней; к ней предъявляются слишком высокие требования; отсутствие продолжительных дружеских связей; в подростковом возрасте запреты контактов с подростками мужского пола; в подростковом возрасте сильные страхи, злоупотребление алкоголем, психотическая реакция.

Г-жа Leistung:

ограничение автономии путём заниженных требований и чрезмерной заботливости матери; в детском саду сильные страхи; в школе чрезвычайная требовательность со стороны отца к успеваемости, завышенные требования, расстройства сна, боли в животе; в подростковом возрасте отношения со сверстниками противоположного пола были запрещены; в подростковом возрасте неконтролируемые вспышки раздражения, злости, мысли о самоубийстве; дружеские связи были запрещены родителями; страхи перед жизнью и экзистенциальные страхи; отделение от родительского дома было возможно только через замужество; в связи со смертью бабушки психотический эпизод.

Г-жа Wallenstein:

ограничение автономии путём заниженных требований со стороны старших; большие трудности при поступлении в детский сад; нежелание ходить в детский сад; в школе чувствовала, что не соответствует предъявляемым требованиям, трудности с установлением контактов, роль постороннего; в подростковом возрасте совершает попытку самоубийства, чтобы освободиться от матери; в 18 лет переселяется от матери, которая продолжает помогать ей; первое поступление в психиатрическую больницу.

Выводы по конструкту «Бегство в мир игр и фантазий»

Игры, чтение и уход в мир фантазий служат для всех пациентов в качестве защиты от чувства покинутости и страхов.

Г-н Gutenheim:

бегство в игры, фантастические истории и разыгрывание ролей;

чрезвычайно много занимается спортом;
в подростковом возрасте живёт в «собственном мире».

Г-н Festung:

бегство в мир фантазий и мечтательность;
став взрослым, занимается экстремальными видами спорта;

Г-жа Krebs:

много играет одна;
много занимается спортом с мелкими травмами;
в подростковом возрасте злоупотребляет алкоголем.

Г-жа Lei stung:

мир сказок и фантазий с историями о избавлении и о мучениках.

Г-жа Heilewelt:

от своих страхов ищет убежище в мире сказок и фантазий.

Г-жа Wallenstein:

бежит в свой мир игр с другими детьми, чтобы не чувствовать одиночества.

Выводы по конструкту «Причина болезни»

В исследованных семьях называются четыре различные группы причин болезни. В качестве внутрисемейных причин рассматриваются: отторжение (негативное, пренебрежительное отношение), смерть, заболевание, конфликтные ситуации, отсутствие или недостаток поощрения, расставания или слишком сильная привязанность. Во-вторых, называются генетические предпосылки, и в-третьих — причины, которые заложены в структуре личности пациента: повышенная впечатлительность или нездоровый образ жизни. Кроме того, в качестве причин болезни рассматриваются внесемейные обстоятельства, например, окружающая среда во взрослом возрасте, развод с супругом или с партнером, экзаменационный стресс и повышенные требования на работе.

Г-н Gutenheim:

пребывание в больнице в раннем возрасте (пациент);
смерть матери (отец, мачеха);
отторжение партнершей отца и мачехой (бабушка, брат, пациент);
генетические причины (наследственность) (отец).

Г-н Festung:

чрезмерная привязанность к матери (мать сделала что-то неправильно) (пациент, сестра);
генетические причины (наследственность) (брат Б.);
структура личности пациента (брат К.);
супружеские конфликты, развод с женой (мать, брат Э., брат Б.).

Г-жа Krebs:

тяжёлая болезнь матери (отец, тётка);
пренебрежение после рождения брата (отец);
конфликтные ситуации в семье (брат);
структура личности пациентки (брат).

Г-жа Leistung:

история детства (пациентка);
завышенные требования (пациентка, отец);
отсутствие поощрения (отец);
окружающая среда (отец, мать, дядя);
генетические предпосылки (мать).

Г-жа Heilewelt:

страх (пациентка);
семейная атмосфера (пациентка);
повышенные требования (мать);
нездоровый образ жизни (мать, отец).

Г-жа Wallenstein:

расставание с партнером (мать, отец);
экзаменационный стресс (отец);
развод (мать).

Таблица 7

Сравнение всех семей, имеющих скопления конструкторов

	Gutenheim	I	Krebs	Heilewelt	I	Wallenstein
Нестабильная система отношений						
раннее заболевание и пребывание в больнице	X		X			
заболевание матери после рождения пациента	X					X
переезд с потерей значимых связей			X		X	X
ранние чувства покинутости	X	X	X	X		X
смерть матери	X		X			
смерть деда						X
смерть бабушки				X		
тяжелое заболевание матери / отца		X	X			
психические особенности матери	X	X	X			
психические особенности отца		X		X	X	
угрозы или попытки самоубийства матери	X		X			X

Сравнение всех семей, имеющих скопления конструкторов

	Gutenheim	Festung	Krebs	Heilewelt	Leistung	Wallenstein
угрозы самоубийства бабушки	X					
угрозы самоубийства отца						X
расстроенная связь с матерью	X	X	X	X	X	X
расстроенная связь с отцом	X	X	X	X	X	X
отчуждённость других значимых лиц	X					
конфликтный брак родителей	X	X	X	X	X	X
чрезмерная опека	X					
выраженная агрессия против пациента со стороны одного из родителей или значимого лица	X	X	X	X	• X	X
семейный конфликт родителей	X	X	X			X
психические травмы у одного или обоих родителей		X	X	X	X	X
имитация благополучия и отрицание чувств	X	X	X	X	X	X
неотделенность родителей от их родных семей	X	X	X	X	X	X
экзистенциальные страхи в семье		X	X	X	X	X
отсутствие поддержки в кризисах	X	X	X	X	X	X
семейные тайны /мистификация			X			X
развод родителей						X
Неудавшиеся шаги по отделению от семьи						
ограничение автономии вследствие недостаточных требований и избалованности / чрезмерной заботы	X	X			X	X
ограничение автономии вследствие недостаточных требований и педантичности (боязливости) матери			X	X		
Трудности в контактах и страхи в школе	X	X	X	X	X	X
проблемы в детском саду или непосещение дetsада		X	X	X	X	X
в подростковом возрасте уход в себя' или разрыв контактов	X					
необычности и симптомы в подростковом возрасте (депрессия, попытки самоубийства, самоповреждения, злоупотребление алкоголем, психотическая реакция)	X	X	X	X	X	X
ограничения в области дружеских связей	X	X	X	X		X
Особенности в развитии сексуальности						
сексуальность как табуизированная тема / запрет в семье	X	X	X	X	X	X
сексуальные злоупотребления			X		X	
восприятие сексуальности родителей как представляющей опасность	X		X			
чувства вины при онанировании и занятии собственным телом и сексуальностью в подростковом возрасте	X	X			X	

Сравнение всех семей, имеющих скопления конструкторов

	Gutenheim	1	Krebs	Heilewelt	I	Wallenstein
сексуальный контакт воспринимается со страхом			X			
телесные изменения в подростковом возрасте воспринимаются как опасные и со страхом				X		X
Бегство в мир игр и фантазий						
бегство в игру	X		X			X
фантастические истории /мир фантазии / грёзы /сказки / «собственный мир» в подростковом возрасте	X	X		X	X	
экстремальный спорт	X		X			
Причина болезни						
личность пациента		X	X			
генетические предпосылки / наследственность	X	X			X	
конфликты в семье / пренебрежение / слишком сильная привязанность / отсутствие поощрения / невнимательность	X	X	X	X	X	
непреодоленные детские переживания: тяжёлая болезнь / смерть матери, пребывание в больнице в раннем возрасте	X		X			
повышенные профессиональные нагрузки				X	X	
экзаменационный стресс						X
окружающая среда пациента					X	
расставание с партнером		X				X

В последние годы в литературе появились новые перспективы для исследования этиопатогенеза шизофрении. Изучение семей с приёмными детьми, особенно проведенное Р. Tienari (1994), снова указывает на значение нарушенных отношений в семьях больных, и эти данные привлекаются для подтверждения влияния психосоциальной окружающей среды на возникновение шизофрении.

S. Mentzos (2000) обсуждает влияние психических условий на изменения биохимических факторов и нейронных связей, и говорит о «психосоматозах» головного мозга. В недавно опубликованных работах, например А. Streeck-Fischer (2000), также рассматривается влияние психического опыта, особенно пережитых травм, на физические характеристики в плане нарушений регуляции и интеграции и диссоциативных расстройств.

Из-за непреодоленного опыта раннего детства, связанного с расстроенными отношениями, дети с этими диссоциативными нарушениями могут позже, в связи с дальнейшими стрессами, проявить шизофренические реакции. Хотя в данном случае уже проводились исследования стресса и жизненных событий, но это всё же относилось не к раннему детству и к семейной среде, а ко времени перед началом заболевания.

Обсуждение результатов

В 60-х гг. XX в. во многих исследованиях изучалась семейная динамика, особенно в англосаксонских странах и прежде всего в США, однако, в 80-х — 90-х гг. XX в. это направление оказалось почти забытым и только в последние годы снова продолжено в исследованиях, посвященных семьям с приёмными детьми и в психологии развития, например у E. Steimer-Krause (2000). В 80-х и 90-х гг. XX в. проводилось немало исследований по проблеме выраженных эмоций с акцентом на семейном климате как важном обуславливающем факторе числа рецидивов у больных шизофренией. С тех пор как качественные исследования приобретают всё большее значение, больные шизофренией исследуются также при помощи интервью. Они затрагивают вопросы лечения, реинтеграции в общественную жизнь, преодоления болезни, повседневной жизни и отношения к психиатрии (McNally S. E., 1997, Rauch E. И., 1998, Beal C, 1999, Mountain L. M., 1999). Однако и другие исследования последних лет без качественной концепции в отношении шизофрении, например K.-A. Ryan (1993), H.-E. Schreier (1995) и J. Os van, P. Jones, P. Sham и др. (1998), указывают на связь заболевания шизофренией и семейной болезненности.

Проведенные исследования в Клинике Ментершвайге с использованием проблемно-центрированных интервью по A. Witzel (1985) и применением метода «циркулярного деконструирования» по E. Jaeggi, A. Faas (1993) дали поразительные результаты в отношении объёма травмирующего опыта, приобретенного пациентами, накопления факторов риска и их влияния на развитие личности. В целом были выработаны пять конструктов: основной конструкт — «нестабильная система отношений» — отражает эмоциональную обстановку в семье, где проходило детство вплоть до позднего подросткового возраста. В основной конструкт были включены следующие конструкты «травматические ситуации покинутости и утраты», «агрессивная и устрашающая семейная атмосфера» и проблематика родителей, которые во всех семьях определяют семейный климат. Конструкты «Особенности в развитии сексуальности», «Бегство в мир игр и фантазий» и «Неудавшиеся шаги к отделению от семьи» характеризуют важные области, в которых пациенты реагируют на семейный климат. Конструкт «Причина болезни» отражает субъективные представления семей о понимании болезни. Эти дополнительные конструкты тесно связаны с основным конструктом.

Основной конструкт «Нестабильная система отношений» представляет собой главный результат исследования. Он со своим семейным потенциалом конфликтов отмечен во всех семьях, хотя и в отличающейся по форме, но аналогичной степени выраженности.

Этот результат соответствует приводимым в литературе данным исследований по вопросу значимости нарушенной семейной среды при объяснении возникновения шизофрении, как это сформулировано у T. Lidz (1969), L. C. Wynne (1969), M. Bowen (1969) уже в 60-х гг. XX в., а также у P. Tienari (1994) и в более новых концепциях исследования травм (Streeck-Fischer A., 2000). Поэтому конструкт «Нестабильная система отношений» ниже будет рассмотрен подробнее.

Конструкт «Нестабильная система отношений»

Нестабильная система отношений всех семей характеризовалась покинутостью, одиночеством и утратой, сильно выраженной агрессией вплоть до издева-

тельств, расстроеными отношениями как между родителями и пациентами, так и самими родителями в форме супружеского конфликта и психическими отклонениями одного из родителей.

Так например, 5 из 6 пациентов сообщили о ранних ощущениях покинутости, 2 пациента пережили потерю матери в результате её смерти. Во всех семьях у родителей отмечены психические отклонения. У 2 пациентов они тяжело больны физически. В 3 семьях имели место угрозы самоубийства или даже попытки самоубийства родителей. Во всех семьях у пациентов были нарушены отношения как с матерью, так и с отцом. Все без исключения родители приносили в жизнь семьи собственные травмы, особенно военного времени. Представляет интерес, что во всех семьях, несмотря на очевидную агрессию и проблематику, постоянно подчёркивались аспекты «ощущения благополучия». В 5 семьях господствовали экзистенциальные страхи. Также в 5 семьях родители не отделились от своих родных семей. Никто из пациентов не получал адекватной поддержки в кризисных ситуациях.

Тот факт, что накопление отягощающих факторов в раннем детстве ведёт к психическим расстройствам, был установлен особенно в Маннхаймском проекте (Schepank H., 1987; Tress W., 1986; Reister E., 1995). Были исследованы 600 человек с целью установить частоту психически обусловленных заболеваний в здоровом населении. Важным результатом явилось выявление того, что надёжный близкий человек, который умеет смягчать проблематичные в ином случае обстоятельства, представляет собой существенную защиту психического здоровья. Это соответствует психоаналитической гипотезе, что для психического развития необходим «хороший объект в раннем детстве», как это было подробно изложено в теоретической части данной работы.

Для заболевших лиц констатировались частые отягощающие факторы детства, например, смерть или отсутствие одного из родителей, небрежное отношение, патологический характер поведения родителей, причинение ущерба, унижение, выговоры и т. д. Интересным результатом исследования явилось то, что отсутствие отца могло представлять собой позитивный фактор в том плане, что благодаря этому, в проблемном браке ребёнок не слышит споров родителей, и мать находится в его распоряжении как надёжный близкий человек (Domes M., 2000). В ретроспективном исследовании Берлинской группы под руководством Dührssen A (1967) подтвердились результаты Маннхаймского исследования (Lieberz K., 1988, 1990) о том, что при сильных нагрузках позитивная связь с матерью представляет защитный фактор. Были исследованы 103 взрослых нервнобольных, и результаты сравнивались с одинаковой по величине контрольной группой. Пациенты большей частью воспринимали своих матерей как склонных к чрезмерному контролю и чрезмерно дистанцированных. По результатам Гавайского проекта (Werner E., 1989, 1990; Werner E., Smith R., 1992), проспективного лонгитюдного исследования факторов риска и защиты, также удалось выявить факторы риска для психических заболеваний, такие как перинатальные осложнения, родительская психопатология, семейная нестабильность и хроническая бедность. В этом исследовании было установлено, что позитивная связь с близким человеком в раннем детстве представляла собой фактор защиты.

В случае исследованных в предлагаемой работе семей заметно, что для всех пациентов наблюдается большое скопление факторов риска, и сплошь и рядом отсутствует стабильный, надёжный близкий человек.

Отягощающие факторы

Например, в семье Gutenheim у пациента установлено 16 отягощающих факторов. Отношения с матерью были экзистенциально расстроены, так как она уже в прошлом совершила несколько попыток самоубийства, постоянно угрожала самоубийством и умерла, когда пациенту было 6 лет. Отец «эмоционально отсутствовал» или мог быть только товарищем по играм. После смерти матери он прервал эмоциональную связь с пациентом.

В семье Festung выявлены 14 факторов риска у пациента. Мать находилась под давлением экзистенциальных страхов и заявляла, что умрёт от какого-либо заболевания; это представлялось пациенту в раннем детстве особенно угрожающим, так как он рос в уединённом глухом месте без контактов с внешним миром. Отец большей частью был невнимательным или внушал страх и предъявлял повышенные требования в отношении успеваемости.

В семье Krebs установлено 18 факторов риска. Отношения пациентки с матерью очень осложнены. Мать с самого начала была исключительно педантична и ревнива, после рождения сына она относится к пациентке отрицательно и чрезмерно критически. Мать тяжело заболевает раком, когда пациентке было 9 лет, и обнаруживает сильные психические отклонения. Она также угрожает самоубийством. Отец был большей частью невнимательным, вызывал страх, наказывал лишением любви, был перегружен служебными обязанностями, беспомощен и предъявлял повышенные требования к успеваемости.

В семье Heilewelt — 12 факторов риска. Отношение матери к пациентке характеризуется пренебрежением и отстранённостью. Отец был недоступен для установления контакта. Он составлял единое целое с матерью и был психически болен.

В семье Leistung — 11 факторов риска. Мать проявляет отрицательное отношение к пациентке. Отец был большей частью невнимательным, внушал страх, чувство угрозы и испытывал огромные профессиональные нагрузки с собственными страхами.

В семье Wallenstein — 18 факторов риска. Отношение матери к пациентке определяется агрессией и неприязнью вплоть до угрозы со стороны матери покончить жизнь самоубийством и попытки самоубийства. Отец был большей частью невнимательным или вступал в союз с пациенткой против матери; он также угрожал самоубийством.

Анализ конструкта «Нестабильная система отношений» показывает, что семейная атмосфера характеризуется ощущениями покинутости, агрессией и страхами. Так все 6 семей обнаруживают сильную агрессию по отношению к пациентам. В 3 семьях имели место угрозы самоубийства и попытки самоубийства. В 5 семьях, по крайней мере, один из родителей проявляет большую озабоченность в отношении материальных средств семьи. 5 из пациентов уже в раннем возрасте чувствовали себя покинутыми, 3 пациента вскоре после рождения были реально разлучены с матерью вследствие своего пребывания в больнице или болезни матери. 4 пациента испытали тяжёлые утраты в связи со случаями смерти. Умирали мать, дед или бабушка. Все семьи обнаруживали конфликтные браки с большой напряжённостью вплоть до открытой агрессии.

Псевдосообщества. В своём исследовании семейной среды шизофреников L. C. Wynne, I. M. Rysckoff, I. Day и S. Hirsch (1958) обнаружили так называемые «псевдо-

сообщества», характеризующиеся ригидной, стереотипной ролевой схемой. «Самостоятельное или агрессивное поведение воспринимается как приближающаяся катастрофа» и «ролевая структура не изменяется в соответствии с потребностями членов семьи». Для предотвращения отклонений от ролевой структуры в семье создаются мифы, легенды и определенный образ мыслей. Такой идеологией может быть, в частности, подчёркивание гармонии в контексте семейных отношений.

В предлагаемом исследовании эта ригидная позиция особенно проявилась в 3 семьях: Festung, Leistung, Heilewelt. В семьях Leistung и Festung это особенно заметно по личности отца, который определяет отношение к дочери и атмосферу семьи. Его установка — это: «Твёрдые как крупковская сталь, жёсткие как дублёная кожа, проворные как борзые» (отец Leistung). В семье Festung также руководит отец «с железной дисциплиной» «сформировался ... в нацистский период» (брат Б.). Это зашло настолько далеко, что когда пациент посетил семью вместе со своей будущей женой, которая курила и этим отклонялась от нормы, то его исключили из семьи. В семье Heilewelt ригидное поведение больше исходило от матери. Мать контролировала контакты с отцом, и пациентка должна была вести себя в соответствии с представлениями матери. Она всегда помнила о том, что следует вести себя «надлежащим образом» (пациентка).

К тому же, все 6 семей имеют «идеологию благополучия»; это означает, что, несмотря на едва выносимую конфликтную ситуацию в семье, её не следует замечать и не следует отклоняться от семейной идеологии. Предположительно она служит тому, чтобы поддерживать существование «псевдосообществ».

Конфликтные отношения в семье. Т. Lidz, S. Fleck (1985) в своих исследованиях 14 семей с больными шизофренией выявили два типа расстройств супружеских отношений родителей. В семьях с больной шизофренией женой преобладают «супружеские раздоры, раскол с открытым конфликтом, пренебрежением к потребностям другого, взаимными тяжёлыми подозрениями и личностными проблемами у обоих партнеров. Матери были в отношениях со своими дочерьми неопределёнными и педантичными, дистанцированными, но без неприязни. Дочери были больше в контакте с отцом и презирали себя из-за своей идентификации с матерью. Кроме того, авторы в большинстве браков констатировали нарушения границ между поколениями; это означает, что партнеры были привязаны к своим родительским домам и, вследствие этого, создание собственного брака затруднялось или даже становилось невозможным.

Далее исследование показало, что в случае пациентов мужского пола браки характеризовались «асимметрией». Это означало, что один из партнеров подчиняется, чтобы сохранить гармонию в семье. Конфликт открыто не выражается, вследствие чего возникает нереальная атмосфера. В большинстве случаев в таких браках отец проявляет уступчивость перед доминирующей матерью и тем самым становится для сына слабой фигурой для идентификации.

Эти результаты Т. Lidz, S. Fleck (1985) отчасти согласуются с данными проведенного исследования. Установлены аналогичные типы супружеской динамики, которые, однако, нельзя было считать специфическими для определённого пола. S. R. Hirsch (1979) также не смог найти связи между полом больного шизофренией и доминированием противоположного по полу родителя.

Так, в семье Krebs в связи с ревностью с самого начала существовал открытый конфликт между родителями. Личностные проблемы особенно проявляются у мате-

ри. Вследствие ее тяжелого заболевания раком, обнаруживается психическое изменение. Семья распадается на две группировки. Мать чувствует себя состоящей в союзе с сыном, отец — с дочерью. Отец привязан к своей собственной матери. Мать критически высказывалась об отце перед детьми. В обращении с дочерью мать была педантичной и неуверенной, но одновременно проявляла неприязнь.

В семье Heilewelt нет каких-либо открыто решаемых конфликтов, но всё прикрывается, «всё поглощается» (пациентка). Отец здесь приспосабливается к матери. Отец сам психически болен и привносит собственные военные травмы. В этой семье также существует раскол, но здесь родители вступили в союз против дочери. «Они вдвоём держатся вместе, а я мешаю» (пациентка). Мать проявляет по отношению к дочери авторитет и недоступность. Оба родителя были тесно связаны с собственными родителями.

В семье Leistung нет открыто решаемых конфликтов. Мать подчиняется отцу. В семье царит раскол. Мать объединяется с детьми против отца. Отец привносит тяжёлые личностные проблемы. Мать относится к дочери скорее негативно и не знает, что с ней делать. Родители также привязаны к своим родителям.

В семье Wallenstein господствует открытый агрессивный конфликт между родителями, который всё более обострялся, становится опасным и в дальнейшем заканчивается разводом. Царит взаимное тяжёлое недоверие. У матери имеются личностные проблемы и начинают проявляться психические отклонения. Отец вступает в союз с дочерью. Дочь чувствует привязанность только к отцу. Мать относится к дочери скорее отрицательно. Родители также не отделены от своих родных семей.

В семье Festung мать подчиняется жёстким требованиям отца. Только таким путём можно сохранить брак. «Если бы мать постоянно не уступала, то брак ... наверняка распался бы» (брат Б.). В семье господствует раскол, так как мать объединяется с детьми против отца. У отца большие личностные проблемы. Для сохранения семейного равновесия и видимости благополучия дети и мать поддерживают заболевание ригидно авторитарного отца и живут в «нереальной атмосфере» (Wynne L. C, 1958). Мать в своём отношении к сыну проявляет чрезмерную заботливость и балует его. Он также чувствует себя особенно привязанным к ней.

В семье Gutenheim отец подчиняется матери. В своих дальнейших связях после смерти жены отец подчиняется женщинам и приносит в жертву сына. У матери сильные личностные проблемы, которые все члены семьи переносят вместе во имя семейного равновесия и идеологии благополучия, которую проповедуют как мать, так и бабушка. Супружеский конфликт существует, но не решается открыто. Возникает «нереальная атмосфера» по L. C. Wynne (1958). Мать, а после её смерти бабушка, чрезмерно заботятся о пациенте и балуют его. Пациент чувствует себя более обязанным матери. Эти результаты соответствуют исследованиям Y. O. Alanen и др. (1966), согласно которым матери хронически больных шизофренией лиц мужского пола были скорее чрезмерно заботливыми, тогда как матери пациенток держались неприязненно.

Супружеские конфликты. Предлагаемые результаты в отношении супружеских конфликтов у родителей пациентов с шизофренией, которые характеризуются неприязненными отношениями вплоть до открытой агрессии, согласуются с результатами других исследований, общий обзор которых даёт S. R. Hirsch (1979). Исследования в контрольных группах подтверждают, что интеракции родителей у больных шизоф-

рений более конфликтны и дисгармоничны, чем у других психически больных. М. Bowen (1969) в своём исследовании установил, что браки родителей у больных шизофренией либо обнаруживают формальный характер отношений с малым количеством открытых разногласий и неспособностью делиться чувствами и пережитым, либо в них преобладает атмосфера пререканий и угроз. В 5 из исследованных семей господствовала конфликтная, агрессивная и исполненная страха семейная атмосфера, а в семье Heilewelt — неспособность выразить чувства, в результате чего конфликты замалчивались. Однако отец два раза проявил психотическую реакцию, и это явилось выражением того, что кажущаяся гармония всё же не соответствовала положению в семье.

Ранняя покинутость. Психоаналитически ориентированные теории исходят из того, что заболевание шизофренией имеет своё начало в доэдиповом, очень раннем периоде жизни ребёнка (Searles H. F. 1965, Mahler M. 1978, Amnion G. 1979, Mentzos S., 1982, и др.). Это было также подтверждено на основе психологии развития. Если первые коммуникативные аффекты ребёнка, так называемые первичные аффекты — радость, удивление, гнев, страх, отвращение и грусть — не получают адекватного ответа от окружающих, то могут возникнуть нарушения развития (Steimer-Krause E., 2000). S. Greenspan (1982) исследовал так называемые рискованные семьи и установил, что у грудных детей, которые не обнаруживали никаких неврологических отклонений, развивались расстройства внимания и сна, когда матери или чрезмерно дистанцировались от них, или проявляли непредсказуемое и непонятное поведение. К. E. Grossmann и др. (1989), в связи с исследованием феномена привязанности, установили, что уже в возрасте 12 месяцев дети после отделения от матери больше не проявляют свои негативные чувства, если мать не может положительно отреагировать на них. Вследствие этого они избегают близости, чтобы не потерять связь с матерью. Д. Stern (1985), Р. Т. Wilson (1931), С. Z. Malatesta (1993) считают этот ранний опыт отношений непреходящим, даже если продолжается дальнейшее развитие на других уровнях. D. Stern (1985) и R. N. Emde (1998) утверждают, что нарушение процесса довербальных отношений в первый год жизни может привести к тяжёлым психическим расстройствам, прежде всего, если близкий человек эмоционально недостаточно доступен, и ребёнок получает слишком мало понятных сигналов. D. Stern (1985) при этом исходит из того, что у этих людей в дальнейшем развивается страх перед близостью, и они страдают от ощущения одиночества. E. Steimer-Krause (2000) видит здесь начало психотических страхов и проблематики зависимости и избегающего ухода в себя.

У 3 пациентов в данном исследовании связь с матерью была прервана уже вскоре после рождения, так как последние заболели маститом и детей пришлось передать на попечение родным. У Wallenstein уже тогда развилось пищевое расстройство. Gutenheim, кроме того, вследствие вывиха бедра, в 4-месячном возрасте 4 месяца провёл в больнице. Г-жа Krebs в возрасте 18 месяцев провела 8 недель в больнице из-за перелома ноги по вине бабушки. Пациенты расценивают это пребывание в больнице как очень вредное для своего развития, а Gutenheim как причину болезни. 5 из исследованных больных вспоминают об ощущении заброшенности в раннем детстве. Можно исходить из того, что нарушение связи с матерью уже имелось не только в тот период, о котором могут помнить пациенты. Кроме того, в семьях уже в это время была тяжёлая ситуация. В семье Gutenheim брак в то время был уже очень рас-

строен, кроме того, у матери были выраженные психические отклонения. Семья Festung переехала в глушь, в недостроенный дом, без контактов с внешним миром, имела экзистенциальные заботы, а мать чувствовала себя перегруженной в связи с рождением очередного ребёнка.

В семье Krebs мать была с самого начала чрезмерно тревожной и чувствовала себя покинутой своим мужем. В семье Heilewelt мать была эмоционально недоступна. У пациентки чувство, что «еще когда она была ребёнком, «о ней не заботились ... никто не проявлял внимания».

Семья Leistung в самом раннем детстве пациентки была обременена больной бабушкой, за которой ухаживали в маленькой квартире и которая умерла, когда пациентке было 6 месяцев. Отец напрягал все силы, чтобы прокормить семью. Мать сама говорит, что время было «очень тяжёлое» и она «собственно, не имела с дочерью настоящего сердечных отношений».

В семье Wallenstein брак с самого начала определялся агрессией и насилием. Отец избивал мать уже во время её беременности. Матери приходилось в основном самой кормить семью, так как отец получал образование в другом городе, и поэтому она не могла заниматься дочерью.

Исходя из этого, можно признать обоснованными приведенные выше утверждения, что пациенты уже в раннем детстве должны были привыкать к трудным эмоциональным отношениям с родителями, а матери не занимались или очень мало занимались ими.

Травматизирующий опыт в семье. В исследованных семьях все пациенты постоянно подвергались реальным травматическим воздействиям. Эта травматизация являлась результатом агрессии и применения физической силы, переживания утрат и заброшенности, результатом угроз самоубийства или смерти близких родных людей. Кроме того, в 5 случаях, по крайней мере, один из родителей привносил в семейную атмосферу собственный переработанный травматический опыт. В справочнике DSM IV - Диагностическое и статистическое руководство по душевным расстройствам IV-го пересмотра (Американская психиатрическая ассоциация, 1994) травма определяется как острая стрессовая реакция и как посттравматическая стрессовая реакция. Как типические травматические стрессоры рассматриваются непосредственно угрожающие жизни события, физическая угроза со стороны близких и / или других людей, неожиданные случаи смерти членов семьи или близких людей. В отношении тяжести травмы важное значение имеют интенсивность, продолжительность и близость этого события. Важно также, в какой мере оказывалась социальная поддержка, момент развития травмы, опыт детства и особенности личности. Эти факторы часто решают, возникнет ли как следствие травмы заболевание. В теории привязанности травматический опыт рассматривается в связи с привязанностью, которую ребёнок испытывает к близкому человеку. Травма здесь означает, что «аффективная (эмоциональная) связь прерывается вследствие продолжительных или частых разлук или вследствие смерти одного из партнеров оказывается потерянной навсегда» (Hauser S., 2001). Важно также, что сексуальные и агрессивные злоупотребления против ребёнка со стороны близких людей являются психотравмирующими. Сексуальные злоупотребления или развратные действия констатируются тогда, когда взрослый близкий человек склоняет ребёнка к совместному совершению сексуальных действий или принуждает к ним. Физическое жестокое обращение имеет место тогда, когда ребёнок под-

вергается избиениям, вследствие чего у него развивается явный страх перед этим. Но помимо побоев, как жестокое обращение рассматриваются также вызывающие страх вспышки гнева в отношении ребёнка или же угрозы. Решающее значение всегда имеет то, что у ребёнка развивается страх перед поведением взрослых (Hauser S., 2001).

L. Terr (1995) различает два типа травм: во-первых, острая и однократная травма и, во-вторых, постоянное травмирующее воздействие. При втором типе наступают стойкие аффективные нарушения, нарушения регуляции импульсов и самости. A. Streeck-Fischer (2000) обнаружила при исследовании детей и подростков с посттравматическими расстройствами психические, соматические, когнитивные и аффективные нарушения развития. По её мнению, при этом имеют место расстройства, аналогичные тем, которые предшествуют заболеванию шизофренией. Сюда относятся, например, расстройства мышления, деперсонализация, расстройства различения оптических и акустических раздражений вплоть до бредовых представлений, появление «голосов» и расстройства восприятия типа *deja vu*. Согласно A. Streeck-Fischer (2000), психотические реакции можно понимать как диссоциированные состояния сознания, которые содержат травмирующий опыт и при дальнейших нагрузках выступают на передний план.

Здесь можно указать на психоналитически ориентированные подходы к пониманию шизофрении. Н. S. Sullivan (1962) понимает шизофреническую реакцию как «операцию по обеспечению безопасности» (*security operation*, англ.) с целью отделения определённого опыта детства, который ассоциируется с выраженным страхом. F. Fromm-Reichmann (1959) также возлагает ответственность за глубокое недоверие и сильное внутреннее одиночество больного шизофренией на раннюю травматизацию.

Ниже представлены разновидности пережитого пациентами травмирующего опыта в детстве. Все 6 исследованных пациентов:

- родились в условиях стрессовой семейной ситуации. Так у всех пациентов браки родителей были осложнены проблемами и отягощены агрессией и страхом.

Дети подвергались наказаниям в форме:

- разрыва контактов,
- угроз самоубийства,
- жестокого обращения.

Кроме того, они лишились важных для них связей вследствие переезда в 3 семьях и смерти матери или любимого деда. В 5 семьях с самого начала имелись экзистенциальные страхи. У двух пациенток отмечены сексуальные злоупотребления со стороны дедов.

В семье Gutenheim брак родителей — это «катастрофа»: «До этого дело дошло только после рождения Тобиаса» (брат). Дальнейшие партнерские связи отца были агрессивно напряжёнными. Пациент провёл 4 месяца в больнице. Он перенёс угрозу самоубийства со стороны матери и её психическую лабильность. Она умерла, когда ему было 6 лет. В 9-летнем возрасте ему пришлось расстаться с бабушкой, которая постоянно угрожала самоубийством. Затем он подвергся ожесточённой агрессии и телесным истязаниям со стороны новых партнерш отца.

В семье Festung сложилась ситуация экзистенциального страха, в браке родителей доминировали напряжённые отношения. Кроме того, пациент испытывал страх потерять отца или мать в результате болезни. Отношения с отцом характеризовались

страхом, так как он часто проявлял приступы гнева. «Перед отцом я испытывал страх» (пациент), «очень много строгости, вспыльчивость» (брат Б.).

В семье Krebs брак с самого начала был очень конфликтный, отношения были напряжённые из-за ревности со стороны матери и отца. Когда пациентке было 18 месяцев бабушка, удерживая её, сломала ей ногу. Переезд в возрасте четырёх лет пациентка переживала очень тяжело, так как потеряла свою подругу детства, а после рождения брата мать начала открыто игнорировать её. Начиная с 9-летнего возраста, она испытывала угрозу потерять мать вследствие её тяжёлого заболевания. Отец угрожал ей прекращением контактов, а оба родителя — побоями. Вспышки гнева у матери были непредсказуемыми. Кроме того, она угрожала самоубийством.

В семье Heilewelt с самого начала господствовала заряженная страхом атмосфера. Отец был в вечных заботах о существовании и проявлял психотические реакции, когда пациентке было 4 года. Мать наказывала её лишением контактов. Пациентка воспринимала семейную атмосферу так, как если бы она «после рождения попала во что-то чёрное», где «рядом никогда никого не было». Конфликты родителей не обсуждались открыто, но «замалчивались» (пациентка). Возникла диффузная атмосфера, которую трудно было понять. Уже в раннем детстве страхи были для неё настолько явными, что она уходила в другое состояние. «Страх превращал меня во что-то другое» (пациентка).

Семья Leistung испытывала с самого начала экзистенциальные страхи. Пациентка страдала от постоянного страха из-за вспышек гнева и угрозы телесных наказаний со стороны отца. Она пережила утраты вследствие переезда в 5-летнем возрасте. «Больше не могла убежать из этой атмосферы» (пациентка). Когда ей было 6 лет, после рождения ее сестры, мать отвернулась от неё. Она и до этого не особенно любила пациентку. Кроме того, любимый ею дед стал совершать в отношении неё сексуальные злоупотребления.

Семья Wallenstein также с самого начала испытывала экзистенциальные заботы. Брак был отмечен страхом и агрессией: «...поженились в субботу утром... а вечером он меня побил, после этого брак для меня уже не существовал» (мать). Мать относилась к пациентке неприязненно, била её «выбивалкой для ковра и поварёшкой», и грозила «воспитательным домом» и ругала её, что дочь переживала тяжелее, чем сами побои. В результате нескольких переездов пациентка перенесла потерю важных для ней лиц. Травматически подействовала на неё внезапная смерть деда. Она беспомощно наблюдала пререкания родителей. После того как ей исполнилось 9 лет, родители угрожали друг другу самоубийством, пока дело не дошло до развода; пациентке в это время было 13 лет.

Если рассматривать это вышеописанное угрожаемое положение пациентов как результат перманентно непредсказуемых действий со стороны близких значимых лиц, в агрессивной семейной атмосфере, то можно считать подтвержденными исследования А. Streek-Fischer (2000) относительно влияния травмирующего опыта на развитие шизофрении у этих людей.

Последствия травм детского возраста исследовали S.-W. Ellason, C. A. Ross (1997) и нашли значимую связь между физическими и сексуальными злоупотреблениями в детстве и позднейшими психотическими расстройствами.

В связи с продолжительным травматическим опытом пациентов представляется важным то, что в тяжёлых и кризисных ситуациях они не получали от семьи адекват-

ной эмоциональной поддержки. Кроме того, представляется важным, что на пациентов воздействовали не только отдельные травматические эпизоды, но вся в целом с трудом поддающаяся осмыслению, перманентно вызывающая страх, агрессивно-напряжённая семейная атмосфера, которая не давала возможности стабильной ориентировки и ограничения, но удерживала их в постоянном лабильном, исполненном страха состоянии. Эти данные о доминировании устойчиво агрессивной и наполненной страхом семейной атмосферы литература по этиологии шизофрении оставляет без внимания.

Конфликт нескольких поколений

В последние годы в литературе приводятся указания на передачу психических травм следующим поколениям так называемая трансгенерационная передача или трансгенерационное наследование (Faimberg H., 1993, Doumas D., Margolin G., John R. S., 1994, Racamier P. C., 1995, Fonagy R., 1998, и др.). Многие авторы описывали передачу экстремального травматического опыта лиц, переживших холокост. Уже K. R. Kisker (1961), U. Venzlaff (1968) НМ. Kestemberg (1995) подчеркивали влияние экстремального травматического опыта применительно к психотическим манифестациям у лиц, перенесших холокост. N. Link, B. Victor, R. Binder (1985), I. Kogan (1995), M. M. Olinier (1995), указывают на причинную связь между травматическими переживаниями этих лиц, и психотическими расстройствами во втором и третьем поколениях.

Передачу травматических переживаний многие авторы рассматривают как причину психотических расстройств в поколении детей. Однако до настоящего времени только немногие исследователи ставят вопрос о том, в какой мере стрессовые обстоятельства передаются дальше в семейной среде и приводят к психотическим расстройствам (Steimer-Krause E., 2000). R. Fonagy (1998) усматривает возможную причину этого в том, что родители пытаются преодолеть собственные травмы путём чрезмерной заботливости и контроля в отношении детей.

В предлагаемом исследовании родители обнаруживали травмы военного времени, которые они не переработали и передали дальше своим детям. Оказалось также, что они сами не отделились от своих родителей.

Военные травмы родителей

В 5 из 6 исследованных семей имели место военные травмы родителей. В семьях, в которых отцы перенесли серьёзные военные травмы, Festung и Leistung было заметно, как они старались путем давления и жёстких правил делегировать семье свой непреодоленный опыт. В семье Heilewelt отец проявил психотическую реакцию: «у отца жили военные воспоминания» (пациентка). Вследствие этого в отношении дочери он был недоступен для контактов, и она, как и отец, находилась под контролем матери.

В 3 семьях матерям пришлось бежать из родных мест, или они были изгнаны отсюда, как это произошло с семьями Festung, Heilewelt и бабушкой г-на Gutenheim; они проявляли либо чрезмерную заботливость и властность, либо отчуждённость.

В семьях Festung, Heilewelt и Leistung отцы пережили серьёзные психические травмы, побывали в плену, были тяжело ранены (Festung), или их родители были изгнаны из родных мест или стали беженцами. Двое из отцов передавали своим детям жёсткий, почти фашистский стиль воспитания. У отца в семье Heilewelt, из-за переработанных переживаний, возникла психотическая реакция.

В семье Gutenheim родители не были непосредственно затронуты травматическим военным опытом, но бабушке пришлось покинуть родину, а мать пациента была внебрачным ребёнком солдата, с чем было связано много проблем.

В семье Krebs члены семьи отца были беженцами и поэтому держались исключительно сплочённо. Бабушка со стороны отца была вдовой военного времени, у неё был особенно тесный контакт с отцом пациентки. Это приводило к напряжённости в браке родителей (ревность).

В семье Wallenstein отец, вследствие отсутствия деда во время войны, был особенно привязан к матери. Он «испытывал страх перед своим собственным отцом», когда тот вернулся с войны (пациентка). Дед часто вмешивался в дела отцовской семьи.

Неотделенность родителей от их родных семей

Во всех исследованных семьях родители были очень привязаны к своим семьям и чувствовали себя особенно ответственными за родителей, братьев и сестёр. Нарушения границ поколений отличались также в исследованиях T. Lidz, A. Cornelison, St. Fleck, D. Terry (1969). Родители ещё были сильно привязаны к родному (родительскому) дому, что затрудняло для них создание собственной семьи.

L. Ciompi (1982) рассматривает процесс возникновения шизофрении, исходя из факта совместного проживания нескольких поколений. Он констатирует недостаточное разграничение между родителями и детьми в этих условиях и то обстоятельство, что родители привносят в семью нарциссические дефекты, которые определяют выбор партнеров. Конфликты не разрешаются открыто, не происходит реальных конфронтаций, и если партнер больше не обеспечивает в достаточной мере нарциссическую компенсацию, то её ищут у детей.

В 6 исследованных семьях эта неотделенность родителей от своих родных семей выглядела следующим образом. Семья Gutenheim была тесно связана с семьёй матери. Первого сына до 5 лет воспитывали дед с бабушкой. Отец навёрстывал упущенное в детстве и позволял своим тестю и теще окружать себя заботой. При рождении второго сына мать также жила у своих родителей. Между бабушкой и матерью имелся неразрешённый конфликт в связи с внебрачным рождением последней. В семье Krebs отец был не отделён от его собственной матери, что разжигало непримиримое соперничество между его супругой и свекровью. Мать «всегда чувствовала, что она находится на втором месте» (тетка). В семье Leistung мать была очень тесно связана со своей семьёй. Бабушка была «господствующим элементом» (тётка). Хотя семья Festung и жестко отграничилась на «острове», но сестра отца была «моральной инстанцией» семьи (пациент). Семья Wallenstein имела тесную связь с семьёй отца, которая заходила настолько далеко, что дед и бабушка вместе с родителями выбирали имя для ребёнка — отец с бабушкой, а мать со свёкром. В семье Heilewelt дед и бабушка долгое время жили вместе с семьёй.

Декларирование семейного благополучия

Механизм, аналогичный «Имитации семейного благополучия и отрицания чувств», который встречался во всех исследованных семьях, был обнаружен также в ходе исследования L. C. Wynne, I. M. Ryckoff, J. Day, St. J. Hirsch (1969) в семьях с больными шизофренией в связи с так называемыми «псевдосообществами». Этот механизм затрудняет пациентам отграничение их идентичности. Один из этих механиз-

мов — это создание мифов, легенд и идеологий. Другой механизм — это особое выделение идеологии, согласно которой, во всех отношениях в семье царит гармония. В эту жесткую семейную систему только с трудом можно интегрировать отличающиеся влияния внешнего мира.

Агрессия, супружеские трудности или психические проблемы родителей, страх, агрессия и чувства печали при утратах в исследованных семьях игнорируются и не перерабатываются, а пациентам заявлялось, что всё якобы было в порядке, и детство было прекрасным, и они выросли в благополучных условиях. Как проявление контрпереноса при проведении интервью с отдельными членами семей представлялось то же самое. Вызывало удивление, как при таких достойных любви матери, бабушке или отце пациент мог заболеть. Только при анализе и сопоставлении высказываний всех членов семей были видны масштабы деструкции, которая царила в каждой отдельной семье, хотя и в различном выражении.

В семье *Gutenheim* бабушка считала, что до смерти матери пациента всё было в порядке. «Собственно говоря, всё было хорошо,... мой Хельгард был как солнечный луч». Отец также заявляет, что, с его точки зрения, у пациента было «прекрасное детство», а пациент считал, что до 6 лет у него было «замечательное детство».

С точки зрения пациента семья *Festung* представляла собой идеальную большую семью: «это райское состояние ... большая семья».

В семье *Krebs*, по выражению брата пациентки, родители всегда «разыгрывали благополучие».

В семье *Leistung*, по словам тётки, царили «райские отношения».

В семье *Heilewelt*, как выражается пациентка, «всегда, для посторонних и своих разыгрывалось благополучие».

В семье *Wallenstein* это выражает мать: «Дочь была здорова и в порядке до развода».

Понятно, что вследствие «феномена семейного благополучия пациенту было трудно правильно воспринимать семейную динамику, отграничиться или вообще отделиться.

В заключение обсуждения конструкта «Нестабильная система отношений» следует ещё раз отметить, что этот основной стержневой конструкт (*Kernkonstrukt*) как результат исследований имеет центральное значение, так он показывает, что не только отдельные травматические эпизоды, а также накопление факторов риска сделали семейную обстановку столь ответственной за патологическое развитие. Скорее сама жизнь детей с самого рождения, в этой пугающей, агрессивно напряжённой и отчуждённой семейной атмосфере является патогенной и «сводящей с ума». Так как дети ориентируются с большим трудом, то отсутствовала регуляция близости и дистанции (*Mentzos S.*, 1992), и трагическое сочетание едва выносимой семейной атмосферы, непрерывных травмирующих эпизодов и трудных отношений с окружающими заставляет предполагать, что спастись можно было только бегством в другой мир или в так называемое «сумасшедствие» (*Ciompri L.*, 1982). В детстве многие из пациентов уже хотели убежать, или в возрасте 4-5 лет у них появлялись мысли о самоубийстве, как например у г-на *Gutenheim*. В нестабильной системе отношений не было надёжного близкого человека; перенесенные травмы, например, переезд или смерть, тяжело действовали на детей, не видевших достаточной надёжности в семейных отношениях, и приобретали экзистенциальное значение, не поддающееся проработке.

Необходимо вкратце остановиться на вопросе, почему заболевали именно наши пациенты, а не их братья и сестры. Это можно понять, исходя из более стабильной ситуации отношений, если таковая существовала. Если её не имелось, то братья и сестры также обнаруживали психические отклонения или заболевали. В семьях Heilewelt и Wallenstein пациенты были единственными детьми. В семье Gutenheim старший брат (старше на 6 лет) вырос в доме бабушки, которую он воспринимал как «хорошее значимое лицо». В его раннем детстве между родителями ещё не возникали конфликты. В семье Leistung сестры имели психические отклонения (наркомания и самоповреждения). В семье Festung следующий по старшинству брат, который после постройки дома рос вместе с пациентом в изолированной, подобно острову, атмосфере, имел трудности в контактах и в поведении. В семье Krebs мать однозначно предпочитала младшего брата; который установил с ней более стабильные отношения.

Рассматриваемые в заключение конструкты «Отклонения в развитии сексуальности», «Неудавшиеся шаги по отделению от семьи», «Бегство в мир игр и фантазий», «Причина болезни» тесно связаны с основным конструктом.

Конструкт «Отклонения в развитии сексуальности»

В исследованиях семей с больными шизофренией область сексуальности в значительной степени не принималась во внимание. Правда, М. Bleuler (1972) говорит о том, что больные шизофренией чаще, чем население в среднем обнаруживают «не-эротический образ жизни», и исходит из того, что сексуальность воспринимается как опасная. W. Kretschmer (1967) в связи с больными шизофренией и сексуальностью указывает на их жеманное неведение или инфантильные представления. Но Е. Schorsch (1967) видит наряду с пациентами, которые проявляют аутистическую сексуальность, также группу пациентов, практикующих промискуитивную сексуальность. С. Buddeberg, В. Buddeberg (1978) в связи с этим констатируют, что «в зависимости от того, чувствует ли психотически фрагментированное «Я» угрозу со стороны этих ставших в значительной степени автономными внутренних объектов или своё превосходство в силе, происходит торможение или же соответственно растормаживание сексуальных влечений». Р. Federn (1927) уже детально останавливается на расстроенном чувстве телесного «Я» у больных шизофренией и видит связь с отчуждением. Однако он также не устанавливает какой-либо прямой зависимости с семьей.

В исследованных семьях бросается в глаза, что вообще проявления сексуальности являлись табуизированной темой и были окружены запретами. Просвещение не проводилось ни в одной из семей. В исследовании 100 психотических больных Н. Lindinger (1963) установил, что пациенты не получали просвещения. В семьях Gutenheim и Krebs пациенты воспринимали сексуальность родителей со страхом. Родители не обнаруживали взаимной нежности или телесного контакта перед детьми (Gutenheim, Festung, Heilewelt, Leistung, Wallenstein). Родители г-на Festung и г-жи Wallenstein после рождения пациента больше не имели друг с другом сексуальных контактов. Две пациентки испытали сексуальные злоупотребления со стороны своих дедов. Г-жа Krebs по этому поводу сказала, что он её «всегда так хватал...я думала... это игра ... это делают так все» (пациентка). «Похоть прямо была у него в глазах», «бабушка уже поняла, что тут происходит» (брат). Брат также подозревал, что отец совершал «развратные действия в отношении пациентки, когда она была ребёнком». Она сама в возрасте 14 лет ещё сидела у отца на коленях, и воспринимала это

«очень своеобразно, эротично». Позже у пациентки как перед сексуальными действиями, так и после них, возникали состояния страха. Г-жа Leistung предполагает, что в детстве она перенесла сексуальные злоупотребления со стороны своего деда. «Бабушка вытащила меня из постели моего дедушки».

Телесные изменения в пубертатный период две пациентки воспринимали как угрожающие и были преисполнены страха. Г-жа Heilewelt опасалась рака груди и в пубертатном возрасте перенесла операцию по поводу мастопатии. При первой менструации она боялась, что истечёт кровью. Г-жа Wallenstein также была испугана и связывала менструацию с раком. Гомоэротические тенденции в подростковом возрасте проявлялись только у г-на Gutenheim. У пациентов, которые онанировали, было чувство вины. Это имело место в случаях г-на Gutenheim и г-на Festung. Г-жа Leistung испытывала чувство стыда уже когда она ухаживала за своим телом.

В целом в этих семьях отсутствовал позитивный телесный контакт; сексуальность была чем-то запретным, связанным с чувством стыда и со страхом, и на эту тему не разговаривали.

Конструкт «Бегство в мир игр и фантазий»

После изображения ситуаций заброшенности и травматических эпизодов, которые испытывали пациенты, включённые в данное исследование, кажется, что этот конструкт описывает разновидность самопомощи или защитного механизма, или попытку бегства из напряжённой атмосферы. В литературе по шизофрении неоднократно описывалась симптоматика, которая понималась как стратегия преодоления, вид креативной защиты или попытка самоспасения (Muller M., 1930). W. Janzarik (1959) рассматривал эту симптоматику как стабилизирующую. Исследователи — сторонники теории семьи и системной ориентации — объясняли шизофренические симптомы как реакцию преодоления в связи с расстройённой семейной коммуникацией (Bateson G. et al., 1956; Lidz T., Cornelius A., Fleck St., Terry D., 1957; Watzlawick P. et al., 1982). G. Ammon (1979) понимает психотическую реакцию как защитное поведение против опасности утраты «Я» и идентичности. S. Mentzos (1998) представляет шизофренические симптомы как патологическое урегулирование проблематики близости и дистанции. H. U. Lange (1981) указал на стратегии адаптации и реакции преодоления у 616 больных шизофренией. W. Bocker и соавт. (1984) обнаружили при исследовании пациентов с шизофренией, что они предпринимали проблемноцентрированные компенсаторные усилия. S. E. McNelly, J. O. Goldberg установили в своём качественном исследовании больных шизофренией, что они выработали специфические когнитивные стратегии преодоления, для того чтобы устранять симптомы. Одну из этих стратегий они описали как «Coping-Self-Talk».

В семейных исследованиях о так называемых семьях, приводящих к шизофрении, не уделялось должного внимания другим способам преодоления травматического опыта и страхов. В предлагаемом исследовании обнаружилось, что все дети создавали себе прибежище либо в особом мире игр, либо в фантастических историях, мечтаниях или в экстремальных видах спорта.

Так в случае г-на Gutenheim особенно заметно, как игры были компенсацией за угрозы матери покинуть его. «Мама, ты не должна нас покидать.. больше ничего не помню, только знаю, что мы очень много играли». После смерти матери он много занимался спортом. Потом, будучи подростком, жил в своём «собственном мире».

Г-н Festung создал себе собственный мир мечтаний и уже в детстве этим обращал на себя внимание. Г-жа Leistung и г-жа Heilewelt особенно охотно уходили в мир сказок, а г-жа Heilewelt в детстве, испытывая страх, «превращалась во что-то другое». Г-жа Krebs и г-жа Wallenstein также воспринимали игру как уход в спасительный иной мир. В случае г-жи Wallenstein особенно заметно, как она таким способом преодолевала свой страх. Она «никогда не боялась ... потому что рядом всегда были другие дети, с которыми я очень много играла».

Конструкт «Неудавшиеся шаги по отделению от семьи»

Можно установить связь между результатами этого конструкта и пониманием этиологии в психоаналитических концепциях. Многие психоаналитические концепции рассматривают шизофрению как симбиотическое заболевание с проблематикой отграничения и зависимости (Searles H. E., 1965, Mahler M., 1975; Mentzos S., 1982, и др). Н. Stierlin (1982) также указывает на проблематику «Привязанность или отторжение, а М. Bowen (1969) подчёркивает, что, вследствие продолжения симбиотической связи с матерью, собственное «Я» развивается в недостаточной мере, и в результате такие люди остаются беспомощными. При этом особое, значение приписывается пубертатному периоду. Уже в раннем детстве в исследованных семьях в отношении пациентов преобладали симбиотические отношения с чрезмерной заботливостью, избалованностью или пониженными требованиями и ригидностью, что допускало только лишь неясное развитие границ пациентов. Соответственно, шаги к отделению в детстве при посещении детского сада и школы уже были связаны с большими страхами. При наличии требований к идентичности в пубертатном возрасте часто следовала психотическая реакция как разновидность неудавшейся попытки отделения. Результаты этого конструкта тесно связаны с конструктами «Нестабильная система отношений» и «Конфликт нескольких поколений». Как это определяет «идеология семейного благополучия», ребёнок не должен замечать конфликтную ситуацию в семье, которая находится в его распоряжении для развития только как нестабильная динамика отношений. Родители уже привносят из своих семей неотделенность, а также свои непереработанные травмы, и передают их пациентам. В связи с конструктом «Неудавшиеся шаги по отделению от семьи» в настоящем исследовании показано, что проблематика отграничения начинается уже в раннем детстве. В 4 семьях имели место пониженные требования к пациентам с избалованностью и чрезмерной заботливостью со стороны матери, а в двух семьях — пониженные требования и сверхпедантичность со стороны матери. Так к г-ну Gutenheim ни мать, ни бабушка не предъявляли соответствующих его возрасту требований; его отец говорит, что сын «воспитывался, не зная границ». Г-на Festung «особенно баловали» (брат Б.), и он был «под присмотром матери ... в кухне» (пациент). К г-же Leistung мать предъявляла пониженные требования, она была «как наседка» (отец), а он (отец) требовал слишком многого в отношении школьной успеваемости. К г-же Wallenstein мать также предъявляла мало реальных жизненных требований. У г-жи Krebs и г-жи Heilewelt были очень тревожные матери, которые держали их под контролем. Г-жа Heilewelt говорит, что «эпилептоидность передалась». У г-жи Krebs, «вследствие этого ограничения,... развилась неуверенность в поведении».

При выходе из семьи в окружающий мир — в связи с посещением детского сада и затем школы — трудности отделения становятся заметными. В литературе уделя-

ется очень мало внимания значению детского сада и школы для развития и отделения больных шизофренией. Г-н Festung и г-жа Heilewelt не посещали детский сад, потому что их матери не работали. Г-жа Krebs г-жа Leistung испытывали в детском саду выраженные страхи. Г-жа Wallenstein сопротивлялась, когда её отводили в детский сад. Только г-н Gutenheim сохранил положительные воспоминания о детском саде. В школе все дети обнаруживали страх перед контактами и неуспеваемость вплоть до страхов перед школой с соматическими жалобами.

Пубертатный период многие авторы рассматривают как особенно трудную фазу развития, так как она означает границу, на которой происходит отделение от родителей, а также деидеализация их ценностей и идеалов, и взрослеющие подростки должны осваиваться с темой сексуальности и изменяющимися дружескими отношениями (Mertens W., 1996). На этом пороге часто происходит первая манифестация шизофрении. L. C. Wynne и соавт. (1969) указывают на то, что здесь совершается изменение привычной ролевой структуры, и это вызывает непреодолимый страх и чувство вины, и поэтому может развиваться острая шизофреническая дезорганизация. M. Bowen (1969) видит причину психотической реакции в подростковом возрасте в симбиотической привязанности к матери; дестабилизируется неустойчивый гомеостаз, и у всех развивается страх. Подросток теперь из беспомощного ребёнка превращается в плохо функционирующего молодого взрослого человека. G. Ammon (1974) также исходит из того, что в пубертатном периоде, вследствие сексуальных и социальных требований к идентичности, в результате открытой психотической реакции дело может дойти до взрыва симбиотической семейной ситуации. H. Hafher (1990) установил, что 46 % мужчин и 35 % женщин с шизофренией в пубертатном периоде обнаруживали первые манифестации психотических симптомов. M. Elzer (1992) констатирует кроме того, что многие дети терпят крушение в кризисах подросткового возраста, и здесь латентный психоз может стать манифестным. M. Laufer (1986) понимает проявление психоза в пубертатном периоде как неспособность к преодолению инцестуозных желаний и выражение того, что подросток воспринимает сексуальное как угрожающее. Проблематика отделения и способность родителей испытывать по этому поводу печаль, также имеют значение (Mertens W., 1996; Zetzel E., 1974). Но коммуникативность родителей и их возможность разрешать проблемы также играет важную роль. Это определила H.-E. Schreer (1995) при исследовании 63 семей с подростками в возрасте от 13 до 18 лет и нашла значимую связь между недостаточной коммуникативностью родителей и их способностью к разрешению проблем и конфликтностью в отношениях между подростками и родителями.

В предлагаемом исследовании все пациенты уже в пубертатном периоде обнаруживали отклонения и симптомы. Отделение от семьи при доброжелательной поддержке старших не удалось, и поэтому пациенты реагировали проявлением симптомов, которые могут пониматься как неудавшиеся попытки освобождения. Г-н Gutenheim в пубертатном возрасте ушёл в себя и обнаружил «тяжелую депрессию». В этот период он тайно обращался к психиатру-женщине. Здесь можно распознать преодоленные гомосексуальные желания, так как он очень тяжело реагировал, когда его побил один подросток. Ситуация в семье как раз в пубертатном периоде была для него очень тяжелой. Отец находился в агрессивно напряженных отношениях с партнершей, которая «сломала» пациента (бабушка). Когда его в 17 лет отправили в интернат, у него возникла психотическая реакция. Г-н Festung в пубертатном возрасте

отличался в школе необычным поведением. После школы ему не удалось поступить на обучение по любимому предмету. Его отделение от родительского дома путём женитьбы на женщине, которая не отвечала семейным идеалам, поставило перед ним неразрешимую дилемму, и при разводе возник психотический эпизод. Г-жа Krebs в пубертатном периоде пила алкоголь, чтобы заглушить «состояния страха, в том числе преследования». В 18 лет она уже предпринимала попытки самоубийства и реагировала психотически. Сексуальность также вызывала у неё страхи.

В периоде сексуального развития у г-жи Heilewelt в пубертате возникла мастопатия, она злоупотребляла алкоголем, реагировала психотическим образом. Когда ей было 14 лет, психотическая реакция была у ее отца.

Г-жа Leistung имела тяжёлые столкновения со своим отцом вплоть до того, что он начал её душить. В 14 лет она думала о самоубийстве, испытывала «безумный страх перед жизнью» и поэтому в 19 лет нашла убежище в замужестве. В 12 лет у нее были «неконтролируемые вспышки ярости». После развода с мужем и смерти бабушки, которая была для неё «доброй матерью», у нее в 34 года возникла психотическая реакция.

Родители г-жи Wallenstein развелись, когда ей было 13 лет. Она чувствовала, что полностью находится во власти матери и в 15 лет совершила попытку самоубийства, чтобы освободиться от неё. После её переселения от матери в возрасте 18 лет, она жила поблизости, и мать продолжала ей помогать. На разрыв с другом она реагировала психотически. Дружеские связи и контакты детей вне семьи родители в 5 семьях из 6 исследованных не поддерживали и оценивали критически и даже неприязненно.

Конструкт «Причина болезни»

A. Retzer, F. B. Simon (1998) считают, что когда заболевание сводится к биологическим причинам, тем самым снимается вина с семьи.

В данном исследовании внутрисемейные конфликты хотя и назывались в качестве причины болезни, но делали это пациенты. В остальном причины болезни перекладываются на внесемейное окружение или сводятся к генетическим факторам. Кроме того, вина возлагается на самих пациентов в связи со структурой их личности или «неправильным» образом жизни. В целом члены всех семей, за исключением одного отца, отвергают свою вину. В 5 семьях, в которых внутрисемейные аспекты рассматриваются в качестве возможного объяснения заболевания, 4 из пациентов — г-н Gutenheim, г-н Festung, г-жа Leistung и г-жа Heilewelt видят в качестве причин конкретные семейные обстоятельства. Г-н Gutenheim называет в этой связи раннюю ситуацию отделения вследствие пребывания в больнице, а также то, что отец потом отправил его в интернат, но, особенно, неприязненное отношение партнерш своего отца. Г-н Festung видит причину в слишком сильной привязанности к матери. Г-жа Leistung связывает своё заболевание с историей детства и с ситуацией утраты после смерти деда и бабушки, а г-жа Heilewelt связывает своё заболевание с проблемной семейной атмосферой. В случае г-жи Krebs у нее нет теории в отношении причины её болезни, хотя отец, брат и тётка называют внутрисемейные обстоятельства и особенно возлагают ответственность на болезнь матери. В случае г-жи Wallenstein родители и пациентка не рассматривают какой-либо внутрисемейной основы её заболевания, но видят только непосредственную причину его. В семье г-жи Heilewelt делают попытку возложить вину на пациентку из-за её нездорового образа жизни и перегру-

женности работой. У г-на Festung мать и брат видят причину болезни во внесемейных связях, особенно в неудачном браке. В семье Gutenheim пациент, бабушка и брат видят основную причину в отношениях, которые извне вторгаются в семью, конкретно через партнершу отца после смерти матери. Здесь можно предположить, что в семьях пациентов мужского пола, которые характеризовались особенной привязанностью к матери или бабушке, связь с внешним миром допускалась только с трудом. Генетических причин не видит ни один из пациентов, в трёх семьях только отдельные члены семьи допускают генетические причины. У г-на Gutenheim это отец, у г-на Festung брат и у г-жи Leistung — мать. Случаи смерти только в семье Gutenheim рассматриваются в качестве причины заболевания шизофренией. Однако вина возлагается на мать, когда утверждается, что пациент похож на неё. Из всех семей только в одной семье Leistung отец считает, что он может иметь отношение к болезни дочери. Он её «слишком мало хвалил».

Из описаний причин болезни становится понятно, что, как и прежде, в структуре семьи ничему не позволено изменяться. Конфликты в семейной среде замечать нельзя. Трудности делегируются во внешний мир, это особенно заметно у матерей, бабушек, но также и у большинства отцов. Пациенты не смеют видеть все проблемы в семье, хотя 5 из них понимают причину болезни в том числе и как внутрисемейную. Это может быть также связано с началом терапии.

Резюме и перспективы

Резюмируя, можно сказать, что, хотя все опрошенные семьи представляются гетерогенными, и их бытовые условия весьма различны, всё же полученные данные и результаты этого исследования — особенно нестабильная ситуация отношений с реальной травматизацией, а также постоянная напряжённость в форме страха, агрессии и отсутствия надёжного близкого человека — кажутся в этих семьях сходными. Кроме того, во всех семьях можно констатировать значительные трудности при попытках отделения, табу на сексуальность и конфликт власти.

Нестабильная система отношений при отсутствии надёжного близкого человека не допускает уверенного развития личности ребёнка. Травматизация, вследствие постоянно внушающей страх и агрессивно напряжённой ситуации в семье, не даёт ребёнку возможности выработать прочную ориентацию и отграничение. Будучи ребёнком, он мог ещё найти убежище в мире игр и фантазий, как это выразил в ходе исследования один из пациентов. Подросток затем спасается в так называемом «сумасшествии» (Ciompi L., 1982). F. Fromm-Reichmann (1959) также рассматривает с этой точки зрения психотическую реакцию как доступную для понимания: когда человек достигает меры переносимого, он спасается бегством.

Результаты данного исследования приводят к заключению, что опыт травм и отношений в семье больных шизофренией, поскольку это касается психических и физических последствий, оказывал воздействие на всё развитие пациента. Таким образом, заболевание можно понимать психодинамически в плоскости динамической психиатрии, через социально-энергетическое и групподинамическое деструктивное и дефицитарное воздействие семьи.

Если понимать заболевание как реакцию и попытку преодоления угрожающего и невыносимого опыта, то соответственно можно ввести в действие лечебные методы. Это понимание могло бы способствовать освобождению заболевания от его по-

стулата непостижимости и противодействию общественной стигматизации больных с диагнозом шизофрении. Существенный аспект, затронутый в данном исследовании, — это проблематика поколений. Оказалось, что многие из обследованных родителей привносили в семью собственные непреодоленные травмы, особенно военного времени, которые они передавали своим детям. С этой точки зрения, прежние работы по исследованию шизофрении кажутся недостаточно репрезентативными. Исследования в отношении семей пациентов могли бы оказать большую помощь и способствовать пониманию их конфликтов. Так как результаты предлагаемого исследования говорят в пользу значения семейных факторов при возникновении шизофрении, а шизофреническую реакцию можно понимать как нечто вроде бегства из психически непреодолимой семейной атмосферы, то важный практический вывод заключается в том, чтобы ещё больше вовлекать в диагностику и лечение семейное окружение раннего детства. Другим практическим выводом является, например, профилактический подход, который мог бы выражаться в поддержке эмоционально сильно обремененных родителей. По крайней мере, один из исследованных родителей сам имел психические отклонения. Здесь раннее начало работы с родителями уже у педиатров, в детских садах и школах определённо являлось бы подходящей профилактикой с целью противодействия патологическому развитию детей. Родители имели мало контактов вне семьи, поэтому расширение семейного поля путём включения в него профессиональных, стабильных контактных лиц также способствовало бы развитию ребёнка.

В этой связи речь должна идти не о том чтобы устанавливать чью-то вину или, например, в духе F. Fromm-Reichmann (1959) вместо понятия «шизофреногенная мать» создавать понятие «шизофреногенная семья», но о выявлении причин и разработке альтернатив для профилактики и оказания помощи семьям.

Предлагаемое исследование обосновывает понимание шизофрении с динамико-психиатрической точки зрения и логично влечёт за собой лечение, основывающееся на возмещающем конструктивном социально-энергетическом поле, как это практикуется в Клинике Ментершвайге.

7. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ Г. АММОНА

7.1. Методы психотерапевтического воздействия

7.1.1. Милие-терапия (терапия средой)

Основы милие-терапии были заложены Е. Simmel в 20-е гг. XX в. в первом психоаналитическом санатории в берлинском районе Тегель. В нем находились преимущественно больные с нарциссическими неврозами, которых тогда именовали психопатами и которых S. Freud считал неподдающимися лечению.

Гипотеза милие-терапии вначале относилась к теории гештальтов, в которой две системы встречаются и воздействуют друг на друга. На одной стороне — система пациента, замкнутая вследствие конфликтной обусловленности, а на другой — система милиетерапевтического поля. Вследствие этого, патология «Я» и социальное поле противостоят друг другу. W. Kohler считал в этой связи, что пациент при милие-терапии является частью «динамического целого».

Эта концепция была принята и далее развита К. и W. Menninger (1942) и внедрена в госпитале памяти К. Ф. Меннингера (K. F. Menninger Memorial Hospital) в Топике, США.

В качестве еще одного пионера милие-терапии можно назвать А. Freud, которая через разработку специфического детского анализа (1945-1965) дала импульс развитию современной терапии средой. А. Freud исходила из того, что терапия детей требует нового подхода, и модифицировала психоаналитическую технику. Аналитик стал для ребёнка партнером по игре в пределах игрового мира, который напоминал его жизненную ситуацию. В современной милие-терапии специалисты активно включаются в милиетерапевтическую работу и, как при детском анализе, среда отображает жизненную ситуацию пациента.

C. Müller-Braunschweig (1926), говоря о механизмах действия милие-терапии утверждал, что сублимация достигается через идентификацию, и это происходит путём нейтрализации, которую он в этой связи образно обозначал как мост. Цель состоит в том, чтобы пациент воспринимал действительность по-новому, т. е. вне его прежнего опыта. Милие-терапия инициирует процессы идентификации и нейтрализации, которые ведут к сублимации нарушенных влечений. Структура терапии в виде рабочих проектов предоставляет объекты для идентификации.

G. Ammon (1959), который в 1956-1965 гг. работал в клинике в Топике, создал Я-психологические и групподинамические аспекты милие-терапии и вновь внедрил ее в Клинике Ментершвайге в Мюнхене, относясь с особым вниманием к её ценности как формы терапии, при которой проявляются социально-энергетические и группо-

динамические процессы и оказывают целебное действие. В качестве концептуальных предпосылок здесь можно назвать теорию поля К. Lewin (1951), теорию систем N. Luhmann (1969) и психоаналитическую психологию «Я» (Hartmann H., Kris E., Loewenstein R., 1946).

Согласно D. Rapaport (1958), одному из сотрудников братьев К. и W. Menninger, среда способна устанавливать автономию по отношению к Id; Id, напротив, утверждает свою автономию по отношению к среде. Равновесия автономии можно достичь тем, что при посредстве нацеленной стимуляции из внешнего мира автономия Оно уменьшается. Таким образом милие-терапия могла бы оказывать регуляторное действие на автономию «Я», особенно когда эти механизмы парализованы.

Первоначально милие-терапия предназначалась больным, которые страдали нарушением либидо (Menninger K., 1933, 1942; Menninger W., 1932, 1942). При этом надлежало мобилизовать конструктивные силы либидо и помочь пациенту приобрести способность сублимации. Сторонниками либидо-теоретического аспекта милие-терапии в начале 30-х гг. XX в. были К. и W. Menninger. Пациенты с показаниями для милие-терапии рассматривались как больные с нарушенной Я-регуляцией, которые не в состоянии рефлексировать свою проблематику и вместо этого реагируют действием (Menninger K., 1952). Поскольку анализ их конфликтов имел следствием усиление отреагирования, считалось целесообразным найти возможность, чтобы соединить вместе терапевтическую и жизненную ситуации. Жизненную ситуацию пациента следовало поставить под терапевтический контроль и тем самым сделать её частью лечебного процесса. Так как эти пациенты не вербализировали, а инсценировали свои конфликты, цель терапии состояла в том, чтобы интернализировать экстернализированные конфликты и таким образом побудить пациентов к анализу своих проблем. Часто это удавалось только благодаря тому, что они должны были признать, что их способы социального общения с окружающими безуспешны. Вначале, применяя милие-терапию, К. и W. Menninger и их сотрудники были привязаны к фрейдистской модели инстинктов (Hartmann H., 1950). В понимании S. Freud (1924) объекты, обстоятельства или интересы либидинозно обусловлены. Поэтому G. Ammon в 1958 г. писал, что терапевт должен работать прежде всего со здоровыми компонентами «Я» и с теми, которые S. Freud (1924) относил к предсознанию, со вторично-процессуальным мышлением, чтобы поддерживать Я-функции. В то же время терапевт является «отдушиной» для агрессии, страха и фантазий из первичных процессов (Ammon G., 1959).

H. Hartmann (1950) описывал процесс терапии в милие-группе как развитие защитного механизма в независимую функцию во вторичной части свободной от конфликтов сфере «Я», и определял это как вторичную Я-автономию. Вслед за H. Hartmann, G. Ammon (1959) отмечал в одном из своих ранних трудов, что вторичная Я-автономия не обязательно развилась бы в стабильную автономию. Могла бы образоваться даже негативная Я-автономия, если бы безуспешные защитные механизмы стали Эго-синтонными. Эта автономия тогда подчинилась бы мании навязчивого (компульсивного) повторения. Поэтому цель милие-терапии состоит в том, чтобы восстанавливать старые конфликты и предлагать новые защитные механизмы, которые развились бы в позитивную вторичную Я-автономию. Новые защитные механизмы служили бы «Я» и расширяли бы его бесконфликтную сферу. Появлению лучших защитных механизмов и созданию новых объектов идентификации способствуют ин-

терапий. Здесь также видно различие между милие-терапией и групповой терапией, так как в случае милие-группы интеракции совершаются не только между отдельными участниками, но и между различными подгруппами. Внутри милие-группы пациент может заразиться общим эмоциональным климатом в группе. Это последнее следует понимать как плавный, ровный процесс с целительными, благотворными элементами из-за особенно защищающей ситуации внутри милие-группы. При милие-терапии речь идет о варианте невербальной групповой психотерапии, при которой пациенты совместно работают над проектом, а в дальнейшей фазе протекающие процессы и характер отношений вербально прорабатываются и интерпретируются. В рамках милие-терапии возникает групподинамическое социально-энергетическое поле, вследствие чего, уже благодаря групповым переживаниям и совместной работе, появляется терапевтический эффект. Вначале милие-группа часто воспринимается ее членами как ранняя семейная группа, что путем анализа и интерпретации групповых процессов ведет к познанию нового опыта взаимоотношений.

Последовательное, постепенное осознание различий можно считать главным терапевтическим эффектом, так как вследствие этого могут возникать новый, оригинальный групповой опыт и характер отношений. Пациенты часто росли в первичных группах с дефицитарной или деструктивной социальной энергией. Поэтому существенно, чтобы внутри милие-группы пациенту было создано конструктивное социально-энергетическое поле. Передаваемая конструктивная социальная энергия оказывает интегрирующее воздействие на психику.

Терапевтическая ситуация в милие-группе похожа на ситуацию анализа раннего детского возраста А. Freud (1945), так как в качестве места отреагирования патологической симптоматики пациентов она служит для повторения их патогенной жизненной ситуации в первичной группе, которая была интернализирована. В отличие от первичной группы, обусловленное переносом, поведение пациента воспринимается с пониманием, и поэтому здесь речь идёт о возмещении ущерба, а не просто о повторении патогенной динамики.

Так же, как и дети, больные с тяжёлыми психическими расстройствами не способны говорить о своих конфликтах, поэтому терапевт активно вникает в жизненную ситуацию пациента. На действия пациента ответ даётся прежде всего поведением. Вербальная аналитическая интерпретация — важный инструмент для коррекции поведенческих проявлений пациента, которые видны из его первичной группы, и для создания ему возможности приобрести новый опыт. G. Amnion (1959) называет это коррекцией («geraigend», англ.). Даже в случае невербальной интеракции между терапевтом и пациентом может быть проведена эмоциональная коррекция (Alexander E, 1952). Таким образом, для пациента создаётся основа для проявления чувства «Я» (Ich-Gefühl), которое даёт ему возможность постепенно принимать вербальные интерпретации своего поведения и признавать свои конфликты. Милие-терапия особенно показана больным с дезинтегрированной структурой личности, с так называемыми архаическими расстройствами гуманструктуры, которые всегда означают нарушение способности к внутреннему и внешнему Я-отграничению. Это возможно у больных с пограничными состояниями, а также шизофренией и депрессией, с проблемами наркомании и психосоматическими заболеваниями. Милие-терапия с ее многосторонним опытом взаимоотношений способствует процессу интеграции гуманструктуры индивидуума. Больные, которые часто не могут вербализировать тя-

жесть своего страдания, как правило, обнаруживают враждебную динамику сопротивления, высокую степень тревоги и деструктивной агрессии, а также деструктивный нарциссизм, которые подлежат интерпретации. Они бывают не в состоянии в терапевтической ситуации выразить свои конфликты, с одной стороны, в реальной, с другой — в символической плоскости. «Я» этих больных не обладает достаточными возможностями ограничения по отношению к бессознательному, бессознательное переполняет «Я»; поэтому больные не в состоянии реалистично воспринимать группу, а вместо этого переносят на нее свою первичную группу. Вследствие этого, данные пациенты оказываются пленниками в настоящем и будущем, будучи детерминированы прошедшим. При этом оказывается, что реагирующие действием больные, не способные вербализовать свои чувства, своим реагированием побуждают к коммуникации других «молчащих» членов группы. Милие-терапия предоставляет пациентам с архаическими расстройствами «Я» многочисленные возможности выразить их собственную проблематику. Кроме того, она позволяет им открыть конструктивные компоненты личности. Милие-терапия создает равновесие между активностью и изоляцией, так как многие пациенты обнаруживают гиперактивность, которую можно истолковывать как сопротивление с целью сохранения внутренних конфликтов. Поэтому в милие-терапии чередуются стимуляция и дестимуляция.

Внешние реакции пациентов с нарушенным «Я» в милиетерапевтической группе часто направлены на то, чтобы сделать терапевта и других членов бригады ответственными за свои деструктивные действия и ожидают, что последние возьмут на себя также их Я-функции. Следует предотвращать ответную совместную поддержку со стороны бригады, так как иначе она становится патологическим компонентом больного (Menninger K., 1958). Правда, в начале лечения необходимо, чтобы терапевты в качестве так называемого вспомогательного «Я» гибко брали на себя Я-функции пациента и, в первую очередь, оказывали поддержку пациентам со слабым «Я».

Внешние реакции могут быть использованы в терапевтическом направлении, потому что они дают информацию о прошлом пациента. Трудность для терапевта состоит в том, чтобы, с одной стороны, предлагать своё вспомогательное «Я», а с другой — сохранять необходимую дистанцию в плане сопротивления контрпереносу и не последовать за пациентом в регрессию. В отличие от обычной психотерапии, в милие-терапии терапевт скорее подвергается опасности не соблюсти терапевтическую абстиненцию, так как он непосредственно разделяет «жизненную ситуацию» с пациентом. Поскольку формальные барьеры не так ясны, как в классической психотерапии, то терапевт должен психологически стремиться сохранять нужную дистанцию. Этому способствуют административные правила и предписания по больничной работе, а также регулярная супервизия.

Спектр милие-терапии включает практическую деятельность, при которой реинсценируются старые внутриспсихические конфликты, и формальную психотерапию, когда конфликты и эмоции анализируются вербально. Роль терапевта при этом состоит в том, чтобы помочь пациенту осознать различие между деструктивными и конструктивными компонентами. Пациент начинает ощущать деструктивные компоненты как Я-дистонные и говорить об этом во время терапии. Конкретное мышление пациента изменяется на аналитическое абстрактное.

Важным пунктом при формальной терапии выступает сопротивление, так как внешнее реагирование является его выражением. Терапевт должен помочь пациенту

осознать свои сопротивления как таковые. Одной из форм сопротивления может быть гиперадаптация, которая характеризуется подчеркнуто социально желательным поведением. Для того чтобы избежать совместного внешнего эмоционального реагирования в контрпереносе, здесь особенно важна супервизия.

Сопротивления постоянно возвращаются в виде навязчивых повторений; согласно S. Freud (1920), это связано с бессознательным чувством вины, которое требует наказания. Пациент защищается против осознания путём демонстративного проявления чрезмерной адаптации.

При милие-терапии в случае пациентов с архаическими заболеваниями «Я» речь часто идет о больных, которые либо полностью замкнулись в себе, либо сильно зависят от нарциссизма. Нарциссические желания, которые в ситуации переноса обращены к терапевту, могут быть использованы конструктивно, чтобы активизировать пациента к конструктивному поведению.

Милие-терапия представляет собой основу стационарного лечения. Исходя из этого, важное значение имеет сочетание ее с другими формами терапии. Это означает, что терапевты должны общаться друг с другом, с тем чтобы устанавливать для пациентов связь между невербальными и вербальными терапевтическими полями. Таким образом можно добиться понимания психодинамики пациентов, так как их поведение в терапевтических группах часто варьируется, поскольку в разных группах имеют место различные процессы переноса. Так, пациент в своей милие-группе может обнаруживать очень агрессивное поведение и одновременно при танцтерапии его поведение будет чрезвычайно доброжелательным. Появляется возможность более точной диагностики психодинамики и, таким образом, страховки при проработке бессознательной деструктивной динамики. При милие-терапии всегда существенно также принимать во внимание в целом всю терапевтическую сеть пациента, чтобы именно в милиетерапевтической групподинамической системе предоставить в его распоряжение возмещающее поле, за которое постоянно нужно бороться.

С целью изучения милие-терапии, S. Romisch, M. Schmolke (1998) исследовали с помощью социометрии и Я-структурного теста Аммона группу пациентов и ее руководителей. Были представлены важные данные в отношении милиетерапевтических групповых процессов. Групповой процесс милиетерапевтической группы Клиники Ментершвайге в это время претерпевал застой из-за неудачного проекта. Группа совместно перестраивала подъезд клиники. Однако при осуществлении этого проекта эффект оказался негативным, что и подтвердила социометрия. Социограмма, которая применялась для регистрации актуальной групповой динамики в ходе милие-терапии, основывалась на трудах J. L. Moreno (1954).

G. Ammon (1976) модифицировал социометрию J. L. Moreno и ограничился четырьмя областями: страх, совместная работа, дружба и эротика. Дополнительно к социограмме, на основании ISTA был составлен личностный профиль группы, исходя из предположения, что застой в групповом процессе мог быть обусловлен слишком однородным составом группы. Правда, результат этого исследования показал, что состав в гуманструктуральном отношении был весьма гетерогенным. После того как ведущие милие-терапевты провели собственное исследование с помощью ISTA, обнаружилось, что руководящая милиетерапевтическая группа в гуманструктуральном аспекте была составлена слишком гомогенно, т. е. они были похожими во всех областях и поэтому не могли дискутировать или даже вступать в конфликты между собой

для взаимного обогащения друг друга новыми идеями. Благодаря супервизионной работе ведущую группу удалось изменить в том числе и по составу. Это представляло для всей в целом милитерапевтической группы важный шаг в развитии.

По вопросу эффективности экстрамуральной милитерапевтической работы существует исследование E. Fabian, M. Dworschak, M. Borusiak (1998), в котором с помощью ISTA исследовалась милитерапевтическая группа. В течение 3 недель она находилась в терапевтическом центре динамической психиатрии в Южной Италии (Пестум) и там вне клиники выполняла экстрамуральную стационарную милитерапию. Группа состояла из 15 участников, для которых этот вид терапии был показан.

Диагнозы распределялись следующим образом: у 8 пациентов установлен диагноз пограничного синдрома, у 3 — шизофрения, у 2 — наркотическая зависимость и у 2 — нервная анорексия.

Первое исследование по ISTA проводилось перед отъездом из клиники, второе — на 13-й день милитерапевтического пребывания в Пестуме.

При сравнении данных обоих исследований были получены значимые различия. Эти изменения за короткий период можно было понимать так, что пациенты за пределами своей страны и вне клиники были более активными и свободными от переноса, учитывая чётко ограниченный промежуток времени, в условиях «жилищного сообщества» (Maxwell J., 1953). Кроме того, при совместном проживании с другими пациентами и руководителями группы, находясь в условиях постоянного общения с ними и ежедневной работы над проектами, они лучше могли выразить свои конструктивные возможности и чувствовали себя более здоровыми. В течение 18-20 дней милитерапевтической экстрамуральной терапии проводились также групподинамические сеансы и семинары и, следовательно, происходил интенсивный эмоциональный и интеллектуальный обмен опытом, способствующий расширению идентичности. Не удалось установить каких-либо изменений по пунктам конструктивной агрессии и деструктивного внешнего Я-отграничения. Возможно, это связано с тем, что для экстрамуральной стационарной терапии были отобраны пациенты с высокими показателями по этим шкалам уже до поездки. После возвращения к лечению в клинике повторно было проведено исследование по ISTA, указанные показатели вновь не изменились. Это означало, что при клинической милитерапии необходимо было продолжать работать над расширением идентичности, чтобы стабилизировать её. Вследствие процесса отделения и сопутствующей ему регрессивной реакции, некоторые показатели снизились (табл. 8). Исходя из оценки данных исследования по ISTA в ходе этой экстрамуральной стационарной милитерапии, можно полагать, что работа с чувствами расставания и здесь важна для стабилизации нового опыта, как имеющего значение для развития идентичности.

Участие в милитерапии обязательно для всех пациентов.

В клинике имеются три милитер-группы, которые включают в себя от 15 до 20 больных. Каждой милитер-группой руководят 2 дипломированных психолога и 2 человека — младший и средний медицинский персонал с групподинамическим дополнительным образованием.

При составлении групп обращается внимание на то, чтобы состав пациентов был как можно более разнородным: это касается количественного соотношения мужчин и женщин, молодых и пожилых пациентов, уровня образования и профессионального опыта. Диагнозы также должны быть различными, так как это обеспечива-

ет для пациентов возможность учиться друг у друга и взаимно выполнять функции вспомогательного «Я».

Таблица 8

Средние значения и стандартные отклонения по данным ISTA в процессе экстрамуральной милие-терапии
(в каждом случае в отношении к значениям до Пестума)

Шкалы	До Пестума (n= 15)		ВПестуме(n=14)			После Пестума (n=15)		
	x	sd	x	sd	p	x	sd	p
Конструктивная агрессия	7,43	2,2	8,16	2,5	ns	8,1	2,4	ns
Деструктивная агрессия	4,37	2,7	1,68	2,9	0,001	4,23	2,9	ns
Дефицитарная агрессия	4,54	3,6	2,36	3,2	0,01	4,71	3,8	ns
Конструктивный страх	7,46	1,9	9,25	1,9	0,02	7,56	3,1	ns
Деструктивный страх	4,73	3,3	2,57	2,4	0,01	4,38	2,8	ns
Дефицитарный страх	3,86	3,2	1,3	1,7	0,000	4,26	2,7	ns
Конструктивное внешнее Я-отграничение	4,9	2,3	7,24	2,2	0,001	5,3	2,8	ns
Деструктивное внешнее Я-отграничение	2,89	1,7	1,63	2,2	ns	2,59	2,2	ns
Дефицитарное внешнее Я-отграничение	4,63	3,2	2,31	2,9	0,05	4,09	2,9	ns
Конструктивное внутреннее Я-отграничение	6,84	2,2	9,11	2,0	0,001	6,67	1,7	ns
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	3,91	2,3	1,37	1,4	0,001	3,49	2,1	ns
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	6,57	3,4	4,64	3,4	0,01	6,31	3,9	ns
Конструктивный нарциссизм	6,25	2,8	8,53	2,6	0,01	6,99	2,9	ns
Деструктивный нарциссизм	5,37	3,2	2,48	2,9	0,000	5,28	3,1	ns
Дефицитарный нарциссизм	3,78	3,4	7,20	3,0	0,01	6,35	3,9	ns
Конструктивная сексуальность	6,76	3,4	7,20	3,0	0,01	6,35	3,9	ns
Деструктивная сексуальность	3,36	2,5	1,64	2,4	0,000	3,56	2,6	ns
Дефицитарная сексуальность	2,34	2,2	1,32	2,0	0,001	2,34	2,3	ns

Примечание, sd — стандартное отклонение, ns — недостоверно.

Каждый пациент должен встретить в милие-группе хотя бы еще одного пациента с близкими характеристиками, с которым он может поддерживать контакт и в котором он узнает себя, например, пожилой пациент в возрасте за 60 лет должен иметь возможность общаться, по меньшей мере, ещё с одним пациентом в таком же возрасте. В милие-группе всегда должно быть не менее 2 пациентов с личностным рас-

стройством, 2 — с тяжелой депрессией, 2 — с шизофренией и др. По возможности, группы должны состояться наполовину из женщин и мужчин.

7.1.2, Индивидуальная и групповая психотерапия

В лечении психически больных с позиций динамической психиатрии важное место занимает индивидуальная и групповая психотерапия. При индивидуальной психотерапии существенный момент состоит в том, что структуры личности психотерапевта и пациента дополняют друг друга, т. е. психотерапевт способен понимать проблемы пациента при существующем интересе друг к другу. Особое значение имеет первая встреча между пациентом и психотерапевтом. Она является предпосылкой для последующей успешной психотерапии. Важно также, что при индивидуальной психотерапии пациентов с архаическими заболеваниями «Я» и идентичности должен приниматься во внимание и подвергаться воздействию симбиотический комплекс с сопутствующим симбиотический переносом, чтобы потом можно было проработать более вытесненные невротические эдипальные конфликты с соответствующими феноменами переноса и контрпереноса. Создание сети специалистов по индивидуальной и групповой психотерапии и психотерапевтов, использующих невербальные формы психотерапии, также является важным и терапевтически необходимым средством. Индивидуальная психотерапия больных с ранними расстройствами ориентируется на ведущую роль психотерапевта в отношениях с пациентом и на непосредственную связь его с психотерапевтом. Психотерапевт должен предоставлять себя в распоряжение пациента во всей своей полноте. Работа с сопротивлением предполагает архаические его виды, как, например, проекция, расщепление, идеализация, идеализация и др. При индивидуальной психотерапии больных неврозами, психотерапия в основном ориентируется на фрейдистскую методику. Человек в индивидуальной психотерапии всегда понимается в своей многомерности и целостности.

Уже в 1914 г. J. L. Moreno (1973) сформулировал понятие «встреча» в качестве теоретической основы групповой психотерапии. Разработанная им психодрама могла соединять друг с другом индивидуальные и групповые методы психотерапии. Для J. L. Moreno каждая группа с самого начала была различной, развиваясь дальше в определённую структуру. В технике психодрамы большую роль играли спонтанность и добровольное участие всех членов группы. С помощью этого метода должен был вызываться катарсический эффект. P. Schilder (1936) первым применил психоаналитические методы в группе. Он полагал, что осознание внутри группы улучшается. Для него осознание означало познание реального мира и адаптация к нему собственного поведения. S. R. Slavson (1966) работал с малыми группами детей и считал, что групповой опыт формирует характер. При этом чувства одиночества и изоляции должны быть преодолены и установлено «аффективное равновесие» (Slavson S. R., 1956). Важнейший механизм воздействия заключался в возможности позитивной идентификации в группе, которая усиливает личность.

Указанные выше авторы проводили психоанализ в группе, в то время как W. R. Bion (1961) имел в виду психоанализ группы. Ссылаясь на M. Klein, он предполагал, что отдельный индивидуум переносит образ своей матери на группу. Таким способом можно осуществлять воздействие на переносы. W. R. Bion видел в группе сумму различных индивидуумов и аспектов, которые в результате создают специфический для группы характер. В противоположность этому L. Grinberg и соавт. (1956), опираясь

на теорию гештальтов, относились к группе как к целому. Переносы отдельных субъектов истолковывались в связи с их пребыванием в группе.

Н. Argelander (1972) представлял группу в целом как одну личность с Super-Ego, Id и Ego. Социально-психологические аспекты группы при этом игнорировались.

Вклад психоанализа состоял в том, что он поставил индивидуума в связь с другой личностью. «В духовной жизни индивидуума другой обычно принимается во внимание в качестве примера, и поэтому индивидуальная психология с самого начала является одновременно также социальной (общественной) психологией в этом расширенном, но вполне оправданном смысле» (Freud S., 1921).

У пионеров групповой психотерапии групподинамические аспекты в том виде, как их постулировал К. Lewin, игнорировались. Отдельные участники группы интерпретировались в их соответствующей роли как носители механизмов защиты и сопротивления.

Поэтому как подлинного зачинателя групповой психотерапии следует назвать S. H. Foulkes, который первый попытался связать друг с другом групповую динамику и психоанализ. По его мнению, задача группы состоит в том, чтобы проработать нарушенную коммуникацию, потому что коммуникация в группе — это то же, что свободная ассоциация в индивидуальном анализе. S. H. Foulkes старался динамически определить группу и индивидуума. Он полагал, что бессознательный материал в группе может быть выражен с большей готовностью.

Согласно G. Ammon (1972), который интегрировал личностную модель в групповую психотерапию, последняя является непосредственной формой терапии, так как человек развивается внутри группы и также может в ней излечиться. Поэтому даже лицам, которые считаются не поддающимися анализу, можно проводить групповую психотерапию. В коммуникации в группе отражается коммуникация ранней первичной группы, т. е. формы общения прежних значимых лиц. Наблюдение, что деструктивная агрессия внутри группы может быть преобразована в конструктивную агрессию, побудило его к тому, чтобы отказаться от индивидуально-психологической теории инстинктов. Деструктивная агрессия проявляется в группе как сила, которая ограничивает человеческие возможности. Поскольку человек в понимании динамической психиатрии есть групповое существо, то его патология, отражающаяся в групповой психотерапии, понимается как нарушенная первичная групповая динамика и поэтому в данном случае может быть назначено лечение с учетом принципа изменения. Важным фактором здесь является деструктивная агрессия, которая может быть изменена при контактах с другими членами группы и с психотерапевтами, поскольку человек может быть понят, исходя из его травм и ограничений, и тем самым ему может быть предоставлен новый опыт внутри группы.

В своём понимании психоаналитической групповой психотерапии G. Ammon, подобно S. H. Foulkes, в большой мере оценивает групповую динамику и рассматривает группу в значении матрицы как социально-энергетическое групподинамическое поле, в которое стекаются различные плоскости и групповые динамики отдельных пациентов. Согласно G. Ammon, группа может быть обозначена как элемент жизни, представляющий собой социальную и психическую реальность. Группа — это среда (милие), которая выступает в качестве предпосылки и условия процесса развития. Связи внутри группы находят своё отражение непосредственно в психической структуре человека.

При психических процессах речь идёт о межличностных процессах, которые в поле взаимно влияют друг на друга (Lewin K., 1951). Согласно G. Ammon, индивидуальная психопатология только внешне представляется индивидуальной, так как она является результатом деструктивных психопатологических процессов. Так, например, и архаические заболевания «Я» также следует рассматривать в связи с неблагоприятной для жизни динамикой первичной группы. Это значит, что пациент интернализовал травмирующие связи и пренебрежительное отношение в своей первичной группе. Система связей его первичной группы представляет собой структурирующий элемент его гуманструктуры.

Благодаря фактическим связям при групповой психотерапии и возможностям конфронтации, повреждённое «Я» может в навёрстывающем развитии снова восстановиться и развиваться дальше. Пациент способен в зеркальном отражении узнать у других больных свою динамику и свои конфликты и осознать их как Я-дистонные. Вследствие этого, пациент в группе может непосредственно испытать социальную реальность. Отношения переноса многообразно отражаются в группе; это облегчает понимание собственных конфликтов, так как их можно наблюдать у других пациентов. Чувства вины, которые в индивидуальных ситуациях воспринимаются как собственная несостоятельность, в групповой психотерапии могут пониматься как выражение патогенного процесса. Групповая динамика внутри группы, отражающаяся в ее течении через межличностные интеракции, используется в терапевтических целях как формирующий и изменяющий индивидуума элемент. В групповой психотерапии прежняя динамика первичной группы, которая способствовала патологическому развитию пациента, противопоставляет патогенной динамике посредством своих подвижных границ позитивную, жизнеутверждающую динамику. Для этого психотерапевт должен проявлять интерес к каждому члену группы и вовлекать его в дискуссию. Как психотерапевт он демонстрирует конструктивную агрессию и анализирует препятствующие нормальной жизни проявления, чтобы отграничивать их. Решающий принцип групповой психотерапии состоит в том, что групповая динамика всегда должна быть активной. При пассивности терапевта она не может быть такой, он должен реально и активно участвовать в дискуссиях и заниматься реальными травмами пациентов. Лейтмотивом при этом должен быть принцип «repeat and repair» (повторять и исправлять, англ.), поскольку только в случае, когда патогенная динамика повторяется и распознаётся, пациент может с помощью группы отграничиться от неё.

Преимущество групповой психотерапии основано также на том, что может быть выявлен и проработан гораздо больший объём деструктивной агрессии, чем при индивидуальной терапии, потому что переносы могут распределяться на различных членов группы. Вследствие этого боязнь потерять индивидуального терапевта, когда дело касается конфронтации с деструктивной агрессией в ситуации групповой терапии, отмечается меньше. Ещё одно преимущество групповой психотерапии состоит в том, что даже лица с относительно слабо развитой гуманструктурой в течение более долгого времени могут сохранять свои необходимые защитные структуры. Они могут интегрироваться в группу только лишь тогда, когда наблюдают других членов группы в их эмоциональном состоянии, и только постепенно осторожно отказываются от сопротивлений, не рискуя развитием психотической дезинтеграции. Для этой группы пациентов индивидуальная ситуация была бы противопоказана.

В начальной фазе групповой психотерапии всегда происходят дискуссии; перед психотерапевтом ставится вопрос о доверии — заслуживает ли он такого доверия, чтобы с ним можно было вступить в терапевтический союз. Такие дискуссии часто протекают с большой степенью деструктивной агрессии, которую психотерапевт должен уметь выдержать. Эта деструктивная агрессия всегда сопутствует глубоко пережитым чувствам одиночества, беспомощности, которые пациент интернализировал в своей первичной группе, и поэтому ставит перед психотерапевтом вопрос, готов ли он разделять эти чувства. Терапевтическая группа всегда представляет из себя поле напряжения, в котором возникает конструктивная агрессия терапевтического плана и деструктивная динамика интернализированной первичной группы. В групподинамическом отношении вследствие этого образуются так называемые партия болезни и партия здоровья, т. е. запрещающая идентичность интернализованная динамика первичной группы и групповая динамика терапевтической группы вступают в конфронтацию, и в актуальной обстановке группы («здесь и сейчас») может стать возможным изменение партии болезни.

Групповая психотерапия считается законченной, когда пациент всё больше отграничивается от симбиотических притязаний к группе и к терапевтам, и развитие его идентичности продвинулось настолько, что он может вести самостоятельную жизнь. Существенные аспекты, с которыми пациент смог идентифицироваться в группе, он может сохранить для себя и вне групповой психотерапии. Удавшаяся терапия выражается в том, что пациенты могут жить одни, потому что они интернализовали группу и в своей самостоятельной жизни могут ощущать её значимое воздействие даже при отсутствии требований к успешности своего функционирования.

С самого начала прекращение терапии рассматривается как важное решение, и психотерапевт постоянно разъясняет, что продолжительность терапии ограничена, и шаги по выделению из интернализированной групповой динамики и, следовательно, из терапевтической группы имеют важное значение. Поэтому проработка страхов отделения, которые входят в число наиболее трудно переносимых для пациентов, с самого начала имеет большое значение. В заключение можно сказать, что центральное место в динамической психиатрии занимает групподинамическое социально-энергетическое поле для группового психотерапевтического лечения; это поле понимается как тонкая паутина бессознательных динамик. Групповая динамика оказывается при этом терапевтическим инструментом. В конструктивно протекающей групповой психотерапии каждый член группы однажды становится «центральной фигурой», т. е. в групповом процессе занимает главное место в партии здоровья и в этом значении выполняет координирующую и интегрирующую функции для процесса развития.

Несколько замечаний относительно организации индивидуальной и групповой психотерапии.

Каждый пациент имеет индивидуального терапевта, который координирует лечение и наблюдает, чтобы выдерживался план терапии. В ходе индивидуальной терапии беседы, в зависимости от уровня развития пациента, скорее имеют характер поддержки и консультирования с глубинно-психологической ориентацией, а когда пациент в своём развитии продвинется дальше, включаются элементы психоанализа в значении, например, работы со сновидениями, толкования переносов и защитных механизмов, бессознательной интернализированной групповой динамики и процессов реинсценирования (воспроизведения прежней жизненной ситуации пациента).

Индивидуальная психотерапия проводится один или два раза в неделю (продолжительностью от 30 до 50 минут), в качестве особых сеансов, иногда чаще. С кризисными больными ежедневно проводится индивидуальная беседа.

Групповая психотерапия показана главным образом больным с личностными расстройствами, психосоматическими заболеваниями, невротическими депрессиями и пациентам шизофренического круга, без острых психотических расстройств. Она противопоказана пациентам, которые испытывают сильный страх перед группой. В этом случае необходима индивидуальная терапия с невербальными формами.

После определённого периода адаптации в клинике каждый пациент непременно должен участвовать в групповой психотерапии. Группа состоит из 12-15 пациентов. Состав группы должен быть как можно более гетерогенным, с тем чтобы обеспечить каждому пациенту интересного и адекватного партнера в смысле социально-энергетической встречи. Чем более разнообразны личностные структуры, тем больше имеется возможностей обмена мнениями, опытом; при этом должно придаваться значение тому, чтобы каждый пациент нашёл в группе аналогично структурированного партнера «партнера-близнеца».

Группой руководят два терапевта — один опытный с законченным образованием по динамической психиатрии врач или психолог с психотерапевтическим образованием, а также иногда дополнительно стажер-психолог. Групповые сеансы проводятся 2 раза в неделю продолжительностью в 100 минут.

Противопоказания к групповой психотерапии:

- выраженные при некоторых обстоятельствах параноидные страхи пациентов перед группой. В этих случаях пациента следует стабилизировать при помощи индивидуальной или милое-терапии, чтобы привести его в такое состояние, когда он сможет получать пользу от групповой психотерапии;
- пациент находится в клинике непродолжительное время (14 суток) на предмет кризисной интервенции;
- препсихотическое состояние может, но не должно быть противопоказанием.

7.1.3. Танцтерапия

Танцтерапия — это особая форма телесной (физической) терапии. В танцтерапии чувства спонтанно преобразовываются в движение, определяется отношение к собственному телу, возникают новые творческие (креативные) возможности. В противоположность этому, при большинстве же форм телесной терапии речь идёт об упражнениях, с помощью которых прежде всего уменьшается напряжение и возникают катарсические эффекты. В последние десятилетия появилось большое количество различных форм телесной терапии. Это означает что феномен телесности находит всё большее признание в области терапии. В психотерапии телесность до сих пор в значительной степени не принималась во внимание. P. Klein в этой связи говорит о «забытом теле». Представляет интерес, что S. Freud серьёзно воспринимал телесное выражение психических процессов, вместо того, чтобы относиться к ним лишь как к механическому рефлексу, который специалисты по психологии поведения выводят из кондиционирования. Он также разработал технику прямого телесного контакта, так называемую методику давления, нажима, от которой позже отказался в пользу свободных ассоциаций (Freud S., Breuer S., 1895). S. Ferenczi (1921) с его неокагарсизмом и W. Reich (1933) с вегетотерапией указывали на интенсивную связь между пси-

хикой и телом. Однако их работы нашли применение в психотерапии только в последние десятилетия.

Повторное «открытие» тела в настоящее время можно рассматривать не только в плане общественного развития, но оно основывается главным образом на понимании того, что тело и психика неразрывно связаны друг с другом и находятся в тесной взаимозависимости (Lowen A., 1958; Maslow A. H., 1971; Klein P., 1983). Поэтому то, что испытывает внутреннее «Я», в полной мере отражается на теле, а то, что испытывает тело, оказывает влияние на внутреннее «Я» (Schoor T., 1981).

Между тем существует большое количество различных форм телесной терапии, как например, система психомоторной терапии А. Pesso (1973), психомоторная терапия Е. I. Kiphard (1975), техника Ф. М. Alexander (1971), концентративная двигательная терапия (Stolze H., 1977), биоэнергетика (Lowen A., 1979), эвтония / зйтония (Alexander C., 1978), интегративная двигательная терапия (Petzold H., 1977), сенсорное осознание (Brooks Ch., 1974), дыхательная терапия (Middendorf J., 1977), ритмическая двигательная терапия как особая форма ритмики (Kirschmann E., 1979), рольфинг (Rolf L., 1958), лечебная эвритмия (Wilmar E., 1977), ломитепатия (Leeds A., 1977) и телесная экспрессия (Dropsy J., Sheleen L., 1977), а также другие (Klein P., 1983). Первые концепции танцтерапии были разработаны в США в 30-х гг. XX в. и с большим успехом применялись в психиатрических клиниках, особенно у больных шизофренией. Все пионеры танцтерапии, такие как L. Espenak, M. Chase, M. S. Whitehouse, T. Schoor, сами были танцовщицами и только в ходе своей работы начали искать теоретическое обоснование своей инициативы. Исходным пунктом был современный танец, в котором возможно личное раскрытие танцоров, и который в Германии прежде всего был связан с именем М. Wigman, ученицы R. von Laban. Эти танцовщицы знали, какой терапевтический эффект танец имел для них самих, и как это важно применить танец для помощи другим (Chaiklin S., 1975; Klein P., 1983). Начиная с 1970 г., танцтерапия была введена в Германии. Однако в лечебных программах психиатрических клиник она ещё до сих пор не достаточно серьезно принимается во внимание.

Общим для известных школ танцтерапии является то, что они исходят из спонтанного поведения при движении в танце, что в американской литературе обозначается как «Basic Dance» (основной танец). «Основной танец» — это экстернализация тех внутренних чувств, которые не могут быть выражены в осмысленной речи, но передаются в ритмическом, символическом действии» (Chase M., 1975). Тесная связь телесного и психического выражения подчёркивается во всех школах танцтерапии. Из различных школ можно упомянуть следующие: танцтерапевтический метод работы по М. Chase, которая в своей танцтерапии разработала четыре существенных аспекта: «body action» (действие тела), при котором путём активизации тела и особенно патологически перенапряжённых областей подготавливается проработка психических конфликтов; символизм — означает, что вовлекаются в терапию и прорабатываются символические движения и положения тела. Кроме того, она разработала понятие кинестетической эмпатии, т. е. терапевт реагирует на невербальные сообщения, перенимает их своим телом и, таким образом, может воспринимать чувства пациента. Ещё один существенный пункт — это «ритмическая групповая активность» («rhythmic group activity»). Она поняла значение ритма, который является основной предпосылкой и условием для координации. Совместное ощущение ритма создаёт

чувство солидарности и общности. М. Chase не ориентируется на психоаналитическое или психологическое направление, но во время работы, ставит в центр внимания пациента.

Т. Schoor придаёт большое значение учету здоровых проявлений человека. Терапевт должен принимать во внимание своё самовосприятие. Для нее важными являются следующие категории: эмпатическое понимание, позитивное отношение и подлинность. Она также не опирается на какое-либо психоаналитическое или психологическое направление.

Л. Espenak имеет ввиду главным образом индивидуальную психологию А. Adler. Для неё важно, чтобы пациент развивал позитивный самообраз, ощущение собственной силы и жизнеспособности, благодаря чему восстанавливается имевшаяся первоначально способность к общению.

М. Whitehouse считает важным, исходя из представлений С. G. Jung, восстановить контакт между Ego и Selbst, при этом должны использоваться символические события, образы и сны. В качестве важного рабочего метода она ввела активное воображение. При этом бессознательные представления должны перемещаться в сферу сознания, что затем даст возможность проводить терапевтическую работу.

Р. Bernstein пытается интегрировать несколько направлений, при этом она исходит из психоаналитической теории развития ребёнка. Её основные положения сформировались под влиянием С. G. Jung, поэтому для общения с пациентами она часто использует символы. В танцтерапевтической методике ориентируется главным образом на гештальт-терапию. Выявляется проблемная область и ставится в центр рассмотрения. Неразрешённая ситуация, непроработанный конфликт при посредстве соответствующих восприятий движения выводится в сознание.

Е. Siegel ориентируется в своей работе на фрейдовские фазы психосексуального развития. Она вступает с пациентом в психодинамический симбиоз и позволяет ему регрессировать до пункта его фиксации, чтобы затем пофазно отказаться от неё (Bernstein P. L., 1979; Klein P, 1983).

Проблемой всех направлений танцтерапии является то, что они подвергаются опасности эклектизма, так как им не хватает подлинной интеграции в теоретическую концепцию. Ещё одна проблема состоит в том, что танцтерапия часто не интегрирована в соответствующее медицинское учреждение и в его лечебную концепцию.

В отличие от этого, гуманструктуральная танцтерапия, которую G. Amnion разрабатывал вместе с М. Amnion с 1982 г., вписывается в теоретическую концепцию гуманструктурологии. Гуманструктуральная танцтерапия нацелена на ядро личности, на центральные, бессознательные Я-функции. Таковыми являются креативность, агрессия, страх (тревога), сексуальность, нарциссизм, а также внутреннее и внешнее Я-отграничение и идентичность как главная функция, служащая для интеграции всех Я-функций.

Гуманструктуральная танцтерапия была разработана специально для пациентов, которые страдают архаическими заболеваниями «Я», т. е. заболеваниями, которые развились в раннем детстве и зачастую в превербальном периоде. К этой группе принадлежат, например, больные шизофренией и пограничными расстройствами, и все другие больные, у которых имеются трудности вербальной коммуникации.

Гуманструктуральная танцтерапия обеспечивает вне зависимости от устной речи, посредством интегрирующего самовыражения танцующего пациента, возмож-

ность роста идентичности и свободного течения синергизма телесной жизни, ощущений, чувств и мышления. Пациент может в защищенном пространстве группы выражать себя, познать своё телесное «Я» и границы тела через движения в пространстве, и посредством своего языка тела установить контакт с собой и с группой. В группе танцтерапии пациент может невербально выразить своё идеальное «Я» и различные возможности идентификации и получает после танца через обратную связь группы социальную энергию, которая позволяет ему изменить своё реальное «Я». Целостное переживание при танце создаётся вследствие взаимодействия тела — в игре мускулов — и психики, благодаря превращению музыки в движение.

При гуманструктуральной танцтерапии речь идёт об интенсивной форме телесной терапии. Основным при этом является:

- спонтанный одиночный танец посреди группы,
- язык тела и движений каждого танцующего в самостоятельно выбранной одежде;
- с музыкой или без музыки или же с барабанами;
- групповая медитация в начале и в конце;
- члены группы дают отдельному пациенту после танца вербальную обратную связь.

Социально-энергетическое поле имеет большое значение для возможностей самовыражения танцующего. Спонтанный и неожиданный индивидуальный танец оказывает на членов группы креативное и целительное воздействие, подобно целебным танцам суфистов (Giivenc R. O., 1986) и племени кунгов (бушменов, южн. Афр.) (Ammon G., 1985, 1986; Katz R., 1985). Танцтерапия становится и диагностическим средством, так как терапевт может наблюдать в пространстве и времени движения пациента, а также его способность устанавливать контакт с музыкой и группой. Проявляются и способность к разрядке, к выражению эмоций, катарсиса, формообразованию тела и энергетической силы. Важно наблюдение за выражением лица, мимики, взгляда (некоторые больные могут танцевать только с закрытыми глазами), положением тела, отношением с танцевальной поверхностью, возможностями прыжков в воздух, близость и отдалённость от группы, движение тела само по себе и ритмические способности. Имеется возможность танца без музыки или в сопровождении барабанов. Пантомимический танец без музыки требует креативного выражения и более сильной связи с собственной телесностью, тогда как танец с группой барабанщиков требует контакта и связи с ними и особенно со всей группой, которая участвует в танце, ритмически хлопая в ладоши, издавая возгласы и напевая вполголоса. Для поддержки этих процессов все танцы обычно записываются на видеоманитофон и записи находятся в распоряжении участников группы, т. е. каждый из них ещё раз может увидеть себя и группу в записи и осознать различие своих ощущений во время самого танца и своего самовосприятия при просмотре видеозаписи. Видеозаписи применяются преимущественно как терапевтическое средство, но также служат для повышения квалификации и научных исследований, при условии ясно выраженного согласия пациентов.

G. Amnion ввёл медитацию на основе своего варианта аутогенной тренировки, которую он изучал у J. H. Schultz. Как правило, медитация проводится после прослушивания медитационной музыки или иногда после классической музыки.

Спонтанный процесс танца сам по себе открывает поток оживляющей энергии из бессознательного, что усиливается посредством медитации. Танец становится *via*

regia (королевской дорогой, лат.) к бессознательному, а также для сопереживаний зрителей, потому что при танце отпадает обходный путь через вербальное взаимодействие.

Представляет интерес, что у пациентов шизофренического круга не возникало каких-либо трудностей с медитацией, тогда как препсихотические пациенты сами по себе, спонтанно не медитируют — это им и не рекомендуется. Для приёма в группу танцтерапии в каждом случае определяется специфическое показание на основе гуманструктуральной диагностики, например, с помощью интервью, тестов ISTA, MMPI, ADA, TAT.

Особенно целительно действует гуманструктуральный танец на пациентов с депрессией, которые «вытанцовывают себя из депрессии», со вспышками ярости — топтанием ногами, ударами кулаками по полу или криками.

Больные с навязчивыми состояниями удивительно свободно танцуют при длительном танце под барабан, при котором часто вся группа хлопает в ладоши, и терапевт поддерживает их вербально, что приводит к повороту в их терапевтическом процессе, причём у них внезапно изменяется выражение лица. Тело и формы тела зачастую удивительно изменяются: пациенты становятся более подтянутыми, стройными. Однако решающее значение имеет то, что изменяется и восстанавливается связь с своим телом, меняется отношение к нему, ощущение и восприятие тела и отношение к собственному психическому «Я».

Во время гуманструктуральной танцтерапии пациенты изменяются в следующих плоскостях:

- 1) развитие доверия и уверенности в себе в группе;
- 2) больший доступ к бессознательным чувствам на невербальном уровне как предвестник вербальной коммуникации;
- 3) улучшение доступа к собственным фантазиям в плоскости движений в защищённом пространстве группы;
- 4) увеличение контактности;
- 5) интеграция отдельных частей тела, воспринимавшихся ранее как отделённые; контакт с собственным телом и расширение выразительности движений;
- 6) посредством танцтерапии можно оказывать влияние на бессознательные области, которые при терапии, ориентированной лишь вербально, не поддаются воздействию.

В клинике имеется группа танцтерапии, насчитывающая около 20 участников. Сеансы проводятся 1 раз в неделю (180 минут). Руководитель должен быть опытным терапевтом с законченным образованием по динамической психиатрии, а соруководитель может быть психологом с подобной же специализацией.

Гуманструктуральная танцтерапия показана пациентам, особенно с личностными расстройствами, которые испытывают трудности в осознании чувств и только с трудом могут выражать их вербально; у них имеются дефициты в отношении к своей телесности и сексуальной идентичности. Танцтерапия не подходит для пациентов, у которых границы очень открыты, например, препсихотические пациенты, а также те, которые были приняты в клинику только на предмет кризисной интервенции на 14 суток.

Для определения эффективности гуманструктуральной танцтерапии, исследовались пациенты Клиники Ментершвайге (Ammon M., 1988, 1996).

По литературным данным, в проводившихся до сих пор исследованиях мало внимания уделялось бессознательному уровню чувств. В основном описываются исследования отдельных случаев заболевания. Часть из этих эмпирических работ по танцтерапии была выполнена в США. Стремясь к большей объективности, авторы используют в качестве основы процесс движения и поведения. Главным образом прибегают к системе «усилие-форма» (effort-shape), которую разработал R. von Laban, а использовала в танцтерапии I. Bartenieff (1973). При этом «усилие» представляет собой меру и энергию, а «форма» — вид движения в пространстве. Внутреннее самочувствие танцующего не учитывается.

Исследования в этом направлении проводили J. Kerstenberg (1965), Н. Keen (1971), М. В. Leventhal (1973), М. Р. Hargadine (1974), В. Kalish (1974) и М. L. Trott (1974).

М. В. Leventhal (1973) ввела в употребление исследования до и после выполнения движений у детей и констатировала положительную корреляцию между позитивными сдвигами и сеансами. М. Р. Hargadine (1974) разработала учет диапазона (размаха) движений, который она соотносит с тестом на самоактуализацию, причем зависимости между указанными показателями она не установила. М. L. Trott (1974) выявила корреляцию между процессами движения и чертами личности, констатируя слабую корреляцию между отдельными личностями. В целом выводы ее мало-содержательны. V. Ruttenberg и др. (1974) предложили методику исследования поведения с целью описания развития аутистичных и дефективных детей, которая учитывает и движение. В. Kalish (1974) на основе системы «усилие-форма» разработала опросные листы движений. Н. Keen (1971) учитывала изменения поведения у больных, которые свыше 9 месяцев принимали участие в танцтерапии и установила, что из 74 пациентов только у 4 не произошло никаких изменений, и что существовала связь между числом сеансов и количеством показателей, по которым наблюдалось улучшение.

С. Schmais, E. Q. WeiB (1972) исследовали роль анализа движений в танцтерапии. Н. McCarthy (1973) применял тест изображения человека (Draw-a-Person-Test), чтобы определить у 8 психически больных, которые два месяца принимали участие в танцтерапии, различия в восприятии тела перед занятиями и после двухмесячного периода.

S. Sandel, D. Johnson, C. Bruno (1979) пытались в двух танцевальных сеансах с помощью подвижных игр определить эффективность групповых структур для различных диагностических групп, таких как шизофрения, характерологические нарушения и здоровые лица.

Исследований в области чувств практически нет, кроме работы А. Leste, J. Rust (1984), которые опросником Спилбергера изучали у 114 студентов четырёх групп изменения тревоги. Они сравнивали при этом группы: танцевальную, спортивную, музыкальную и математическую. Оказалось, что в случае спортивной и музыкальной групп показатели тревоги значимо не изменились, только в танцевальной группе тревога несколько уменьшилась.

Исследования М. Amnion касались того, насколько за определённый период наблюдения психические переживания и способность выражения чувств под влиянием танцтерапии изменяются, или же этого не происходит. Исследования были сосредоточены, главным образом, на четырёх областях:

1. телесная самооценка (чувство собственной ценности и возможности движений);
2. доступ к собственным чувствам и способность их выражения до, во время и после танца;
3. отношение к группе (связь с группой).
4. способность вербально выражать чувства, в том числе в сочетании с групповой терапией.

Гуманструктуральная танцтерапия проводилась с группой из 30 пациентов, т. е. в ней участвовал каждый второй пациент клиники. Были представлены все диагностические и возрастные группы, длительность пребывания пациентов была различной. Группой, которая существовала уже пять лет, руководили G. Ammon и M. Ammon. Выборка в количестве 10 пациентов из этой полной группы исследовалась два раза с промежутком в три месяца. Первое исследование проводилось после первого танца пациента в этой группе, причём время, проведенное исследуемыми в группе, могло быть различным. Затем, через три месяца, проводилось повторное исследование.

Из имеющихся возможностей наиболее рациональным представлялось открытое интервью с применением руководства, в котором были определены важные для постановки вопросов блоки тем в качестве главного инструмента исследования. Кроме того, применялся проективный личностный тест — ТАТ и для 6 пациентов проводилась видеозапись. Так как задачей интервью являлось выяснение субъективных ощущений при определённом, ограниченном во времени и пространстве процессе, в данном случае танца, то, имелось ввиду фокусированное интервью с использованием руководства R. K. Merton, P. L. Kendal, 1979).

Продолжительность интервью составляла в среднем три четверти часа, его основой служило четыре комплекса тем. К каждому тематическому комплексу имелся ключевой вопрос, по которому рассказ пациента не ограничивался, как например: «Расскажите, пожалуйста, о ваших переживаниях во время сегодняшнего танца» или «Расскажите, как вы ощущали во время танца свое тело». По мере необходимости задавались ещё отдельные дополнительные вопросы. В отношении тела они касались, например, одежды, удовлетворенности своим телом; кроме того, задавались вопросы о детских воспоминаниях по поводу обращения с телом. Спрашивали о восприятии танцующим группы и о контакте с другими членами группы; о чувствах, испытанных перед танцем, во время и после него; о чувствах, возникавших при наблюдении танцев других членов группы. Интервью проводились сразу же по окончании сеанса танцтерапии.

Обработка данных интервью проводилась с помощью специального бланка с 64 пунктами. Одна часть пунктов оценивалась качественно, велся протокол; другая часть — количественно. Для каждого случая соответственно была разработана шкала из 5 пунктов (Bortz Y., 1979), по которой высказывания, на основании магнитофонного протокола, классифицировали два эксперта. Например, шкала в отношении телесности выражалась как «Недовольство собственным телом», причём пункт 1 должен был означать отвращение и отказ от тела; пункт 3 отвергал части тела, а пункт 5 означал позитивное восприятие, полное удовлетворение своим телом. В шкале «Воспринималась ли при танце группа?» отмечались значения от «вообще не воспринималась» до «воспринималась очень интенсивно». Рейтинги эмоциональных пережи-

ваний охватывали диапазон от отсутствия описания чувств до очень сильных ощущений и подробного их описания.

Операционализация отдельных, подлежащих оценке, пунктов разрабатывалась совместно с группой экспертов. После заполнения бланка определялась оценка интервью, для чего были предусмотрены три балла по атмосфере собеседования и по его ходу. В качестве дополнения и для сравнения применялся ТАТ. В основу теста было положено допущение, что каждый человек, который пытается понять и сформировать многозначную ситуацию межлического общения, в своём способе восприятия выдаёт что-то из своего собственного внутреннего мира, конкретно для него субъективно значимые «темы» своих переживаний» (Vogel L. H., Vogel L. J., 1983). Пробандам предлагалось 20 рисунков, причём по каждому рисунку он должен был в атмосфере свободной фантазии рассказать 5-минутную историю. Тест применялся в связи с исследованием танцтерапии, а не как обычно для совокупной диагностики личности или же для прояснения бессознательной динамики конфликта в фрейдистском смысле. Пациентам предлагалось 10 рисунков из 20 предусмотренных, которые представлялись особенно эффективными для постановки вопросов. Были выбраны рисунки, которые позволяли исследовать телесность, отношения и чувства.

Как и в случае с интервью, обработка данных теста включала качественную часть, направленную на исследуемые четыре области, которые фиксировались путём перечисления и описания, и количественную оценочную часть с 38 пунктами. Пункты охватывали эмоциональные переживания, доступ к своим собственным чувствам, возможности идентификации с главными персонажами, способность сообщать и выражать чувства. Кроме того, были предусмотрены оценки за манеру поведения при рассказе и за художественную разработку истории. Особенно видимыми должны были быть тенденции в таких областях, как страх (тревога), агрессия, сексуальность, стремление к автономии, конфликтность, настроение и идентичность. Оценочные шкалы также были составлены с подразделением от 1 до 5 пунктов. Для всех пунктов была определена однозначная операционализация. Например, для пункта «Основное настроение героя (действующего лица)» пункт 1 означал «очень печальный», «в отчаянии», а пункт 5 — «счастливый», «довольный». Пункт 5 — «Переживание страха» — означал очень сильный страх, угрожающие ситуации, а пункт 1 — полное отсутствие ощущения страха. При восприятии тела и подвижности пункт 1 означал враждебное отношение к телу и отсутствие восприятия тела, а пункт 5 — сильное, приятное и радостное переживание и подробное описание тела и движений. Пациенты исследовались через день после сеанса танцтерапии.

Для обработки видеоматериалов были использованы видеозаписи танцев 6 пациентов. Видеозаписи использовались во время работы, так как, естественно, само движение очень трудно поддается вербальному выражению. Таким путём появилась возможность поставить в связь высказывания пациента, результаты ТАТ и независимое наблюдение третьей стороны. Так как видеозаписи проводились в обычном порядке и самими пациентами, то не возникало каких-либо искажающих влияний на ситуацию. Интерпретация данных была направлена на несколько областей, которые оценивались как в качественном, так и в количественном отношениях. В плане телесности оценивались осанка и выражение лица, а также использовались различные пункты для описания движений. Регистрация чувств предусматривала пункты для

определения печали, ярости, страха (тревоги) и радости. Оценивался контакт танцующего с группой и, соответственно, группы с танцующим.

Танцы были представлены методом рандомизации. Это делалось во избежание артефактов. Оценщики должны были определить, был ли показанный танец первым или последним у пациента. В качестве примера далее описываются выступления 4 пациентов.

Б-й О. Молодой человек 20 лет, который прервал своё техническое обучение. До того, как он поступил в клинику, он не занимался танцтерапией. К моменту первого интервью находился в клинике две недели; поступил на лечение по поводу состояний страха и деперсонализации, а также расстройства сексуальной идентичности. Он не мог жить один и плохо слышал, вследствие чего у него была нарушена речевая артикуляция. Носил длинные волосы, которые частично закрывали лицо. Одет был небрежно, почти неаккуратно. Очень часто приветливо и старательно улыбался и устанавливал контакты в открытой и любезной манере. Однако в целом выглядел нерешительным, застенчивым и ушедшим в себя. Обладал богатым воображением и с ним можно было свободно беседовать. Но сообщил что, он очень далёк от своих чувств. Иногда его даже нелегко было понять из-за тихого голоса и невнятного произношения.

Для своего танца выбрал современную ритмическую музыку. Мог двигаться только очень стереотипно, всё время на одном и том же месте и на большом расстоянии от группы. Его лицо большую часть времени было закрыто волосами, выглядел очень сдержанным и с группой никак не контактировал. Можно было чувствовать его стеснённость, хотя в целом он не выглядел неприветливым. Сам сказал о своём танце, что это было «возвышающее чувство — стоять в центре», он радовался этому, движения получались сами собой, но при этом была выраженная тревога. Он закрыл глаза для того, чтобы сосредоточиться на музыке. «Это было что-то очень привлекательное, но по-настоящему освобождающим не было, скорее лишь определённым выражением моего "Я"». Специально не одевался и даже не знал, как хотел бы одеться.

Во время второго танца О. гораздо больше показал своё тело, танцевал с обнажённой верхней частью тела и в шортах. Начал танец очень эффектно на полу. Затем сумел занять всё пространство в группе; выглядел гораздо свободнее, более темпераментным, в нём чувствовалась радость. Ещё не было прямого контакта взглядом, но уже ощущалась связь с группой. Его лицо всё ещё было частично закрыто длинными до плеч волосами. В интервью сам сказал о своём танце: «На земле это было прекрасно, естественная связь с ней и затем эти движения. Вначале они ведь были совсем лёгкими и близки к земле, а затем более энергичными, полными силы, и я их совсем не ощущал, потом была чудесная музыка. И я хорошо чувствовал, как музыка меня несёт». Он ощущал своё тело как собственную часть себя самого, полное сил; было прекрасное ощущение тела. На вопрос об изменениях от первого ко второму танцу ответил, что «первый танец был довольно ограниченный, сегодня — совершенно иным, с большим количеством движений, как будто пробудилась жизнь».

Б-я К. 30-летняя воспитательница, которая ранее уже целый год принимала участие в амбулаторной танцтерапии Немецкой академии психоанализа в Мюнхене. Поступила в клинику по поводу депрессивного состояния спутанности, тревоги и отчаяния, а также тяжелейших расстройств, связанных с работой и профессией. При первом танце выглядела удивительно конструктивно, танцевала заряженная энергией

под барабаны, делала широкие, уверенные, твёрдые движения и могла танцевать, приближаясь к отдельным членам группы. Оделась специально для танца. Однако, несмотря на большие возможности движений, выражение её лица было отстранённым и обращенным внутрь себя; она всё больше выражала ярость и даже прервала танец. В интервью сообщила о своём танце, что «как обычно» испытывала страх, что ей почти удалось показать то, что она хотела показать; опасалась топтаться на одном месте, боялась, что не будет чувствовать свою силу и границы. Сказала: «Я не решалась показать, как я сейчас действительно чувствую себя, например, мою печаль. Не смогла танцевать плавно и контролировала себя». По временам она не ощущала своего тела, оно мешало ей. Испытывала намерение нанести себе повреждение.

Для второго танца выбрала медитативную музыку и танцевала преимущественно стоя на коленях на полу. Танцевала относительно короткое время и замкнуто, чувствовалась большая печаль. В целом выглядела гораздо более симпатичной. На ней было тёмное платье, в котором скрывала своё тело. Теперь она могла показать свою печаль, но только с трудом была способна говорить об этом, кроме того, что у неё было «ощущение пудинга» в ногах. Другие члены группы говорили ей: «У тебя трудности в том, чтобы показать печаль, а не бесшабашность, но другая сторона была заметна».

Б-й 3. Во время первого интервью был в возрасте 57 лет. Неквалифицированный складской рабочий, находился в клинике в целом 9 месяцев. Поступил по поводу депрессии, психосоматических жалоб и параноидных страхов преследования. Кроме того, он плохо слышал, что ему сильно мешало в контактах. Обнаруживал очень конкретное мышление и выработал аутистическую собственную философию. Был склонен выражаться изысканными, многозначительными словами, но имел мало доступа к своим чувствам. Телесно выглядел очень ригидным, застывшим. Выбрал для своего первого танца венский вальс, который танцевал как в танцзале, с традиционными вальсовыми шагами, с прямой, но застывшей осанкой и напряжённым лицом, поскольку был весь сосредоточен на ритме. Испытывал ярость относительно предыдущего пациента и хотел ему это показать. О своём танце сказал: «Нужно было преодолеть некоторое возбуждение. Я не ощущал страха, хотя это и стоило определенного самопреодоления». Далее он сказал, что танцевал, подчиняясь спонтанному чувству, но что ещё слишком трезво смотрит на вещи, чтобы ощущать что-то особенное. Движения своего тела воспринимал как гармоничные. «В общем и целом мне очень трудно даётся ощутить свое тело. На восприятие его я сегодня ещё не способен. В обозримом времени мне это также будет нелегко». С трудом поверил, что это не совсем так, услышав после своего танца одобрительные слова руководителя танцтерапии.

Для второго танца 3. выбрал современную музыку, которую ему одолжил другой пациент. Движения его тела были уже более свободными и открытыми, выглядел в целом подвижнее, а сами движения были более плавными. Оделся для танца исключительно чисто. Сам сказал: «Был рад, что могу танцевать. Видите ли, когда я танцую, то стараюсь, по возможности, танцем освободиться от болезни. Чувствовал тепло в своем теле, радовался, что расслабляется. Музыка вдохновила мои фантазии». Сравнивая первый и последний танец, сказал: «Я сегодня чувствовал себя более свободно, чем прошлый раз».

Б-я Н. 20 лет. Студентка, находится в клинике две недели по поводу тяжёлой депрессии. Выглядела как покинутая маленькая девочка; была дезориентированна, неряшливо одета. С детства имела балетное образование. Уже во время первого танца

удивила всех невероятным владением телом и умелым хореографическим самовыражением. Танцевала с большой скоростью, могла использовать всё пространство, совершать великолепные прыжки, кружиться и двигаться корпусом. Но с группой в контакт не вступала. Было впечатление, что хотела убежать от своего страха. О танце сказала: «Я была очень возбуждена, люблю сюрпризы и хотела немного показать себя». Музыка оказалась громче, чем ожидалось, что её испугало. По её словам, контакт с группой очень слабый. Но для неё это было хорошо, важно танцевать в группе. Раньше она танцевала совсем по-другому и хотела бы танцевать не в такой манере: слишком сильно кружилась, требовалась больше сил, чтобы выразить себя. Было «не совсем удобно в своём теле», не хватало уверенности в себе. Ощущение тела очень изменчиво, непостоянно, она чувствует себя слишком толстой, нравится только верхняя часть корпуса.

При втором интервью Н. сказала о своём танце: «Это был мой первый танец, во время которого я чувствовала себя так уверенно». Она почти не поднимала глаз, не проявляла интереса к контакту взглядом, который обычно придавал силу при танце. «Было приятно быть погружённой в себя. Вначале постоянно думала, правильно ли начинаю. Когда появилась музыка, она делала со мной всё, что хотела. Благодаря тому, что я часто танцевала, больше доверяла себе в движениях. Мне сказали, что во время танца у меня была заметна печаль и отчаяние. Знаю, что я такая. Но также чувствую себя лёгкой и погружённой в себя. Иногда думала, зачем нужно так кружиться, носиться вихрем и двигалась совсем медленно. Это ужасное чувство. Просто прохаживаться — почти невыносимо». Сравнивая оба танца, она говорила: «Я стала смелее, имею больше доступа к чувствам и вижу для себя больше возможностей».

Ниже представлены качественные и количественные результаты обработки данных интервью, ТАГ и видеозаписей 10 пациентов, причём подробно рассмотрены только самые важные результаты и тенденции изменений в пределах четырёх исследуемых областей. Большинство из 10 пациентов во время первого танца имели слабое восприятие тела или почти его не имели. 3 пациента испытывали неопределённую тяжесть в теле, 2 — вообще не чувствовали своего тела. Пациенты воспринимали себя телесно малоподвижными, ригидными и стеснёнными в движениях. Это неудивительно, так как они сообщили, что их воспитание строилось на негативном отношении к телу, и только 2 пациента отметили позитивное отношение; они также сообщили, что во время танца чувствовали себя более подвижными и лёгкими.

Во время второго танца почти все пациенты описывали восприятие тела более подробно и позитивно. 5 пациентов сказали, что они ощущали своё тело более свободным, подвижным и лёгким.

В отношении контакта с группой можно было констатировать, что после первого танца 8 пациентов не воспринимали группу; танцевали большей частью с закрытыми глазами, вне контакта с отдельными пациентами в группе. Но в целом групповая атмосфера воспринималась всеми, кроме 2 пациентов, как более благоприятная. При втором интервью 2 пациента чувствовали себя после танца активнее и интересовались танцами других пациентов. 3 пациента после первого танца сказали, что их восприятие себя не совпадает с обратной связью, и 4 — не могли вспомнить об этом. 3 пациента чувствовали себя понятыми и запомнили обратную связь. Для всех пациентов обратная связь была важна, кроме одного, которому было всё равно. 4 пациента

подчёркивали контакт с руководителем группы. 1 пациентка сказала, что она чувствовала себя защищенной только в тех случаях, когда он присутствовал. 1 пациентка не решалась устанавливать контакт, хотя для нее это было важно.

После второго танца почти все пациенты описывали группу более дифференцированно. 4 пациента сказали вполне определённо, что они ощущали тепло группы, чувствовали себя хорошо, приятно, признанными и защищенными. Только для 2 пациентов группа была незначимой, они были сосредоточены на самих себе или на музыке, 1 из них в этот момент чувствовал себя очень плохо; он вообще не воспринимал группу.

Для 9 пациентов обратная связь была очень важна. Они вспоминали о радостной реакции и комментариях. Только 2 испытывали недоверие. В целом значение контакта с отдельными пациентами возросло. В сравнении с первым танцем пациенты в большей степени чувствовали группу, содержание обратной связи соответствовало их самовосприятию. В области эмоциональности 6 пациентов при первом интервью говорили о страхе перед танцем, 2 — чувствовали себя очень агрессивно, 2 — возбужденно и напряжённо. 7 пациентов почти не могли говорить о своих чувствах во время танца; они были полностью сосредоточены на музыке и могли говорить только о том, что, собственно, хотели выразить. 3 пациента дифференцированно выразили как свои чувства, так и свой страх во время танца, 2 пациента сообщили, что они испытывали печаль и отчаяние, чувствовали себя растерянными, маленькими и беспомощными. Одна пациентка переживала освобождающую эротику и страстное желание. После танца только 2 пациента испытывали облегчение, 3 — были разочарованы, у них оставалось еще много неразрешённых проблем, 5 пациентов после танца не говорили о своих чувствах.

Во втором интервью 5 пациентов смогли подробно говорить о своих чувствах. Они сообщили о тоске, надежде, принадлежности к группе и любви к другим людям, эротических чувствах и теплоте; один пациент чувствовал, что в нём пробуждается жизнь, другой говорил, что не может выразить словами чувства во время танца, так как они были такими прекрасными. Это были чувства пребывания у себя дома и облегчения. Пациенты говорили также о страхе, который они испытывали во время танца; такого страха у них никогда ещё не было. У одной пациентки было чувство ярости и иронии, 2 пациента испытывали во время танца робость и неуверенность, только 2 — не смогли выразить вообще никаких чувств, 3 — высказались о танцах других значительно более дифференцированно, чем после первого танца.

Резюмируя, можно отметить, что явно больше пациентов говорят достаточно дифференцированно и детально о своих чувствах — любви, тепла, но что может более интенсивно ощущаться и страх, агрессивные чувства, печаль.

Что касается способности выразить свои чувства с помощью речи, то 8 пациентов после первого танца почти или вообще не могли говорить о своих чувствах и о себе. За исключением одного пациента, все опрошенные заявили, что при танцтерапии они лучше могли проявить свои чувства, чем в других группах, но им трудно было о них говорить.

Как и прежде, при втором интервью все пациенты испытывали трудности в вербализации чувств. Но все же были способны высказываться о них более дифференцированно, что отмечалось уже по ходу интервью. Только 4 пациента заявили, что они и далее с трудом могут словами выражать свои чувства; одна пациентка сказала,

что испытывала трудности при описании глубоких чувств; один пациент с трудом мог вербализировать свои чувства. 2 пациента в группе держались вообще очень молчаливо. Именно потому, что большинство пациентов с таким трудом могли говорить о своих чувствах, им так важна была танцтерапия в сравнении с другими группами. Так, 9 пациентов заявили, что в танцтерапии они ближе к своим чувствам. Последние могут быть выражены лучше и более спонтанно, меньше удаётся ввести других в заблуждение, участники более защищены, менее задеваются их чувства. Танцтерапия более естественна. На прямой вопрос об изменении, которое они претерпели в танцтерапии, пациенты заявили о лучшем ощущении тела, большей близости к чувствам и большей контактности.

Это подтвердило предварительное представление о том, что данные области рассматриваются в танцтерапии как существенные, почему они и стали предметом специального исследования. 8 пациентов говорили о заметных улучшениях в этих областях, из них 6 — в области телесности, 6 пациентов — в области чувств и 4 пациента отметили, что им стало легче устанавливать контакты.

В области телесности явственно возросла удовлетворённость телом; по другим пунктам изменения носили характер тенденции. Наиболее заметные изменения обнаруживались в области контакта с группой; почти по всем пунктам отмечены заметные увеличения, прежде всего в восприятии и ощущении группы, в контакте с отдельными членами группы и с руководителем, в значении обратной связи и особенно в совпадении обратной связи со своим восприятием. Это указывало на то, что собственное и независимое восприятие совпадали больше. В областях эмоциональных переживаний и вербализации по всем пунктам выявлены позитивные изменения в виде тенденции. Правда, по пункту эмоциональных переживаний после танца отмечено снижение. На основе качественного анализа это можно интерпретировать в том смысле, что пациенты больше испытывают чувств во время танца и поэтому значение эмоций после него снижается.

При обработке данных ТАТ вначале подробнее остановимся на качественной оценке рассказанных историй.

При первом исследовании по ТАТ 6 пациентов должны были представить истории по отдельным рисункам. 4 пациента рассказали очень подробные, интересные и полные фантазии истории. У 2 пациентов это были короткие истории, причем один из них рассказал ее с чувством одиночества, боли и расставания; еще один пациент во время своего рассказа постоянно отклонялся к описанию своей реальной жизни в клинике. 4 пациента в основном ограничились описанием с депрессивным настроем содержания рисунка. Стиль их повествования был прерывистый, растянутый и монотонный. При сравнении второго исследования по ТАТ с первым можно констатировать тенденции к изменениям в отношении того, что у 8 пациентов персонажи в историях в общем становятся более эмоционально ощутимыми, и имеют больше связей друг с другом. 4 пациента изменились сильнее и 4 — слабее. Истории становились более приближенными к реальности, более понятными и позволяли распознать большее отношение к рассказчику. Для того чтобы это было яснее, в качестве примера ниже представлены две истории по одному рисунку, рассказанные при первом и втором обследовании по ТАТ.

Первая история. «Две сестры живут вместе в одном доме; одна здоровая, сильная и ходит работать, а вторая — слабая, болезненная. Обе сестры взрослеют; одна

становится более суровой, резкой и переутомлённой, а вторая — еще болезненной. Однажды одна стоит вверху на лестнице и смотрит как другая моет пол. Она ей охотно помогла бы, но падает с лестницы вниз. Сильная сестра поднимает её на руки и видит, что она близка к смерти».

Вторая история. «У одной матери восемь детей. Они живут в большом доме и у каждого есть своя собственная комната и своё собственное имя. Только для одной дочери не нашлось имени. Мать просто позабыла дать ребёнку имя, потому что в доме так много всего происходило. И больше не было комнаты. Поэтому ребёнок должен был жить на чердаке, другие дети её просто не замечали. При этом она становилась всё более странной и ненормальной. Поскольку она почти не имела контактов, совсем не умела говорить, то обитала в совершенной изоляции под крышей и проводила там свою жизнь. Она забиралась на стены или стояла целый день на голове. Но для матери этот ребёнок всё же был очень важен, в некотором смысле она даже любила эту дочь больше всех. Другие дети становились старше, и один за другим уходили из дома. Последний ребёнок становился всё более странным и, наконец, перестал говорить. В один из дней мать поднялась к дочери наверх с намерением полностью взять на себя заботу об этом ребёнке. Но она не могла установить с дочерью контакт и быстро забывала о ней. Однажды она услышала крик. Дочь в первый раз спустилась по лестнице, у нее была понятная речь. Мать взяла её на руки и смотрела ей в глаза».

Стиль рассказа у 8 пациентов почти не изменился. Один пациент, который при первом исследовании ещё мог рассказывать короткие истории, при втором — едва намечал тему и лишь вкратце характеризовал содержание рисунка. Один пациент при повторном исследовании не смог выполнить тест, так как не сумел сосредоточиться на рисунках и превратил исследование в терапевтическую беседу. У обоих пациентов это можно было объяснить временной депрессивной фазой во время терапевтического процесса.

Рейтинги теста показывают неоднозначную картину. Но в качестве тенденции можно отметить, что у 6 пациентов из 10 основное настроение действующего лица сильно изменилось. У остальных 4 пациентов оно осталось тем же. Отношение персонажа к окружению у 5 пациентов стало более положительным, у одного пациента было негативным и у 2 — осталось без изменений. У 3 пациентов отмечалось улучшение в восприятии тела (в обоих случаях тело изображалось более позитивно). Отрицание сексуальности уменьшилось у 6 пациентов.

Тенденции к изменению заметны у 6 пациентов также в области агрессии. При этом у 2 пациентов снизилась агрессия против себя самого, и одновременно повысилась внешняя деструктивная агрессия. У 3 пациентов отрицание страха уменьшилось. Исход историй у 3 пациентов описывался более благоприятно.

При анализе видеозаписей (табл. 9) можно подробно остановиться только на танцах 6 пациентов, так как у остальных они не записывались. Рассмотрены только рейтинги по областям телесности, эмоциональности и отношения к группе. У 2 пациентов все рейтинги по пунктам осанки, выражения лица, плавности движения и использовании пространства изменились в позитивную сторону. У 2 пациентов эти рейтинги остались прежними, а у остальных 2 — значения их ухудшились в соответствии с тенденцией, причём у одного из них во время первого танца была проставлена очень высокая оценка, а у второго пациента при хорошо исполненном первом танце рейтинги также были очень высокими.

Рейтинги к оценке данных видеозаписей

Пункт/ Пациент		А		В		С		D		F		G	
		1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2
1.	Телесность												
3.	Осанка	2,7	4,5	1,7	3,7	3,7	2,7	3,0	2,0	3,3	3,0	4,3	2,7
5.	Выражение лица	2,3	3,3	1,3	2,7	3,0	2,3	3,3	2,7	3,3	2,7	3,0	2,0
7.	Возможность движений	1,3	3,0	1,3	2,3	4,3	1,7	2,3	2,7	2,7	2,3	4,0	2,7
8.	Плавность движений	1,3	3,7	1,0	2,3	4,0	3,0	3,3	2,0	3,3	2,3	4,0	3,3
9.	Пространство	1,3	3,7	1,3	2,3	4,0	1,3	2,3	2,3	3,0	3,0	4,0	3,0
10.	Время	2,3	3,3	1,3	2,0	3,0	1,7	2,3	3,0	3,3	3,3	3,7	3,0
2.	Контакт с группой												
12.	Движение к группе	1,7	3,0	1,7	2,3	3,7	1,0	3,7	2,3	3,0	2,7	2,7	1,7
13.	Движение от группы	1,7	2,7	1,5	3,0	4,0	1,7	4,0	3,3	3,3	2,0	3,0	2,0
3.	Выражение чувств												
6.	Восприятие	2,0	3,3	4,3	3,3	4,0	4,0	3,7	4,0	4,0	3,7	4,0	2,3
7.	Агрессия	1,7	1,7	2,0	2,0	4,7	3,0	1,7	2,7	1,7	2,0	3,0	2,0
8.	Печаль	1,7	2,7	4,0	2,3	2,3	4,0	2,0	2,7	2,0	3,0	2,7	2,7
9.	Страх	3,0	2,7	4,3	3,7	3,0	3,3	3,0	3,3	3,7	3,7	3,0	3,0
0.	Радость	1,7	3,0	1,0	2,3	2,3	1,0	3,7	3,0	3,3	2,7	2,7	1,7
2.	Гармония	3,0	4,0	3,3	3,3	4,0	3,0	4,0	3,3	3,7	2,7	4,0	2,3
4.	Изменение	1,0	2,3	1,7	3,0	3,0	2,3	3,0	2,3	2,0	2,3	2,3	1,7

В области эмоциональности оказалось, что по пункту «Агрессия» у двух пациентов, у которых в первом танце отмечена злобность, во втором — она перешла в печаль; у одного пациента тревога и печаль в первом танце во втором сменились высокими показателями по пункту «Радость». У двух пациентов было больше печали, а у одного — больше злобности. Относительно контакта с группой у трех пациентов, у которых в первом танце были ограничения в области телесности и контакта с группой, во время второго танца наблюдался интенсивный контакт с группой, так же, как и у группы с ними. У двух пациентов контакт с группой несколько снизился, но они лучше воспринимали своё тело и свои чувства. Представляет интерес, что у трёх пациентов, которые во время второго танца имели более низкое значение рейтинга по пунктам «Радость» / «Веселье» и «Созвучие» / «Гармония», их контакт с группой уменьшился больше, чем контакт группы с ними.

При сравнении обоих исследований — интервью и ТАГ с привлечением рейтингов обработки данных видеозаписей — можно констатировать, что существует до-

вольно хорошее соответствие между высказываниями пациентов во время интервью и оценками видеозаписей экспертами. У всех пациентов установлены в виде тенденции в различных областях изменения, которые следует интерпретировать в связи с терапевтическим процессом. Пациенты, которые в телесной области были очень скованны, проявили больше связи с телом и больше эмоций, что отразилось в результатах ТАТ, согласно которым настроение становилось более позитивным. Этой группе телесно ограниченных пациентов можно противопоставить тех, которые, хотя внешне характеризовались большим разнообразием движений, лишь с трудом могли проявить свои чувства. При втором исследовании они продемонстрировали больше чувств, например, печали, но также и агрессии; в то же время усиливалась естественность в поведении. У этих пациентов и в ТАТ также наблюдались изменения в области агрессии и печали.

Обработка данных ТАТ оказалась относительно проблематичной по сравнению с оценкой данных интервью. Это было связано с тем, что ТАТ — вербальный проективный тест, который был разработан для пациентов с невротическими расстройствами и нацелен на вскрытие вытесненных конфликтов. В случае же пациентов, которые принимали участие в танцтерапии, речь шла о лицах, которых следовало бы отнести к области архаических заболеваний «Я» и имевших большие трудности в вербализации своих чувств. Но именно по этой причине и была разработана гуманструктуральная танцтерапия, с тем чтобы пациенты могли лучше воспринимать себя на невербальном уровне.

Высказывания пациентов во время интервью, которые проводились непосредственно после танцев, показали, что при втором исследовании они могли говорить о своих чувствах более дифференцированно и подробно, имели больший контакт и доверие к группе, начали преодолевать трудности владения своим телом и репертуаром движений. Большинство пациентов более высоко оценивали танцтерапию, чем вербальную терапию. Для многих она даже означала самую важную для их развития терапевтическую группу.

В отношении обсуждавшихся данных следует иметь в виду, что трёхмесячный период исследования был относительно коротким ко всему периоду терапии. Но в нескольких областях были установлены важные тенденции к изменениям.

Данное исследование может рассматриваться как свидетельство в пользу значения гуманструктуральной танцтерапии при комплексном лечении больных.

7.1.4. Музыкотерапия

Имеются три основные концепции музыкотерапии. Во-первых, это педагогически ориентированная музыкотерапия для медицинской, в частности, психиатрической практики, в том виде, как она представлена антропософами, а также социально-психиатрическое и глубиннопсихологическое направление, которое имеет свою традицию в США. В Европе доминирует глубиннопсихологически-ориентированная школа. В качестве пионеров этого направления в литературе упоминают А. Pontvik и в большей степени — психоаналитически-ориентированную, по М. Priestly. Все эти направления имеют одну функциональную область применения, аналогично тому, как об этом говорит J. Alvin: «Задача музыкотерапии — это регулируемое применение музыки в лечении и восстановлении (реабилитации) больных, которые страдают психическими, соматическими и эмоциональными расстройствами (цит. по E. Fabian, 1998).

Динамическая психиатрия подчёркивает, напротив, групподинамический аспект музыкотерапии, в которой музыка функционирует в качестве «третьего объекта» по D. W. Winnicott (1965). Групповые процессы и обмен социальной энергией поддаются чувственному восприятию при посредстве музыки, которая сублимируется в средство коммуникации (Amnion G., 1979). Вследствие этого она имеет определённое сходство с миле-терапией, которая применяет в качестве «третьего объекта» рабочий проект.

Более конкретно это означает, что жизненная история человека, а также его бессознательная структура «становятся слышимыми» (воспринимаются слухом); т. е. музыкотерапию в динамической психиатрии следует понимать в значении «звучащей» групповой динамики и соответственно этому работать с группой. При этом анализ процессов внутри группы нацелен на актуальные обстоятельства («здесь и сейчас»), т. е. гармонии и дисгармонии определяются и, смотря по обстоятельствам, изменяются. Вербальное определение и анализ имеют в музыкальной терапии большое значение, так как действенность и значение исполненного произведения проявляются при посредстве доступного пониманию языка. В групподинамическом процессе значимость исполненных музыкальных произведений становится понятной при помощи вербального анализа. Область их влияния определяется актуальным уровнем эмоциональных проявлений в данном межличностном контакте. В этом смысле важной целью музыкотерапевтической работы является установление через музыку контакта с другими пациентами, причем каждому члену группы должна быть обеспечена возможность приобретения при этом нового опыта. Это позволит пациенту добиться лучшего самопонимания и возможности ограничения.

Музыкотерапия способствует процессам дифференциации и вносит вклад в ограничение индивидуума в определённой группе. Таким образом развивается его чувство идентичности. Музыкотерапия в динамической психиатрии весьма значима в процессе терапии идентичности.

Группа музыкотерапии включает в себя в среднем 8 пациентов, а сеансы проводятся 1 или 2 раза в неделю. Руководителями являются врач и психолог с образованием по динамической психиатрии. Терапия показана пациентам с личностными расстройствами, депрессией, психосоматикой и шизофренией. Состав группы гетерогенный. При проведении групподинамической музыкотерапии участники располагаются полукругом, причём каждому из них предоставляется право выбора инструмента. Важно, чтобы правила пользования инструментами были простыми и не требовалось бы предварительных знаний для обращения с ними. Могут использоваться такие инструменты как африканские — чемба, латиноамериканские — конга, индийские — табла или симфонический гонг, а также голос, хлопанье в ладоши и др. При музыкотерапии неперенным условием является абсолютно добровольное участие в группе. Вначале выступают один или несколько исполнителей с выбранными ими самими инструментами, а затем постепенно присоединяется вся группа. По окончании индивидуального выступления остальные участники аплодируют, чтобы отдать должное достижениям исполнителей.

Дальнейшая вербальная интерпретация терапевтов и группы имеет, подобно хору античной драмы, оценочный характер. Музыкальная терапия включает индивидуальные аспекты выступления солиста, а в качестве темы — бессознательные процес-

сы всей группы в целом. При этом интерпретация бессознательного группового действия имеет решающее значение для терапевтического процесса. Большое значение музыкотерапии заключается в том, что через музыкальные действия в эмоциональной плоскости, которая для некоторых больных вербально недоступна, может найти своё выражение ревность, страх беспомощности, но также и мечты о защищённости и эмоциональной целостности. Эмоциональные и психодинамические возможности самовыражения становятся видимыми, поддаются пониманию и интерпретации, что способствует не только развитию группы, но и каждого отдельного ее члена, так как при этом можно реально воспринимать и ощущать страдания больного. Становится возможным его понять, и он может вступить в контакт с другими пациентами и с терапевтом. Потребности в связи могут быть косвенным образом выражены через музыку без чувства вины, так как через «третий объект» музыки пациенты могут устанавливать связи без опасения утратить свою автономию.

Обобщая, можно сказать, что групподинамическое социально-энергетическое поле музыкотерапии позволяет пациентам свободно и креативно выражать себя в групподинамическом процессе посредством музыки. Каждая импровизация пациента воспринимается в субъективном значении, прорабатывается и ставится в связь с другими членами группы. Музыкотерапия служит также для проработки агрессии, т. е. для преобразования деструктивной агрессии в конструктивную. Гуманструктуральная музыкотерапия понимается и в рамках терапии идентичности, причём речь идёт о том, чтобы укрепить чувство собственного достоинства и освободиться от потребностей в зависимости, свойственных динамике первичной группы — всегда с целью способствовать возможностям в будущем. Гуманструктуральную музыкотерапию следует понимать как невербальный метод терапии, всегда интегрированный в общетерапевтическую концепцию.

Музыкотерапия не подходит для людей с острыми агрессивными проявлениями. Очень боязливые пациенты и те, у которых отмечаются панические приступы, нуждаются в предварительной стабилизации, так как иногда громко звучащие барабаны могут усилить их страхи.

По вопросу эффективности музыкотерапии было проведено анкетное исследование, специально посвященное самочувствию пациентов. Для этого до и после сеансов заполнялся Базельский опросник самочувствия (Basler Befindlichkeitsbogen, BPS). Он содержит вопросы, касающиеся отношения пациентов к музыке, кроме того, вопросы по мотивации, восприятию и действию музыкотерапии. Исследовались 12 пациентов. Преобладающей мотивацией был интерес и любопытство. Все пациенты констатировали позитивное действие музыки. Для 10 пациентов из 12 музыка с самого детства занимала важное место.

Наиболее значимые результаты состояли в том, что музыка оказывала успокаивающее действие, пациенты могли больше отграничиваться от страхов, чувствовали себя более свободными и открытыми, углубляли свои чувства и получали эмоциональную поддержку.

Более половины всех пациентов играли на одном или нескольких инструментах, и почти все раньше по различным случаям пели. Среди инструментов больше всего настораживало фортепьяно, меньше всего — барабаны. Согласно Базельскому опроснику половина пациентов после музыкотерапии чувствовала себя лучше, чем до нее (см. также: Schmidts R., Fabian E., 1998).

7.1.5. Арттерапия (терапия живописью)

Среди методов невербальной терапии в динамической психиатрии арттерапия занимает важное место. Рисование красками, подобно танцтерапии и терапии театром является важным фактором для проникновения в бессознательное пациента. Живопись в понимании D. W. Winnicott (1965) здесь также применяется как «третий объект» для установления контактов в группе. Она представляет собой образное выражение и образный язык в значении сообщения, посредством которого пациент может вступить в контакт с другими пациентами — членами арттерапевтической группы. Краски и формы образуют слова визуального языка. В свою очередь, рассматривание даёт возможность понять их. Визуальный язык живописи — это самостоятельная форма коммуникации. Становятся видимыми бессознательные чувства, как например, внутренние напряжения, страхи, потребности, агрессия и радость, к которым не было вербального подхода, и которые не удавалось выразить. Таким путём в арттерапии бессознательное может стать доступным для сознания и использоваться для гуманитарной терапевтической работы. Важно, чтобы терапевтическое развитие в арттерапии вовлекалось в общее терапевтическое поле, особенно при стационарном лечении. Для того, чтобы живопись (рисование красками) можно было применить как терапевтическое средство, арттерапевтическая группа приобретает большое значение в смысле социально-энергетического микротерапевтического поля, т. е. группа должна представлять собой конструктивно-защищающую среду, в которой креативное выражение, дискуссия, конфронтация, разбор, рассмотрение, полемика и т. д. и развитие могут быть активно реализованы. Специалист по арттерапии непосредственно предоставляет себя в распоряжение для контакта. Он предлагает вначале совместную общую тему, которая подвергается критическому рассмотрению / дискуссии. Только при общем согласии с темой каждый член группы должен лично решить вопрос, как он хотел бы ее образно выразить и представить. В этом процессе каждый пациент находится в конфронтации с самим собой и со своими собственными бессознательными внутренними образами. После завершения сеанса — причём речь всегда идёт о спонтанных, одномоментных чувствах, которые возникают в ходе групподинамического арттерапевтического сеанса — все картины собираются вместе и подвергаются совместному рассмотрению. Те из них, в которых видны сильные чувства и переживания, вызывают и у зрителей чувства озадаченности и страха. При взаимной обратной связи отбираются особенно конструктивные, больше выражающие возвращение к жизни рисунки и рассматриваются в процессе развития. В арттерапии речь идет не об эстетической плоскости в смысле «красивой картины», но об открытости и готовности к конфронтации с самим собой. Группа здесь имеет большое значение, потому что она ободряет и поощряет, поддерживает отдельного индивидуума, передавая ему таким образом социальную энергию в отношении развития идентичности. Цель арттерапии состоит в том, чтобы в смысле гуманитарной терапии идентичности поддерживать человека, развивая у него способность жить самостоятельно, без чувства вины и при наличии собственной ответственности. Следует активизировать творческие возможности и с помощью визуального языка внедрять их в сферу сознания пациента, для того чтобы в его жизни могло появиться всё больше новых областей мышления, самосознания и целевых установок. Каждая картина, которая создаётся в арттерапевтической группе, понимается как результат творческого

акта и сама по себе является единственной в своём роде и индивидуально различной. В своей однозначной принадлежности она всегда может быть сопряжена с индивидуальной личностью. Важно, чтобы процесс живописи (рисования красками) воспринимался как процесс развития; никогда одна картина не выступает самостоятельно, но все картины в совокупности рассматриваются относительно данного субъекта в соответствии с актуальным уровнем его развития. Арттерапевтическая группа понимается по G. Kress (1987) как матрица развития креативности в шесть фаз, которые оцениваются как существенные признаки содержательного характера стадий развития.

Первая фаза представляет собой фазу «сюрреалистической фантазии». Картины ее содержат уже многие аспекты общего процесса и могут отражать как здоровые компоненты с возможностью развития в будущем, так и прошлые аспекты интернализированной динамики первичной группы с направленной против себя агрессией, расслабленностью и депрессией. Путём экстернализации внутренней проблематики рисующему уже удаётся сделать первый конструктивный и креативный шаг. Он может выразить и изобразить свои интернализированные страхи, особенно страх перед отделением, и тем самым сделать первый шаг к идентичности — показать себя.

Вторая фаза — фаза «диффузной абстракции». В ней начинается своего рода процесс сопротивления. Конфронтация рисующего с диффузной абстракцией, которая является отражением таких чувств, как изоляция и часто глубокая беспомощность, для него часто невыносимая.

В этом случае для рисующего группа нередко приобретает особую важность, поскольку она воспринимает его серьёзно, поддерживает уверенность в себе и указывает на смысл творческого самовыражения, понимает его и проявляет в этом отношении обратную связь. Прорыв этих чувств рассматривается в арттерапевтическом процессе как подход к бессознательным архаическим истокам и в этом значении как начало креативного процесса.

Третья фаза понимается как «детская живопись». В плане проявления креативности рисующий восходит к своим ранним детским творческим потенциалам. Воспоминания и впечатления этого времени снова оживают; может появиться шуточный, полный любопытства подход, развитие и открытия; при помощи красок и форм могут возникнуть новые возможности выражения. После конфронтации с этим ранним регрессивным периодом, которая всегда является и конфронтацией с ситуацией внутри первичной группы, продолжается фаза чистой абстракции.

Четвёртая фаза представляет собой «креативную фазу», в которой свободно проявляются креативные силы. Значение группы состоит в том, что выявляются и получают поддержку изменения и успехи, но также завязываются необходимые для процесса созревания пациента дискуссии, высказывается критика и предъявляются требования. Так называемые здоровые области рисующего должны быть укреплены настолько, чтобы он мог выдерживать критику, отграничиваться от агрессии и становиться конструктивным и креативным. В этой фазе появляется собственный стиль рисования, но так же как поиск своего собственного нового стиля жизни.

После этого пациент вступает в пятую фазу развития — фазу «психограммы». Так называемая психограмма может пониматься как выражение внутреннего состояния в данный момент. Это означает, что рисующий может осознанно допустить своё актуальное эмоциональное состояние, изобразить его и ощутить. Так он может вы-

разить свои сиюмоментные чувства агрессии, печали, боли или радости. Здесь можно говорить о сильно отнесенной к своему «Я» живописи.

Последняя фаза развития представляет собой фазу реальной фантазии. В этой фазе может быть выражен весь пёстрый и богатый формами спектр настоящего и будущего пациента. Развитие креативности продвинулось настолько, что рисующий волен свободно проявлять себя во всех направлениях фазы развития. Чем больше он может выразить свои возможности и творческие силы, тем лучше он реализует их в своей жизни. Цель этой фазы в том и состоит, чтобы суметь осуществить в своей реальной жизни те шаги, которые были осуществлены в процессе арттерапии, т. е. преобразовать свой стиль жизни с учетом креативных возможностей, при этом переживать конфликты, выдерживать нагрузки и в то же время уметь создавать дистанцию.

Развитие креативности пациента в процессе арттерапии должно способствовать внутренней гибкости и гармонии, расширению идентичности и отграничению от других людей и обстоятельств.

Гуманструктуральная арттерапия представляет собой важную терапевтическую среду для того, чтобы развивать потенциальные силы человека и помогать ему лучше преодолевать свои проблемы с помощью вновь обретенной креативности и идентичности и искать себе группы, которые ему в этом содействуют.

В Клинике Ментершвайге имеются три группы арттерапии с количеством участников от 10 до 12, которые собираются 2 раза в неделю (по 90 минут). Эти группы также гетерогенны по составу.

Терапию живописью в течение 20 лет проводит очень опытный специалист, который сам является художником-живописцем с собственными выставками.

В принципе арттерапия показана всем пациентам в том числе больным с депрессивной симптоматикой (при кризисных интервенциях). Противопоказания не известны.

7.1.6. Театртерапия

При театртерапии, так же, как и при танц- и музыкотерапии, речь идёт о возможности для пациентов невербальных самовыражений и коммуникации в смысле мимике-терапии, т. е. при посредстве лечебной работы через «третий объект» театральной роли. Танец, музыка, театр и живопись имеют для человека со времён ранней истории человечества важное значение, не только в плане культовых реалий, но также для важных событий групповой динамики. Уже в античный период театр использовался как средство изображения человеческих конфликтов. Через него зритель мог идентифицироваться с происходящим на сцене и критически осмысливать решение, найденное постановщиками; тем самым театр осуществлял терапевтическое воздействие в самом широком смысле, так как он вызывает катарсическое действие как на исполнителей, так и на публику.

В контексте динамической психиатрии терапия театром тесно связана с концепцией креативности G. Ammon. Креативность означает по G. Ammon (1982) способность обдумывать что-то новое, открывать и развивать из бессознательного потенциала неведомые возможности. По этой причине он понимает гуманструктуральную терапию и креативность как неразрывное целое.

Терапия театром — это возможность открыть путь к бессознательному, так как с помощью работы над ролью в пьесе, выбранной театрально-терапевтической груп-

пой, могут быть устранены бессознательные сопротивления. Театрально-терапевтическая группа понимается как милаетерапевтическое, социально-энергетическое, групподинамическое поле, причём пьеса является рабочим проектом. Сцена и кулисы, подбор ролей, режиссура и др., как и исполнение на сцене оформляются и выполняются самостоятельно, общими усилиями пациентов. Группа может создавать в категориях «здесь и сейчас» подобие свободной от переноса, ограниченной во времени жизни и исполнительское пространство. Поощрение креативных и здоровых способностей и возможностей имеет при этом центральное значение, точно так же, как важным является развитие и восприятие отдельного участника в совокупном групповом процессе. Через освоение самостоятельно выбранной роли в пьесе пациенты могут эмоционально отреагировать действием и изобразить различные пережитые в первичной группе конфликтные ситуации. Театральная группа при этом представляет собой групподинамическое несущее поле, которое даёт такую возможность. Так, интернализованная (запечатленная в душе) семейная динамика может быть актуализирована и отражена внутри группы. На основе обратной связи и контакта в плане «здесь и сейчас» могут быть инициированы процессы высвобождения из интернализованной первичной группы, поскольку интерпретация может восприниматься и осознаваться пациентами с меньшими страхами — театральная роль представляет для них защищенное пространство. Это имеет существенный терапевтический эффект, так как вследствие этого пациенту легче удастся осознавать и изменять деструктивные или вообще дефицитарные гуманитарные функции. Терапевту приходится в процессе театральной терапии принимать на себя центральную ведущую, организаторскую роль, и он должен допускать также деструктивные стороны пациента, поскольку работа с ролью и выступление на сцене связаны с сильными, часто деструктивными страхами, которые следует преодолевать. Пациенты испытывающие чрезмерно большие страхи перед ролью, в качестве первого шага могут брать на себя милаетерапевтические задания в группе, как например, быть реквизитором, художником-декоратором, художником-костюмером или осветителем. В ходе группового процесса для собственного развития пациентов очень важно брать на себя больше ответственности за весь проект в целом, например, обязанности режиссёра-постановщика. Каждое милаетерапевтическое задание берут на себя несколько пациентов. Для определённого задания всегда создаются группы, так что пациент никогда не выполняет задание в одиночку, но только в контакте с другими.

Работа над пьесой заканчивается публичным представлением. Так как гуманитарная театральная терапия представляет собой экспрессивную терапию идентичности, то требования, предъявляемые к идентичности, например в отношении публичных выступлений, являются важным терапевтическим средством. Выступления связаны с очень многими страхами, поэтому удачное представление повышает самоуважение актёров и других сотрудников. Оно также свидетельствует об актуальном состоянии терапии отдельных пациентов, благодаря чему становится заметным имеющийся потенциал конфликтности. Выявленная проблематика становится пунктами, подлежащими обсуждению на последующих сеансах, но ее также принимают во внимание другие терапевты — специалисты по индивидуальной или групповой психотерапии, которые, как правило, участвуют в представлениях. Это означает, что публичные представления дают возможность и терапевтам из других групп или ситуаций наблюдать такие аспекты пациентов, которые иначе, возможно, остались бы

для них скрытыми. Эти представления характеризуются тем, что, несмотря на заранее заданную роль, пациенты играют самих себя и поэтому могут проявлять себя особенно аутентично.

При групподинамической работе в рамках театртерапии существенными являются обмен мнениями об обоюдном восприятии роли и контакт друг с другом. Терапевт вмешивается в групповой процесс только интерпретативно, когда контакт между членами группы заблокирован, или когда, вследствие слишком больших деструктивных конфликтов, группе угрожает опасность развала. Важным поворотным пунктом и основным звеном в терапевтическом процессе отдельного пациента в составе группы является бессознательная конфронтация пациента с ролью. Как только он сможет дифференцироваться и дистанцироваться от роли, которая больше выражала его бессознательный конфликтный потенциал из первичной группы, происходит важный шаг в развитии идентичности. Эта возможность отреагирования через роль для пациентов с архаическими заболеваниями «Я», в особенности при личностных расстройствах, является важным терапевтическим средством, которое может быть использовано в гуманструктуральной терапии идентичности. Для театральнотерапевтической группы в целом публичные представления, которые предварительно опробуются на репетициях, становятся важными вехами в развитии идентичности, так как путём проработки страхов, идентичности и сопротивлений, т. е. показа себя в своём актуальном подлинном состоянии вся группа может развить идентичность (Urspruch I., 1993–2000).

В работе группы театртерапии принимают участие до 20 пациентов, группа по составу неоднородна, занятия продолжительностью в 180 мин. проводятся 1 раз в неделю, перед спектаклем — чаще. Руководят группой психиатр, психолог и медицинская сестра.

В принципе театртерапия подходит всем пациентам (кроме случаев кризисной интервенции) и показана больным с психозами. Противопоказания не известны.

7.1.7. Терапия верховой ездой

Терапевтическая верховая езда представляет в рамках холистической лечебной концепции динамической психиатрии ещё одну важную невербальную форму терапии. Терапия верховой ездой, как и гуманструктуральная танцтерапия, особенно показана тем пациентам, которые испытывают трудности в вербальном выражении своих чувств. При посредстве телесного контакта и отношений с лошадью они могут шаг за шагом открываться для терапии и для процессов изменения. Контакт с лошадью представляет собой важное терапевтическое средство. M. Scheithacker (1987) понимает общение между животным и человеком как архаически раннюю коммуникацию, которая в некоторой степени подобна коммуникации между матерью и ребёнком в симбиотической фазе. Так как с животным возможен только непосредственный контакт, то здесь выступают важные терапевтические аспекты. Пациенты, которые в детстве принуждались к патогенной, так называемой коммуникации двойного принуждения (Double-bind-Kommunikation), с морализированием, ложью, парадоксальным содержанием и чувством вины, позитивно воспринимают непосредственное общение, возмещающую нанесенный ранее ущерб, потому что свободная коммуникация с животным позволяет отграничиться от глубоких ран, нанесенных противоречивыми методами отношений со стороны прежних значимых лиц в президипальном

периоде развития, и даёт возможность приобрести новый опыт отношений. В терапии верховой ездой важным условием является выбор так называемых «психически здоровых» лошадей, которых используют для терапии. Только здоровая в своей коммуникативной возможности верховая лошадь может использоваться для возмещающего ущерб опыта контакта в случае психически больных людей с нарушенной коммуникацией. Поэтому первая цель в терапии верховой ездой состоит в том, чтобы создать социально-энергетическое контактное поле с терапевтом и другими членами группы верховой езды, позволяющее пациенту дать осмысленное, дифференцированное согласие на индивидуальную связь с лошастью, которая должна привести к гармоничному состоянию всадника и лошади. В целом при терапии верховой ездой должны быть созданы терапевтические аспекты на различных уровнях контактов пациента. Здесь имеются в виду контакты с лошастью, с терапевтом, с группой, с окружающей средой лошади, с природой и со всеми, в целом, процессами в клинике. Пациенты, которые, по причине их ранних травм, имеют трудности в доступе к их бессознательному и с трудом могут довериться другим людям, должны научиться снова допускать контакт и соприкосновение и через лишённую переноса связь с животным приобрести и интегрировать новый опыт. Опыт контакта с животным в защищённом пространстве терапевтической группы верховой езды должен быть вербализован, и в конце концов, он сможет быть перенесен на межличностные отношения в группе.

В методе терапии верховой ездой различаются пять фаз. Первым шагом к контакту с лошадьми можно считать их кормление и чистку. Это особенно важно для боязливых, нерешительных пациентов, так как помогает им установить контакт. Но это важно и для проявления ответственности и обязательности, которые медленно восстанавливаются у пациентов при кормлении и чистке лошадей. Для депрессивных пациентов очень эффективно раннее вставание, осмысленная деятельность и ощущение естественной жизненной силы лошадей. Вторую фазу в терапии верховой ездой представляет езда на корде, без седла. Это для пациентов также важный шаг, так как без седла ощущение непосредственного телесного контакта с лошастью часто позволяет им впервые ощутить собственное тело. Эта фаза особенно эффективна для больных шизофренией, так как из-за страха упасть с лошади, они бывают вынуждены отказать от своего нереального мира мыслей и фантазий. Однако эта фаза важна и для связи между терапевтом, пациентом и лошастью. Терапевт непрерывно водит лошадь на корде, придавая таким образом пациенту уверенность в том, что он уменьшает его страхи. Только при этом пациент может доверчиво вступать в некий вид симбиоза с лошастью и с терапевтом. Пациенты, которые имеют слабый контакт со своим телом, не чувствуют своего тела, или же у которых проявляется компульсивная физическая ригидность, могут, благодаря предоставленной им свободе действий и совместным с лошастью покачиваниям, часто впервые ощущать позитивные, жизнеутверждающие чувства. Здесь можно наблюдать компенсаторную реакцию в контакте с лошастью, поскольку она принимает любое тело и непосредственно на него реагирует.

Третья фаза — это езда на корде с седлом. Использование седла означает для пациента увеличение степени уверенности и безопасности, но и одновременно большее ограничение от лошади. Конечно, при этом теряется прямой телесный контакт и тепло непосредственного телесного единения, но всё же физический контакт остаётся достаточно ощутимым. В этой фазе, когда пациент начинает сам держать поводья в руке, появляется интенсивный процесс развития идентичности. Пациент обучается

воспринимать границы между лошадей и всадником и вступать в конструктивную агрессию с лошадью. У терапевта есть ещё одна важная задача: он продолжает водить лошадь на корде и таким образом несёт ответственность. Но в его задачу входит также допустить вызывающую страх, агрессивную интеракцию и одновременно обращать внимание на отграничение и свободу действий пациента. Так как пациент в этой фазе должен ставить определенные требования к лошади, он вступает в конфронтацию со своими бессознательными, интернализированными страхами отделения и развивает сопротивление. Задача терапевта состоит в том, чтобы с пониманием, гибко и детально учитывать возникшие страхи и потребности. Эти первые шаги по отграничению, т. е. стремление противопоставить себя лошади, могут быть поняты как отграничение от реальных и ирреальных мнимых страхов, основанных на опыте, приобретенном в первичной группе, и, таким образом, как первые шаги к идентичности. Четвёртая фаза считается самой трудной в терапевтическом процессе, потому что теперь пациент должен ездить верхом в группе самостоятельно и без прямой помощи со стороны терапевта в виде привязки к корду. Прямая тройственная связь пациент - лошадь - терапевт здесь прекращается, и вместо неё устанавливается связь пациент - лошадь - другие члены группы. Это нередко вызывает у пациента выраженный страх. Он чувствует себя внезапно оставленным наедине с лошадью и должен теперь в одиночку брать на себя конфронтацию и отграничение. Задача терапевта состоит в том, чтобы быть рядом, оказывать поддержку, проявлять понимание и содействовать отграничению. Важное значение имеет интеграция пациента в группу и оказание ему поддержки в осознании важности контакта с группой, который может придать ему уверенность и чувство защищённости. Этот важный шаг в направлении к группе позволяет пациенту приобрести новый опыт в групподинамическом поле. Он может испытать и осознать неуверенность и конфронтацию со своей лошадью и тем самым развить в себе большую открытость в выражении своих собственных страхов, что позволит ему общаться с другими членами группы в категориях реальности «здесь и сейчас». Члены группы также обеспечивают друг другу обратную связь по вопросам конструктивного общения; в контакте с лошадью могут быть скорректированы нереалистичные нарциссические способы поведения. Так, пациенты с сильными нарциссическими гуманструктуральными дефицитами могут через контакт с группой и с животными осознать чувство собственной ценности и выработать более реалистичную самооценку. Пятая и последняя фаза представляет собой групповую прогулку верхом. Она является важным групподинамическим процессом, так как теперь группа на значительный промежуток времени прямо и непосредственно предоставлена самой себе. Это важное поле опыта, потому что пациенты должны в контакте с окружающими проявлять открытость и обсуждать страхи и потребности других пациентов, а также конкретно и прямо разрешать неожиданные ситуации. Пациент должен в развитии своей идентичности и контактности продвинуться настолько, чтобы он мог сам брать на себя ответственность за лошадь, а терапевтическая группа верховой езды должна быть так структурирована, чтобы её члены могли брать на себя в отношении друг друга функции вспомогательного «Я». К этому опыту совместных прогулок верхом в группе добавляется ещё одно важное для пациента поле опыта — сознание, что он теперь не только находится в состоянии конфронтации и обучается обращению с лошадью и другими людьми, но может также воспринимать характер человека как важную его часть. В этой фазе имеет значение также прямой

контакт с терапевтом; это означает, что теперь терапевт особенно близок к нему как объект для идентификации. Он показывает себя как человек с подлинной заботливостью в обращении с пациентами и с лошадьми, а в отношении к характерным их особенностям и возможностям — с пониманием и конструктивно. Прогулка верхом в группе представляет собой важный процесс идентификации, который ведёт к взаимосвязи природы, окружающего мира и человека.

Верховая езда представляет собой важную форму терапии, при которой люди с архаическими расстройствами идентичности могут эмоционально ощутить страхи, агрессию и человеческие потребности, а через животное испытать первый контакт, который посредством дальнейшего развития может быть вербализован и интегрирован в личность.

Проводится терапия верховой ездой в трёх группах с числом участников от 8 до 10 в один из рабочих дней для каждой группы, с 7.30 до 11.30, сертифицированной преподавательницей верховой езды и специалистом по терапии верховой ездой, с которой клиника регулярно проводит супервизию, а также членом среднего медицинского персонала с групподинамическим опытом.

Терапия верховой ездой особенно показана больным с преобладающей тревожной и депрессивной симптоматикой и страхами перед общением. Контакт с лошастью здесь служит в качестве моста для общения с людьми.

Противопоказан данный вид терапии больным с дефицитами страха, неспособным ощущать страх и поэтому иногда склонным к такому поведению, которое опасно для себя и других; пациентам с аллергией к лошадям или другими физическими ограничениями; больным с психозами и агрессивными проявлениями, где требуется особенно тщательное определение показаний для этого вида терапии.

7.1.8. Терапевтические аспекты большой группы

Общее собрание большой группы в клинике динамической психиатрии имеет важное интегрирующее значение. В нем принимают участие пациенты и сотрудники — врачи, психологи, милые-терапевты, младший и средний медицинский персонал, а также администрация и персонал столовой. Общее собрание большой группы проводится под руководством главного врача или руководителей отделений (старших врачей) клиники. Различные терапевтические группы и группы по интересам высказываются как по вопросам повседневных событий, так и в отношении приёма новых пациентов, выписки, происшествий в течение дня и проблем совместного проживания, претензий и по вопросам организации общих праздников. Всё это совместно обсуждается в плане «здесь и сейчас» и это служит обеспечению столь необходимых интегративных процессов. Для всех вновь поступающих пациентов важно то, что уже вначале, при их представлении, они воспринимаются общим собранием серьёзно в качестве личности, что рассматривают всю их жизнь, интересы и способности, и что первый контакт устанавливается на более высоком уровне. Кроме того, общее собрание большой группы становится для каждого пациента тем местом в клинике, где он имеет возможность отстраниться от всех пациентов и всей лечебной бригады. Он может до некоторой степени открыто сохранять свой приобретенный контакт и энергетический обмен с наиболее важными для него сотрудниками и пациентами и здесь самым интенсивным и убедительным образом излагать и сохранять в качестве цели свои перспективы на будущее. Поскольку на общем собрании больных это мож-

но сделать по-дружески демократично, каждый пациент имеет возможность конструктивно отграничиться и от симбиотических запретов на сепарацию, характерных для динамики первичной группы, и сделать шаг в собственную жизнь и собственную реальность с вновь обретенным развитием идентичности. Общее собрание большой группы имеет важную интегративную задачу для милие-групп: так как здесь становится открытой для всех и понятной групповая динамика отдельных подгрупп, то блокировки могут быть отражены в групподинамическом процессе и устранены в супервизионном аспекте. Это собрание всегда понимается в групподинамическом контексте и, в соответствии с этим, проводится групподинамическая работа в категориях «здесь и сейчас». Возможная динамика «козлов отпущения», которая постоянно наблюдается у эмоционально чрезмерно реагирующих пациентов, должна быть интегрирована, так как в динамико-психиатрической групподинамической работе она выражает применительно к динамике большой группы в целом неосознанный и недопускаемый бессознательный чувственный и проблемный аспект. Важное место в большой группе занимает групподинамическая работа с так называемой пограничной личностью. Так, G. Ammon (1982) пишет: «В групподинамическом понимании, креативная личность будет находиться на границе, так же, как она перемещается на границах общественных правил и представлений. Она будет пограничным индивидуумом. Последний становится носителем страха в группе, и его следует отличать от роли «козла отпущения» и «чужака». Поэтому пограничного индивидуума следует интегрировать в группу, и вследствие этого страх перераспределится на всю группу в целом. Это происходит посредством интеракции между ним и центральной личностью, и тогда группа снова сможет быть креативной».

Кроме того, большая группа не только позволяет более гибкое обращение с границами в смысле прихода и ухода, но также является важным пунктом интеграции через посредство общих событий, как например, назначаемые свыше праздники, групповые прогулки, экскурсии, а также духовные процессы — подготовка и участие в конгрессах Всемирной ассоциации динамической психиатрии, для которой клиника является учебным центром. Поэтому многие учёные из всех стран мира посещают клинику и представляются в большой группе со своими задачами и духовными интересами. Проявляющиеся непосредственно в деятельности милие-групп общественные и политические, этические, философские и литературные интересы интегрируются через большую группу на общем уровне клиники, центрируются и реализуются в соответствующих группах по интересам. Динамика большой группы всегда отражает общую групповую динамику клиники и благодаря этому образует важный дифференцированный диагностический инструмент, по которому можно сразу же узнать, как составлена и как представляется вся в целом социально-энергетическая групподинамическая среда. Так, например, может стать ясно, что существующая на данный момент общность реагирует слишком дефицитарно-деструктивно и что необходимо срочно работать над этими процессами как в большой группе, так и путём контрольной и супервизионной работы, выявлять их и снова приводить в конструктивную плоскость. Но может быть и так, что состав групп слишком гомогенен, и необходимы изменения в процессе приёма пациентов или в составе отдельных милие-групп в сторону их гетерогенности. Этому могут помочь исследования отдельных групп с применением Я-структурного теста Аммона, который отражает гуманструктуру в гуманфункциях страха, агрессии, Я-отграничения, нарциссизма и сексуально-

сти, что и в гуманструктуральном общем групповом процессе хорошо выявляет гуманструктуральные дефициты. Позитивный социально-энергетический, духовно и эмоционально стимулирующий опыт большой группы отдельные участники могут перенести в их вербальные и невербальные терапевтические группы. Большая группа в этом смысле оказывает социально-энергетическое конструктивное воздействие на последние, принимая во внимание фиксацию ролей, переструктурирование, новые побуждения и стимулирует процессы развития.

В целом большая группа выполняет в клинике важную функцию для духовно креативных целей активности и для процессов развития вообще. Руководитель большой группы должен представлять собой центральную фигуру, которая является неременным условием для возникновения границ группы, которые и превращают ее в то межчеловеческое внутреннее пространство, в которое отдельные члены группы могут войти со своим конструктивным вкладом. Но в работе большой группы важно, чтобы за ее деятельность отвечал не только основной ее руководитель, но и вся бригада сотрудников олицетворяла собой доверие и креативность в значении конструктивного потенциала бессознательного и возможности будущего развития. В этой групповой атмосфере, которую представляет конструктивное социально-энергетическое поле, каждый пациент тогда может привнести себя со своими конструктивными областями и осмысленно ощутить частью группы. Исходя из этого, вся группа в целом как организующая сила может уловить, задержать и проработать агрессивные и угрожающие границам группы действия и подвергнуть их изменению. Так большая группа развивает собственную групповую культуру и групповую идентичность, которые надлежит рассматривать как важные для всей в целом клиники и для каждого пациента в развитии его личной идентичности. Социально-энергетические групподинамические процессы в больших группах могут быть транспонированы и пониматься в общественном плане. G. Ammon в 1979 г. говорил по этому поводу, что при целостном подходе на основе концепции социальной энергии в значительной мере может быть понята также динамика в объединениях больших групп типа религиозных общин, политических группировок и др. «Пока подобные группы действуют конструктивно социально-энергетически для человека, они будут сохраняться, если же их социально-энергетическая сила становится деструктивной или дефицитарно ослабевает, то эти группы погибают, отдельные люди будут искать себе новые пути. Это — пробный камень для каждого объединения людей, вплоть до образования, возрождения и преобразования государств, как нас учит история».

Значение большой группы для интеграции и повышения идентичности поясняет следующая заключительная цитата (Schmidts R., 1996, 1999): Большая группа понимается как «континуум», образующий структуру, «в которой пространство, смысл, время, информация, тема, идентичность и этико-правовые точки зрения, а также праздник, сам выражающий идентичность группы, имеют одинаковое значение. Потому что большая группа преследует цель интеграции отдельных индивидуумов и подгрупп, отчасти субкультуральных, иногда также несоциального или вообще асоциального характера и в групповом процессе коренным образом изменяет такие неформальные коалиции, открывает новые творческие потенциалы группы в целом, потому что она принципиально уважает свободу и достоинство личности».

Участие в большой группе обязательно для всех пациентов. Большая группа собирается 2 раза в неделю (каждый раз по 90 минут).

Таким образом, большая группа охватывает от 56 до 60 пациентов и 12-15 сотрудников; по составу она гетерогенна.

7.1.9. Другие виды терапии

Помимо описанных выше, в Клинике Ментершвайге применяются некоторые другие виды и формы терапии.

Проводимые по показаниям терапия проектированием и телесно-ориентированные формы осуществляются индивидуально в рамках общего плана лечения.

Терапия проектированием ориентирована на психодинамическое понимание и исключает ремесленно-трудотерапевтические занятия. Путем проектирования создается возможность сделать видимым и ощутимым вытесненное и отщепленное психическое содержание. Оно понимается как креативные достижения «Я», как выражение идентичности, отношения к себе самому и как информация для терапевта. Глубокие чувства, как, например, страхи, тоска и т. д. могут быть выражены и получить поддержку в защищающей атмосфере группы. Путем совместной занятости и фантазирования над оформлением трудности и конфликты лучше поддаются проработке и пониманию.

Телесно-ориентированные формы терапии служат, прежде всего, улучшению зачастую тяжёлых расстройств отношения к собственному телу и способности восприятия сферы телесных ощущений и переживаний. В зависимости от показаний на переднем плане стоит более «упражняющий / тренирующий», более «активирующий» или более «гармонизирующий» терапевтический подход.

Дополнительно предлагаются следующие формы терапии — медицинский массаж;

- активирующая утренняя гимнастика;
- участие в группе снятия напряжения по Джекобсону;
- функциональное расслабление по Фелденкрайзу;
- физиотерапия;
- участие в группе плавания.

По назначению проводятся также специфические применительно к диагнозу виды терапии.

Тренировка навыков. В группе обсуждаются и тренируются следующие сферы: «Сознательное обращение с чувствами», «Тренировка преодоления стресса», «Внутренняя внимательность» и «Межчеловеческие навыки». Тренировка навыков специально привлекается для лечения пограничных больных. При наличии интереса и показаний в этой форме работы могут принимать участие пациенты и с другими диагнозами.

Больные с сопутствующими пищевыми нарушениями получают в случае необходимости специальную диету и принимают участие в работе «группы пищевых нарушений». Пациенты обдумывают свое пищевое поведение и совместно работают над его изменением. Регулярно планируется совместный приём пищи. Важными целями являются просвещение и информация, помощь в понимании механизмов патологического влечения, самоповреждающего поведения, улучшение отношения к собственному телу и обучение здоровому пищевому поведению.

Когнитивная тренировка. Путем применения разработанной для психически больных интерактивной компьютерной программы, тренируются внимательность, сообразительность, быстрота реакции, языковые способности и другие когнитивные элементы. Приобретается умение пользоваться персональным компьютером. Когнитивная тренировка показана пациентам с нарушениями познавательных способностей, больным шизофренией, в отдельных случаях также пациентам из других диагностических групп.

Психовоспитательная тренировка для больных шизофренией на основе работ А. Kieserg (1998) и М. J. Bauml (1994). В числе прочего здесь разрабатывается с пациентами модель болезни и здоровья в её биологических, психологических и социальных аспектах, более адекватное обращение со стрессовыми факторами, пациенты мотивируются к дальнейшему лечению.

В заключение в табл. 10 и 11 приводятся демографические и диагностические данные состава терапевтических групп (вербальная и невербальная терапия).

Таблица 10

Демографические характеристики состава терапевтических групп

Признак	Пациенты клиники в %
Возраст:	
до 30 лет	50 %
от 30 до менее 40	28,3 %
от 40 до менее 50	17,4 %
свыше 50 лет	4,3 %
Пол:	
мужской	45,2 %
женский	54,8 %
Образование:	
специальная школа	1,1%
народная школа	35,9 %
реальное училище/неполное р. у.	25 %
средняя школа	19,6%
высшее образование	12%
прочее	6,4 %
Психофармакологическое лечение:	Психофармакологическое лечение:
да	42 %
нет	58 %

Диагнозы по МКБ-10 в группах пациентов

Диагноз	Кодирование	Процент
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психотропных веществ	F10, F11.F19	3,7
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	F20.0, F20.1, F20.3, F20.4, F20.9, F23.3, F25.1, F25.2, F20.x3, F20.x5, F21	19,4
Аффективные расстройства настроения	F31.4, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.10, F32.11, F33.2, F33.3, F33.11, F34.0	21,6
Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства	F45.0, F48,9	1,5
Расстройства приема пищи	F50,0, F50,9	2,2
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых	F60.0, F60.1, F60.3, F60.6, F60.7, F60.8, F60.30	11,2
Пограничный тип (бординерлайн)	F60.31	33,6
Прочие		6,7

7.2. Социальная работа, в том числе с семьями и родственниками

Социальная работа в динамической психиатрии также понимается в групподинамическом плане. Для всей клиники гибкое открывание и закрывание границ к рабочему и жизненному полю пациентов имеет большое значение. Это область социальной работы. Она особенно значима в начале стационарной терапии, так как в этот период требуется установить связь и наладить сотрудничество с семьями и родственниками пациентов, чтобы привлечь их к совместной работе. Понимая, что каждый пациент был и в данный момент связан в жизни с различными группами, важно с самого начала лечения иметь это в виду. Различные члены семьи, партнеры, сотрудники по работе приглашаются на совместные групподинамические встречи с пациентом, с терапевтами и с представителем из отделения социальных работников. Пациент может приводить с собой выбранных им других пациентов клиники, которые представляют различные его интересы и потребности. Затем под руководством психиатра или психотерапевта в групподинамическом отражении вырабатываются общие цели на будущее с соответствующими перспективами и изменениями. Этот процесс представляет собой центральную групподинамическую работу в категориях «здесь и сейчас», при которой опыт пациента в первичной группе в смысле ранних травм непременно должен учитываться, но от него пациент может и отграничиться, так что будут проводиться новые встречи между членами семьи, партнерами или его руководителями по работе, и тем самым будет закладываться основа для более конструктивного социально-энергетического поля в его профессиональном и жизненном окружении. Однако, деятельность социальных работников охватывает также все реальности, касающиеся пациента вопросов, так как особенно пациенты с архаическими расстройствами «Я» и идентичности поступают в клинику с экзистенциальной проблематикой ре-

альной действительности. Функцию вспомогательного «Я» принимают на себя социальные работники. Они с самого начала отдают себя в распоряжение пациента в плане реальности и поведения, заботливо помогают ему, поддерживают его в совладании с действительностью и играют особенно важную роль в процессе отделения (индивидуации), чтобы с помощью системы последующего долечивания и социальной поддержки обеспечить пациенту возможность дальнейшей реализации приобретенной способности преодоления жизненных проблем. Система постстационарного наблюдения с ее различными терапевтическими и контролируемыми (супервизируемыми) жилищными сообществами и амбулаториями предоставляется в распоряжение пациента как переходная возможность для будущей жизни в групподинамическом конструктивном поддерживающем жизненном поле. Лечение методами индивидуальной и групповой психотерапии, которое делает возможным дальнейшее изменение идентичности, обеспечивается пациенту пока он не продвинется настолько, чтобы в собственной идентичности «взять жизнь в свои руки» и сможет сам себе искать конструктивную, стремящуюся к идентичности группу. Целью последующего лечения должно быть самостоятельное развитие идентичности независимо от других людей или обстоятельств, а не возвращение в общество посредством адаптации.

Терапевтические общезития находятся под руководством социальных работников и психологов и действуют по групподинамическому принципу. Они играют важную интегративную роль, помогают пациентам избегать изоляции и одиночества, занимаются их поведением и деятельностью. Важным связующим звеном между клиникой и жилищным сообществом является отделение социальных работников клиники. Только когда пациент уверен в своём месте в новой группе, он может благополучно расстаться с клиникой, сохраняя приобретенный там опыт. Но для процесса отделения важна поддержка со стороны социальных работников для получения надёжного терапевтического места в целях дальнейшего лечения (долечивания) и приобретения пациентом уверенности в том, что члены семьи и родственники поддерживают вновь достигнутые шаги в развитии идентичности. При работе с семьями и партнерами в динамической психиатрии, прежде всего, важно системно-теоретическое и групподинамическое понимание; это означает, что положение пациента внутри группы может изменяться, возможны задержки, запреты на идентичность, которые и стали причиной дезинтегрированной патологической реакции. Деструктивная или дефицитарная динамика сама по себе не исчезает, но речь идёт о том, чтобы вновь использовать конструктивные и креативные возможности в отношении пациента и его личности. Это означает, что требуется восстановить связи, укреплять их и таким образом изменять групподинамическое социально-энергетическое поле семьи и партнерских отношений и формировать его более гибким.

В заключение можно отметить, что важнейшая цель групподинамической семейной терапии заключается в создании социально-энергетического семейного поля, которое позволяет пациенту делать отграничительные шаги к идентичности. В системном понимании семьи один становится для всей группы носителем патологии и для поддержания гомеостаза системы должен удерживаться в соответствующем положении. Любое изменение этого псевдогомеостаза имеет следствием возникновение страха. Поэтому членам семьи или партнерам также предлагаются возможности лечения в рамках динамической психиатрии, как, например, индивидуальная или групповая психотерапия для родителей или стационарное лечение для братьев, сестёр или партнеров.

8. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ (НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И В КАТАМНЕЗЕ)

Первые исследования эффективности лечения в Клинике Ментершвайге были проведены в 1984 г. Эффективность терапевтической методики изучалась при пограничных расстройствах, шизофрении и нарциссической депрессии. В качестве методов использовались Я-структурный тест Аммона, ММРІ и тест Вартегга.

49 пациентов обследовались в начале лечения и при выписке из клиники. Результаты указывали на значимое гуманструктуральное развитие пациентов к окончанию лечения. Удалось наглядно доказать изменение в структуре личности, выходящее за рамки симптоматического лечения (Burbiel I., Wagner H., 1984).

Следующее клинико-психологическое исследование эффективности стационарного лечения в Клинике Ментершвайге было проведено в 1989 г. (Burbiel I. et al., 1989).

46 пациентов с диагнозом пограничного заболевания из полной выборочной группы в количестве 461 пациента, лечившиеся в клинике в 1983-1988 гг., обследовались до и после лечения. В состав группы входили 32 пациента женского пола и 14 мужского, при среднем возрасте в 32,6 лет и средней продолжительности лечения в 14,1 месяцев. Исследование проводилось с применением Я-структурного теста Аммона и ММРІ. Установлено высокодостоверное снижение показателей дефицитарной выраженности гуманфункций агрессии, страха, внутреннего и внешнего Я-отграничения и нарциссизма. Кроме того, в результате анализа данных ММРІ был зафиксирован значимый прирост конструктивных областей этих гуманфункций и достоверное снижение симптоматики (табл. 12, 13).

Таблица 12

Статистическое сравнение средних значений оценок по ISTA при поступлении в клинику и выписке пограничных больных

ISTA	п	х	s	t	р	
Агрессия						
конструктивная						
поступление в клинику	46	8,8	4,2			
выписка	46	13,4	3,8			
				-9,4	0,000	**#
деструктивная						
поступление	46	5,8	3,6			
выписка	46	5,0	3,2			
				1,6	0,125	

Статистическое сравнение средних значений оценок по ISTA при поступлении в клинику и выписке пограничных больных

дефицитарная						
поступление	46	8,2	3,2			
выписка	46	3,2	2,4			
				12,23	0,000	***
Страх						
конструктивный						
поступление	46	6,3	2,7			
выписка	46	9,0	2,9			
				-5,75	0,000	***
деструктивный						
поступление	46	9,1	3,4			
выписка	46	6,5	3,7			
				4,09	0,000	***
дефицитарный						
поступление	46	5,9	2,5			
выписка	46	3,1	2,1			
				6,79	0,000	***
Я-отграничение внешнее						
поступление	46	4,0	3,0			
выписка	46	7,9	2,7			
				-8,91	0,000	***
Я-отграничение внутреннее						
поступление	46	5,0	3,0			
выписка	46	9,6	3,9			
				-7,81	0,000	***
Нарциссизм						
конструктивный						
поступление	46	17,9	5,4			
выписка	46	23,8	5,2			
				-7,74	0,000	***
деструктивный						
поступление	46	12,0	4,8			
выписка	46	6,3	4,2			
				8,4	0,000	***
дефицитарный						
поступление	46	8,1	4,1			
выписка	46	3,6	2,7			
				9,4	0,000	***

Примечание, \bar{x} — средняя величина оценки; s^2 — дисперсия; t — ошибка средней; p — значимость различия; $*** < 1$ промилле.

Статистическое сравнение средних значений оценок по ММРІ при поступлении в клинику и выписке пограничных больных

ММРІ	п	х	s	t	Р	
Шкала лжи						
поступление в клинику	46	3,7	2,3			
выписка	46	3,9	1,9			
				-0,62	0,539	
Шкала достоверности						
поступление	46	14,5	5,7			
выписка	46	11,2	5,1			
				4,07	0,000	***
Шкала надежности						
поступление	46	10,8	3,2			
выписка	46	13,8	4,7			
				-4,42	0,000	***
Ипохондрия						
поступление	46	20,1	5,8			
выписка	46	16,0	5,3			
				4,77	0,000	***
Депрессия						
поступление	46	34,3	5,8			
выписка	46	26,5	6,1			
				7,85	0,000	***
Истерия						
поступление	46	30,9	5,3			
выписка	46	25,0	5,6			
				7,11	0,000	***
Психопатия						
поступление	46	31,6	5,0			
выписка	46	28,2	5,2			
				4,39	0,000	***
Мужественность/Женственность						
поступление	46	35,4	5,6			
выписка	46	35,9	4,7			
				-0,73	0,472	
Паранойя						
поступление	46	16,5	4,1			
выписка	46	14,0	4,7			
				3,87	0,000	***
Психастения						
поступление	46	35,6	7,1			

Статистическое сравнение средних значений оценок по ММРІ при поступлении в клинику и выписке пограничных больных

выписка	46	28,9	6,1			
				7,02	0,000	***
Шизофрения						
поступление	46	38,7	10,4			
выписка	46	30,5	8,1			
				5,74	0,000	***
Гипомания						
поступление	46	24,3	4,1			
выписка	46	23,7	3,6			
				0,89	0,378	
Социальная интроверсия						
поступление	46	42,7	9,5			
выписка	36	36,4	9,5			
				4,0	0.000	***

См. примечание к табл. 12.

В 1990 г. исследовалась эффективность стационарной терапии психозов (Burbiel I., Apfelthaler R., Schanne U., Seidler G., Wolftrum G., 1990).

210 психотических пациентов с диагнозами шизофрении и аффективного психоза обследовались до и после лечения. Применялся Я-структурный тест Аммона, ММРІ, Гиссенский личностный опросник (GT), Фрайбургский личностный опросник (FPI) и опросник для оценки изменений поведения и переживания (VEV).

В качестве следующего шага 50 пациентов обследовались в катамнезе. Результаты исследования до и после лечения, полученные по Я-структурному тесту Аммона, показали высокое, значимое изменение по всем шкалам, кроме деструктивной агрессии. Результат подтвердился и данными других методик, кроме FPI, который малопригоден для определения изменений. Это означает, что дефицитарные показатели всех гуманфункций изменялись с высокой достоверностью, конструктивные оценки также высокосignificantly возрастали. Деструктивная агрессия, напротив, не изменилась. Из этого может следовать вывод, что дефицитарная агрессия, как неполученная социальная энергия, через деструктивную терапевтическую дискуссию при конструктивных изменениях может превращаться в деструктивную, а затем и в конструктивную. В этом процессе изменений в терапии особенно важны требования к идентичности пациентов, которые у них всегда сопряжены с деструктивным страхом и деструктивной агрессией. Таким образом, то, что показатель деструктивной агрессии не изменился под влиянием лечения, свидетельствует о возможности превращения дефицитарной агрессии в деструктивную. В подгруппе больных шизофренией изменились все гуманфункций, лишь конструктивный страх незначительно, как и нарциссизм; деструктивная агрессия также изменилась незначительно. В противоположность этому, у пациентов с диагнозом аффективного психоза высокодостоверно изменились в терапевтическом направлении все гуманфункций, во всех проявлениях — дефицитарном, деструктивном и конструктивном, кроме деструктивной агрессии.

Полученные данные убедительно показывают, что лечение различными терапевтическими методами в Клинике Ментершвайге эффективно для редуцирования личностных и гуманструктуральных дефицитов и восстановления личностных структур. Это особенно важно в лечении пациентов с диагнозом аффективного психоза, которые в психиатрии считаются терапевтически резистентными. Результаты по ММПИ показывают существенные положительные сдвиги на уровне симптоматики и в области переживаний и поведения. В обеих группах значимо снизился бред преследования, идеи вины и самообвинения, показатели шкал «шизофрения» и «психастения». Помимо увеличения способностей к контакту, вследствие повышения конструктивной агрессии и большей гибкости отграничения, важным результатом было значительное снижение лечения нейролептиками при выписке из клиники. При поступлении в клинику нейролептики получали 45 % пациентов, при выписке — 8 %.

Катамнестическое обследование 50 пациентов через 1-5 лет после выписки из клиники показало, что 80 % их них определили свое качество жизни и своё развитие как хорошее, 60 % достигли улучшения своей работоспособности, жилищной ситуации и организации свободного времени. Только 10-20 % констатировали отсутствие улучшения или же ухудшение. Анализ неудач этих пациентов выявил тот факт, что они досрочно прервали своё лечение в клинике (это были хронизированные больные, которые не обращались за поддерживающим лечением).

Катамнестический проект Клиники Ментершвайге был продолжен в 1992 г. в виде изучения данных, полученных до и после лечения, а также катамнеза с применением различных психологических и психиатрических методов у больных-психотиков, которые лечились в клинике. В качестве инструментов исследования применялись опросник ММПИ, ISTA, GT для трех периодов измерения: T1 при поступлении в клинику, T2 при выписке из клиники и T3 через 1-7 лет после выписки из клиники (в среднем 4,1 года), и дважды проводилось анкетирование в периоде T3. При этом в качестве опросников применялись VEV (изменение переживаний и поведения) М. Zielke и С. Kopf-Mehnert и катамнестический опросник для получения данных об употреблении психофармакологических средств, о симптоматике, развитии личности, способностей к контакту, дружеских связях, трудовой и жилищной ситуации, свободном времени и др. Для исследования были привлечены две выборки в 60 и 104 больных-психотиков. Статистически изучались различия шкал — между T1 и T2, T1, T3, T2 и T3. Для успешной стационарной терапии психозов исследовательской группой были выбраны переменные, отвечающие задачам лечения. Эти переменные охватывали личность, переживания и поведение, организацию жизненной окружающей среды, а также симптоматику. Для всех переменных удалось установить позитивные изменения как для замеров «до-после лечения» (T1-T2), так и для долгосрочного и стабильного положительного эффекта лечения (T1-T3 и T2-T3). Среди результатов исследований за период T1-T2 21 шкала из общего количества 26 клинически релевантных шкал, а за период T1-T3 19 шкал ММПИ, ISTA и GT показали статистически значимые различия средних величин в направлении принятых терапевтических гипотез.

Терапевтический эффект оставался в течение от 1 до 7 лет после выписки в целом стабильным: это означает, что 20 шкал остались без изменений в период замера T3 со времени замера T2, а четыре показали дальнейшее улучшение. Результаты были подтверждены путём дисперсионно-аналитического сравнения данных исследо-

вания для всех трех периодов измерения. Кроме того, они были подтверждены обоими анкетными данными. Успех терапии после лечения в клинике выражался особенно в профессиональной ситуации, в партнерских отношениях и приеме психофармакологических средств (Burbiel I. et al., 1992). Часть этих данных отражена в табл. 14-16.

Результаты ISTA показали значимое улучшение по всем конструктивным значениям шкал между T1 и T2, которые даже через 1-7 лет после выписки остались стабильными. Деструктивные и дефицитарные показатели шкал значимо снизились. Однако, и при этом исследовании без изменений остался показатель деструктивной агрессии. Шкальные показатели деструктивного и дефицитарного страха, дефицитарной агрессии, внешнего Я-отграничения и деструктивного нарциссизма продолжали улучшаться и после выписки из клиники (T2/T3). Изменения по шкалам MMPI указывали для всех трех периодов измерения на значимое снижение, за исключением шкалы «гипомания». Показатели шкалы «паранойя» остались в период лечения в клинике T1-T2 без изменения, но значимо улучшились через 1-2 года после выписки из клиники. Результаты теста VEV показали значимое изменение в переживании и поведении. Напряжение, неуверенность и пессимизм достоверно снизились.

Катамнестический опросник показал, что 89 % опрошенных пациентов квалифицировали лечение в общем как успешное: 38 % как очень успешное, 51 % как успешное. 11 % определили лечение как неуспешное или даже констатировали ухудшение. При поступлении пациентов в клинику 59 % из них использовали психофармакологические средства. При выписке 26 % полностью отказались от них, у 12 % дозировка снизилась, 13 % пациентов ещё нуждались в медикаментах только при случае, на короткое время. У 7 % доза осталась без изменения только у 1 % она увеличилась. Позитивное изменение конструктивной агрессии и снижение показателей шкал «социальная интроверсия», «шизофрения», «психопатия» и «паранойя» по данным MMPI можно понимать в том смысле, что пациенты стали более контактными и способными успешнее устанавливать связи с собственным «Я» и с другими людьми, а также у них улучшилось ощущение самости. Они проявляли больше доверия и оценивали себя более реалистично в отношении своих способностей и границ. Это становилось особенно ясно по возрастанию конструктивной агрессии, страха и нарциссизма. Нарушенное самовосприятие, которое обнаруживало улучшение путем снижения деструктивного нарциссизма, создало возможность лучшей регуляции по отношению к внешнему и внутреннему миру, к чувствам и фантазиям. Для психотически-структурированных пациентов это особенно важная предпосылка их излечения. Если структурное изменение личности в намерстаивающем развитии гуманструктуры позитивно, что и являлось терапевтической целью в лечении, то симптомы теряют для пациентов своё значение. Важным результатом исследования эффективности явилось то, что психотические симптомы уменьшились, наиболее заметно в областях эмоциональности и мышления. Показатель шкалы «шизофрения» MMPI снизился точно так же, как галлюцинации, бредовые восприятия, навязчивые состояния, психотические и другие страхи. Об этом свидетельствовали изменения показателей шкал «психастения», «ипохондрия», «депрессия» и «паранойя» MMPI, шкал деструктивного страха и деструктивного нарциссизма ISTA. Результаты заполнения катамнестического опросника и VEV подтвердили ре-

дукцию симптомов, так как приём психофармакологических средств заметно снизился, и пациенты могли конструктивно реализовать в своём жизненном окружении достигнутые в клинике успехи в развитии. Что касается 11 % пациентов, которые определили свое лечение как неуспешное, то после аналитического исследования выяснилось, что они преждевременно прервали стационарную психотерапию и обнаружили хронизацию. Кроме того, оказалось, что они не получали последующего амбулаторного долечивания. Поэтому при необходимости следует продолжить лечение в клинике, чтобы стабилизировать их состояние или, может быть, даже добиться дальнейшего их развития. В этих случаях для долечивания, помимо учреждений амбулаторной терапии, очень важны терапевтические жилищные сообщества.

Эффективность лечения пограничных больных в клинике динамической психиатрии исследовалась в 1994 г. Фиксировались данные до и после лечения, а также в катамнестическом периоде от 1 до 10 лет после стационарного лечения (Burbiel I. et al., 1994).

Изучалась группа в количестве 74 пограничных больных. Были произведены три замера: T1, T2 и T3, аналогично определению эффективности для психотически-структурированных пациентов. Применялись те же методы, т. е. ISTA, MMPI, GT, катамнестический опросник и VEV. Результаты исследований по всем трем периодам представлены в табл. 14–16.

Обработка данных ISTA показала, что конструктивные значения шкал между T1 и T2 увеличились и через 1–2 года после выписки остались стабильными; дефицитарные и деструктивные значения шкал между T1 и T2 также значительно снизились. Шкальный показатель дефицитарного страха после выписки из клиники (период T2–T3) продолжал снижаться. Исключение и здесь составил показатель деструктивной агрессии, который за все периоды измерения остался неизменным.

Показатели 7 из 9 клинически релевантных шкал MMPI за три периода замеров значительно снизились. Шкалы «ипохондрия» и «гипомания» в период лечения в клинике (T1–T2) не изменились, но изменение выявилось между T1 и T3, при этом «социальная интроверсия» и «гипомания» снова значительно снизились.

GT показал достоверное изменение по периодам замеров T1 и T2 для шкал «основное настроение» и «социальное одобрение». Для шкал «открытость-замкнутость» и «социальные способности» при замерах в периоды T1 и T2 обнаружены длительные позитивные изменения.

По опроснику VEV пограничные больные за периоды T1–T2 и T2–T3 отметили улучшение, они воспринимали себя в своём социальном окружении и в своей работоспособности менее напряжёнными, более спокойными и оптимистичными.

Анализ данных катамнестического опросника показал, что пациенты оценивали себя как достигших улучшения по переменным симптоматики, развития личности, дружеских связей, способности к контактам, производственной ситуации, организации свободного времени и жилищной ситуации. 41,4 % из них оценивали лечение в клинике как очень успешное, 55,3 % — как успешное и 1,2 % — как неуспешное. 35,5 % пациентов перед началом лечения принимали психофармакологические средства. На момент катамнестического исследования 17,1 % больше не пользовались ими, 2,4 % снизили дозу, 4,9 % принимали эпизодически, 1,2 % употребляли ту же или повышенную дозу.

**Дисперсионный анализ по трем периодам замеров
для 74 пограничных больных (ISTA)**

ISTA		T1	T2	T3	Дисперсионный анализ	Тест Шеффе		
					Величина F	Р T1/T2	Р T1/T3	Р T2/T3
Агрессия								
конструктивная	M sd	9,33	12,51	12,23	24,60	***	***	
деструктивная	M sd	5,23 3,74	5,20 3,07	4,68 3,03	1,06			
дефицитарная	M sd	7,36 3,72	4,26 3,17	4,03 3,02	35,85	***	***	
Страх								
конструктивный	M sd	7,16 3,11	9,12 2,91	9,01 2,88	17,57	***	***	
деструктивный	M sd	8,64 3,99	6,41 4,05	5,54 3,80	24,98	***	***	
дефицитарный	M sd	6,18 2,84	4,46 2,75	3,59 2,35	34,67	***	***	*
Я-отграничение								
внешнее	M sd	4,78 3,01	7,11 2,97	7,27 2,98	31,80	***	***	
внутреннее	M sd	6,22 3,88	8,29 4,32	9,38 3,84	21,87	***	***	
Нарциссизм								
конструктивный	M sd	16,44	20,65	21,86	24,04	***	***	
деструктивный	M sd	10,95,35	6,86 4,74	6,48 4,53	29,29	***	***	
дефицитарный	M sd	7,86 4,09	4,58 3,40	4,20 3,83	31,84	***	***	

Примечание. (T1 = поступление в клинику, T2 = выписка из клиники, T3 = катамнез в пределах от 1 до 10 лет после ВЪЕПИСКИ (среднее значение 4,5 лет, s = 4,7). Средние значения — М, стандартное отклонение — sd, уровень значимости — р и величина — F. Дополнительный критерий Шеффе для исследования достоверности различий средних значений между наблюдениями в периоды T1, T2 и T3: р***<0,001, р**<0,1, р*<0,5.

Дисперсионный анализ по трем периодам замеров
для 74 пограничных больных (ММРІ)

ММРІ		Т1	Т2	Т3	Дисперсионный анализ	Тест Шеффе		
					Величина F	Р Т1/Т2	Р Т1/Т3	Р Т2/Т3
Ипохондрия	M sd	121,19 48,53	108,06 41,78	106,12 35,35	4,04		*	
Депрессия	M sd	14,10 4,76	9,97 5,46	8,58 4,82	33,13	***	***	
Истерия	M sd	15,42 5,85	11,76 5,96	10,30 4,92	21,74	***	***	
Психопатия	M sd	170,97 36,34	147,60 38,61	140,90 42,82	17,33	***	***	
Паранойя	M sd	9,22 3,86	7,28 3,81	6,31 3,42	18,28	***	***	
Психастения	M sd	207,46 47,08	168,88 51,51	164,73 43,83	33,42	***	***	
Шизофрения	M sd	151,34 40,92	118,36 41,66	111,04 36,87	38,31	***	***	
Гипомания	M sd	135,60 32,23	136,42 36,53	123,88 35,26	4,82		*	*
Социальная интроверсия	M sd	15,01 5,04	12,28 5,48	10,60 5,28	25,75	***	***	*

См. примечание к табл 14.

Были подвергнуты также сравнительному анализу результаты лечения в Клинике Ментершвайге двух групп психотических пациентов: с шизофренией и аффективными расстройствами. При общих положительных тенденциях динамики состояния за время пребывания в стационаре имеется ряд интересных отличий между исследованными диагностическими группами. Достоверность улучшения прослеживается в группе больных шизофренией на более низком уровне и выявляется в меньшем количестве использованных параметров. Так, в отличие от больных аффективными расстройствами больные шизофренией не демонстрируют достоверной положительной динамики по показателям конструктивной тревоги, дефицитарного нарциссизма (ISTA), «психопатия», «социальная интроверсия» (ММРІ), «открытость-замкнутость» GT. Есть лишь один параметр, по которому больные шизофренией показали

лучшую динамику по сравнению с аффективными больными — «социальное одобрение» GT. Следует, однако, отметить, что выраженность этого параметра была у аффективных больных изначально более благоприятной.

Таблица 16

Дисперсионный анализ по трем периодам замеров для 74 пограничных больных (GT)

Гиссенский тест		T1	T2	T3	Дисперсионный анализ	Тест Шеффе		
					Величина F	Р T1/T2	Р T1/T3	Р T2/T3
Социальное одобрение	M sd	40,44 12,29	46,06 11,80	45,27 10,61	8,05	***	*	
Доминантность	M sd	40,39 12,99	36,08 10,27	39,98 6,95	5,21	*		*
Контроль	M sd	47,39 11,89	48,30 11,58	46,36 9,45	0,54			
Основное настроение	M sd	64,64 10,21	59,73 10,40	57,97 10,55	12,31	**	***	
Открытость-замкнутость	M sd	60,30 12,55	56,56 12,97	53,68 9,08	8,33		***	
Социальные способности	M sd	58,98 12,51	52,97 11,88	52,76 9,48	4,19		*	

См. примечание к табл. 14.

Отсутствие положительной динамики по параметру конструктивной тревоги у больных шизофренией (в отличие от аффективных больных) означает, что они в меньшей степени готовы раскрывать окружающим свою тревогу, что, в свою очередь, влечет за собой дефицит социальной поддержки. Они не решаются делать шаги по обретению идентичности личности, всегда связанные со страхом неудачи. Даже повседневные обычные требования жизни они воспринимают чрезмерно обременительными. Различия между диагностическими группами по параметру дефицитарного нарциссизма также подтверждают то, что больные шизофренией не готовы воспринимать всерьез чувство тревоги, делиться ею с окружающими и просить поддержки. Отсюда проистекает ощущение недостаточности внимания к себе окружающих вследствие предполагаемой собственной малозначительности и занимаемой ими пассивно-требовательной позиции. Недоверчивость, замкнутость, тенденции к социальному уходу, сохраняющиеся у больных шизофренией по сравнению с аффективными больными, подтверждаются соответствующей разницей в динамике по параметрам «социальная интроверсия» MMPI и «открытость-замкнутость» GT. Сравнение динамики по параметру «психопатия» (MMPI) показывает, что больные

шизофренией в большей степени демонстрируют ненадежность, упрямство и конфликтность как реакцию на проблемы в общении.

В целом можно сказать, что в ходе стационарной психотерапии происходит достоверное улучшение состояния в обеих диагностических группах, причем у больных шизофренией оно несколько менее выражено и отражает особенности личности этих больных.

При сравнении показателей при поступлении и в катamnестическом периоде общие тенденции остаются благоприятными для обеих групп, но с меньшей степенью выраженности у больных шизофренией. Это подтверждает гипотезу о том, что результаты стационарной психотерапии психозов оказываются долгосрочными. Различия между группами также (за исключением параметра «социальное одобрение» GT) складываются не в пользу шизофрении, но проявляются в других показателях. Больные шизофренией менее активны в обращении к окружающему миру (конструктивная агрессия, ISTA), в меньшей степени готовы воспринять свой страх перед жизнью (дефицитарная тревога, ISTA) и в большей степени погружены в свой внутренний мир (шизофрения, MMPI).

Сравнение показателей при выписке и в катamnестическом периоде показывает, что улучшение, достигнутое в ходе лечения оказывается не только долгосрочным, но и достаточно стабильным. Различия между диагностическими группами проявляются лишь в двух параметрах, свидетельствуя о дальнейшем улучшении состояния. Больные шизофренией в большей степени оказываются способными нейтрализовать свою дефицитарную агрессию, а у больных аффективными расстройствами, как можно было ожидать, в большей степени снижается уровень показателя паранойи (MMPI).

Различия в динамике показателей прослеживаются только между интервалами наблюдения в отдельных диагностических группах. Сравнение же достигнутых изменений между группами достоверных различий не выявляет. Это свидетельствует о том, что психотерапия является одинаково эффективной в обеих группах и нельзя говорить о том, что какая-то из них менее доступна психотерапевтическому вмешательству.

Данные катamnестического интервью свидетельствуют о сходных для обеих групп тенденциях к позитивной оценке реальной адаптации в различных сферах жизни.

Хотя психотерапия больных шизофренией оказывается не менее эффективной, чем больных аффективными расстройствами, больные шизофренией в некоторых жизненных сферах в большей степени сталкиваются с проблемами (в особенности партнерские и супружеские отношения, сексуальность и ревность). Здесь могут играть роль такие факторы, как разница в мотивации к терапии в зависимости от длительности заболевания и интенсивности поддерживающей терапии после выписки. Поддерживающей фармако- и психотерапии принадлежит решающая роль в сохранении успеха, достигнутого в клинике. На этом этапе высвобождение из патологического симбиоза при помощи новых контактов и групп, необходимое для роста идентичности личности, в ходе дальнейшей амбулаторной психотерапии в послевыписном периоде может стать основой для проработки эдипальной проблематики ревности и сексуальности во многом сходной технически с тем, как это делается в клинике невротиков. Это представляет собой заключительную фазу психотерапии психозов в динамической психиатрии.

Представленные выше исследования эффективности и катамнестические данные показывают, что динамико-психиатрическое лечение с его многомерным, интегрированным вербальным и невербальным лечебным спектром является эффективным методом лечения для пациентов с психозами и пограничными заболеваниями. При этом важно, что достигаются не только положительные результаты в области симптоматики, но также гуманструктуральный рост личности и повышение качества жизни в целом. В отношении структуральных изменений личности в литературе не имеется сравнимых исследований эффективности.

Можно сказать, что стационарная психотерапия в Клинике Ментершвайге предоставляет психически больному условия, в которых он может высвободиться из задержки развития своей личности, развивать Я-функции, превращая их деструктивные параметры в конструктивные. Пациент оказывается более способным переносить тревогу и кризисные ситуации, завязывать и поддерживать новые контакты и отношения, наполнять жизнь в целом лучшим качеством и смыслом.

Полученные данные подтверждают, что стационарная психотерапия больных с расстройствами личности, так же как и для диагностических категорий шизофрении и аффективных расстройств, оказывает достоверно положительный эффект, сохраняющий свою стабильность на протяжении долгосрочного катамнестического периода.

Действенность динамико-психиатрического лечения была признана также в российской психиатрии и оно было введено в некоторых психиатрических центрах. Милитерапевтическую концепцию Клиники Ментершвайге особенно поддержала и внедряет Российская психотерапевтическая ассоциация.

Первые шаги на этом пути сделал Институт им. В. М. Бехтерева, а также Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2. В Институте им. В. М. Бехтерева в Санкт-Петербурге С. Г. Баженова, Н. Б. Лутова и В. Д. Вид (1999) исследовали специфические терапевтические эффекты милитерапевтической группы, которая была включена в лечебную программу отделения восстановительной терапии психически больных.

9. ОБУЧЕНИЕ И СУПЕРВИЗИЯ

Так как в динамической психиатрии в дополнение к лечению пациентов с невротическими расстройствами разработана терапевтическая концепция лечения больных с ранними расстройствами, то возникла необходимость соответственно модифицировать подготовку терапевтов, исходя из психоаналитически-групподинамически ориентированного направления. Основным для обучения всех сотрудников, в том числе больше применяющих групподинамические методы в плане «здесь и сейчас», является понятие «образа человека» в динамической психиатрии, основанное на гуманструктуральной концепции, как целостного, развивающего группового индивида, с взаимосвязями и признанием многомерной интегрированной личности и идентичности.

Для развития кандидата на обучение необходимо, чтобы он добился укрепления и роста своей собственной идентичности, чтобы он познал себя в своих групподинамических связях и мог бы совершать внутренние процессы отделения между прошлыми и настоящими групповыми динамиками. Для этого необходимо, чтобы он мог сам себя ощутить, выразить и отразить в различных групподинамических группах. Для терапевтического лечения пациентов с архаическими расстройствами «Я» важно, чтобы терапевт приносил качества, которые дают возможность идентификации с ним, а также партнерские отношения, при которых он предоставляет себя в распоряжение как личность и человек. Важными качествами терапевта должны быть: надёжность, доброта, заботливость, оптимизм, азарт, юмор и гибкая способность усваивать знания. Кандидату на обучение должна быть предоставлена возможность приобрести опыт во всех методических областях лечебного спектра динамической психиатрии, как например, в групповой психотерапии и в невербальных методах, прежде всего в гуманструктуральной танцтерапии и миле-терапии. В собственном учебном анализе и в учебной терапии важно, чтобы он мог прорабатывать своё, лично испытанное страдание и таким образом делать шаги к собственному развитию и идентичности, потому что для лечения в динамической психиатрии важна способность к развитию, принятию новых требований к своей идентичности. При обучении или повышении квалификации для изучения групподинамических процессов в распоряжение студентов в учебных институтах предоставляются теоретические и практические возможности приобретения опыта на семинарах, в динамических группах для самопознания, а также в балинтовских группах.

Супервизия имеет в динамической психиатрии важное значение для проработки контрпереноса и сопротивления, а также для интеграции различных терапевтического аспектов относительно отдельных пациентов. Супервизия в динамической психиатрии использует феномен отражения и групповую динамику. Феномен отражения был открыт R. Eckstein, R. S. Wallerstein (1958), которые при проверке молодых кандидатов на обучение случайно констатировали некоторые параллельные процессы между

ними и их пациентами. Этим феноменом заинтересовался G. Ammon и использовал его в качестве особого принципа, который следует иметь ввиду во всей супервизионной группе, как действенный инструмент. Так в условиях «здесь и сейчас» контрольной группы психодинамика и динамика первичной группы супервизируемого пациента становятся для всех осязаемой и доступной пониманию, потому что становятся ощутимыми и понятными чувства пациента в ином виде, в изображении лечащих терапевтов. Это прямое вторичное восприятие даёт затем возможность рациональной проработки психодинамики проекций, процессов переноса и контрпереноса и сопротивлений. Все члены супервизионной группы могут ощутить и испытать на себе, какая динамика лежит в основе конфликта пациента. Супервизионная группа может отобразить не только раннюю динамику первичной группы пациента, но и его актуальный терапевтический процесс в соответствующей терапевтической группе или его реальную жизненную ситуацию. Так как каждая супервизионная группа составлена из различных людей с отличающейся психодинамикой, то соответственно каждый член группы всегда будет реагировать по-иному, как определённые люди, которые имеют важное значение в процессе отношений пациента. Вследствие этого в супервизионной группе всё в целом групподинамическое поле пациента на основе описаний отдельных терапевтов, работающих с пациентом в невербальном и вербальном терапевтическом поле, может отразить и наглядно представить соответствующие эмоции и динамику, которые касаются пациента в группе. Становятся ясными процессы разногласий, проекции, жизненные запреты, враждебные отношения, но также и позитивные, креативные проявления. Супервизия становится важной групподинамической работой, так как вследствие разногласий вся бригада может деструктивно и агрессивно распасться и враждебно полемизировать между собой. Здесь в непосредственном групповом процессе необходимы интерпретационный и интеграционный уровни.

Таким образом, в плоскости супервизии происходит важная интегративная работа для пациента, поскольку ликвидация процессов сопротивления, осознание контрпереноса, понимание и ощущение противоречивости, одиночества, беспомощности пациентов и их защитных механизмов позволяет сделать важный шаг развития в терапевтическом понимании, бессознательные процессы пациента могут стать сознательными и тем самым ликвидированы.

Феномены отражения в смысле принципа R.Eckstein-R.S.Wallerstein применяются также в индивидуальной супервизии как важное средство контроля.

10. РАЗВИТИЕ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ Г. АММОНА В РОССИИ (ОПЫТ ИНСТИТУТА ИМ. В. М. БЕХТЕРЕВА И ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ)

10.1. Создание русскоязычной версии Я-структурного теста Аммона (ISTA)¹

10.1.1. Методологические предпосылки

Усложнение социально-политической, экономической и демографической ситуации в обществе предъявляет особые требования к развитию и применению психологических знаний. С одной стороны, значение человеческого фактора как источника активного творческого преобразования окружающей действительности неизмеримо возрастает, а с другой стороны, теперь значительно в большей степени чем раньше психическое здоровье уязвимо из-за усложнившихся отношений человек-среда. В этой связи психологические теории давно перестали быть «экзотическим» дополнением к социальным, экономическим, техническим и другим знаниям. Психология активно участвует в подборе и оптимальной расстановке кадров, создании благоприятной среды для творческой реализации личности, максимального использования индивидуального потенциала человека в процессе воспитания и образования. Но не менее важен учет психологических факторов в процессе возникновения и разрешения межличностных конфликтов, выборе оптимальных стратегий психологической адаптации в ситуациях «катастроф», преодоления жизненных кризисов, диагностики и коррекции отклоняющихся форм поведения, компенсации психических и физических дефектов, т. е. в решении проблем психического здоровья.

Одной из отличительных особенностей современного состояния в этой сфере является отмечаемый многими авторами рост числа пограничных нервно-психических расстройств, к которым трудно применить традиционные психиатрические критерии оценки.

Существенно возрастает потребность в «тонких» психодиагностических методах исследования. Несмотря на то, что арсенал клинической психодиагностики достаточно обширен, его все же явно не хватает для решения многих задач, выдвигае-

1. Предлагаемая версия Я-структурного теста Аммона (ISTA) разработана Ю. Я. Тупицыным, В. В. Бочаровым, Т. В. Алхазовой, Е. В. Бродской (Институт им. В. М. Бехтерева) при участии А. А. Чуркина и Б. С. Положего (ГНЦС и СП им. В. П. Сербского).

мых современной жизнью. Одной из существенных проблем психодиагностических методов, по-видимому, является их значительная привязанность к строго определенным теоретическим концепциям. Это в значительной мере затрудняет практическую операционализацию тестовых результатов, другими словами, тест, зачастую, содержит весьма ценную информацию, но ее непосредственное применение в сильной степени зависит от психологической образованности исследователя. А так как часто психодиагностическую информацию использует не только профессиональный психолог, но и педагог, врач, социальный работник и др. возрастает возможность некорректной интерпретации тестовых результатов.

Таким образом, современный психодиагностический инструмент (тест) должен, по-видимому, позволять не только получать психологически важную информацию, но и представлять ее в форме удобной для практического использования.

Эта общая для всей психологической науки ситуация в России приобретает особую остроту, потому что методологическая база отечественной психодиагностики была существенно ограничена. Многие результаты западных школ долгое время оставались не востребованными. Теперь, когда сняты идеологические барьеры, ситуация заметно изменилась. Одной из наиболее актуальных задач стало использование возможностей многостороннего описания личности, привлечение уже найденных решений в отечественные диагностические исследования. Однако, безусловная опасность такого подхода таится как в возможности утраты целостности объекта описания — личности человека, так и в возрастающей вероятности некомпетентных трактовок получаемых экспериментальных данных, в том числе и вследствие наличия транскультуральных различий.

В данном разделе монографии рассматривается русскоязычная версия Я-структурного теста, созданного немецкими психологами на основе концепции личности G. Amnion. Методика разработана авторами в соответствии с принципами динамической психиатрии. В связи с этим, наряду с традиционными сведениями о диагностических возможностях методики, собственно параметрах теста, приемах обработки и интерпретации получаемых данных и областях применения, целесообразно напомнить теоретические положения динамической психиатрии и представления о личности.

Новизна предлагаемой методической разработки состоит в том, что впервые в России создана русскоязычная версия психоаналитической тестовой методики, позволяющей целостно описать структуру личности в совокупности ее здоровых и патологически измененных аспектов.

Динамическая психиатрия G. Amnion представляет собой самостоятельное направление в развитии современной медицины. Она возникла и тесно связана с психоанализом, но в отличие от последнего в холистическом подходе стремиться максимально интегрировать различные аспекты понимания сущности человека.

Динамическая психиатрия выработала самостоятельные представления о закономерностях развития человеческой личности, структуре и динамике психической деятельности, психическом здоровье, причинах и механизмах его нарушений, формах психической патологии, методах терапии.

Как и в любом психоаналитическом направлении важнейшую роль в динамической психиатрии имеет понятие бессознательного. Однако представления о границах бессознательного, механизмах его функционирования, соотношении с осознаваемым

в рамках данного направления вполне самостоятельны и имеют свою специфику, представленную в соответствующих теоретических концепциях и основополагающих понятиях динамической психиатрии таких как гуманструктуральная модель личности, многомерность, социальная энергия, социально-энергетическое поле, идентичность, групповая динамика, психотерапевтическая среда, архаические заболевания «Я», спектральный характер психических нарушений, наиверстающее развитие «Я».

В рамках настоящего изложения особое значение имеют представления Г. Аммон о структуре личности. Последняя понимается как сложное многоуровневое структурное образование с выделением первичных органических структур, которые охватывают нейрофизиологические и биологические функции человека; центральные бессознательные функции, такие как агрессии, страх, сексуальность, креативность, нарциссизм и т. д.; вторичные сознательные функции, которые определяют содержание способностей и навыков человека.

Основополагающим понятием личности является Я-идентичность, именно она представляет собой ядерное психологическое образование, обеспечивающее целостность личности. Идентичность теснейшим образом связана с другими центральными психическими функциями, деятельность которых опосредуется идентичностью и опосредует ее, другими словами, структура центральных Я-функций, будучи в значительной мере обусловлена характером идентичности, в свою очередь, обеспечивает ее сохранение и развитие. Процесс развития человека, возникновение психических расстройств и их преодоление понимаются динамической психиатрией как процесс преобразования Я-идентичности.

Вторичные Я-функции (переживания, способности и навыки) представляют собой поведенческую реализацию центральных Я-функций, опосредованную телесными (биологическими, соматическими, физиологическими и нейрофизиологическими) особенностями индивидуума. Эти функции в отличие от центральных осознаются и определяют конкретное содержание психической активности и своеобразие жизненного стиля человека. Гуманструктуральная модель личности Г. Аммон, и это отличает ее от большинства психологических концепций личности, не может быть понята вне процесса взаимодействия индивидуума и окружающей среды. «Структура подразумевает прежде всего статичное представление о личности. При динамическом рассмотрении, индивидуальная структура является системой, свойства которой вытекают не только их многомерной статичной структуры, но и из динамических обменных процессов, которые происходят как внутри системы, так и между системой и ее окружением. Индивидуальная система гибко раскрывается навстречу полям межличностных отношений, так что восстановление и изменение структуры личности возможно через процессы обмена социальной энергией» (Ammon G., 1981).

Таким образом, развитие и функционирование личности может быть понята с позиций динамической психиатрии только как результат взаимодействия индивидуума и окружающей среды, при этом в качестве важнейшего средового фактора выступают межличностные отношения. Интегрированная совокупность межличностных отношений фактически представляет собой ту психодинамическую почву, в которую вписывается индивидуум в процессе социализации, т. е. формирования специфически человеческой личности.

Особое значение имеет «динамический, энергетический» аспект; межличностные отношения по сути понимаются динамической психиатрией не как «пересекающиеся интеракции, а как групповое динамическое поле». Для понимания внутренней динамики обменных процессов, осуществляющихся между индивидуумом и первичной группой, в которой формируется человек, G. Amlion вводит понятие «социальная энергия».

Социальная энергия представляет собой эквивалент ортодоксального психоаналитического «либидо». Однако, в отличие от последнего по своей природе она отражает не результат биологического функционирования организма, а процесс межличностного взаимодействия. Следует подчеркнуть, что в понятии социальной энергии не содержится чего-либо «мистического»; в основе его лежит хорошо известный, описанный еще К. Levin, феномен силового взаимодействия психических полей, подчиняющегося групповым динамическим закономерностям. По своему характеру обменные энергетические процессы между группой и индивидуумом могут быть как позитивными, способствующими развитию Я-идентичности, так и негативными, препятствующими формированию «здоровой» личности.

Важнейшим структурным образованием, обеспечивающим характер такого взаимодействия являются центральные Я-функции; эти интрапсихические образования понимаются в динамической психиатрии как своего рода «органы», призванные обеспечивать индивидуальную психологическую адаптацию. Как и всякий другой орган эти функции могут быть сформированы «нормально», «патологически» или «задержаны» в своем развитии.

Решающим здесь является характер взаимодействия как в первичной группе (прежде всего родительской семье), так и в целом в групподинамическом жизненном поле. В свою очередь уровень сформированности Я-функций определяет особенности взаимодействия в последующих межличностных отношениях, т. е. обмене «социальной энергией».

Такой обмен может позитивно расширять возможности личности, способствовать ее интеграции (развитию Я-идентичности), обеспечивать оптимальную адаптацию к среде и, другими словами, иметь конструктивный характер, с одной стороны; деформировать личностную структуру, дезинтегрировать процесс становления Я-идентичности, дезадаптировать, т. е. действовать деструктивно — с другой; или же препятствовать становлению личности, необходимой дифференциации психических функций, снижать интенсивность динамических межличностных взаимодействий и тем самым порождать функциональный интрапсихический дефицит.

В связи с этим динамическая психиатрия выделяет три качества социальной энергии и соответствующие им три составляющие функциональной организации «Я»: конструктивность, деструктивность, дефицитарность.

С точки зрения методологии Я-структурного теста Аммона особое значение имеет понимание соотношения сознательного и бессознательного в концепции динамической психиатрии. Идентичность, центральные Я-функции и частично телесные функции находятся в области бессознательного. Сознание же охватывает лишь вторичные психологические функции (способности, переживания и навыки). Таким образом, центральные личностные образования, являясь «гипотетическим конструктом», недоступны непосредственному наблюдению, и могут проявляться лишь через вторичные функции, деятельность которых в значительной мере ими определяется.

Бессознательное понимается G. Amnion «как выражение (конденсат) отношения, которое в различных формах вновь открывается в каждой актуальной интеракции», тем самым создается «предпосылка для измеримости гуманфункций».

В тестовом психодиагностическом аспекте такое понимание соотношения сознательного и бессознательного, а также функциональный характер последнего позволяют сформулировать на первый взгляд парадоксальное положение о доступности измерения бессознательного с помощью сознательного самоотчета. Вместе с тем возможность такого измерения действительно существует, если в тестовых утверждениях закладывается набор ситуаций, в которых может более или менее однозначно проявиться бессознательное. Другими словами, утверждения в Я-структурном тесте Аммона должны перемещать испытуемых в групповые динамические ситуации, при этом бессознательная Я-структура должна выражаться самооценками собственных переживаний и поступков в представленных ситуациях отношений. Иначе говоря, утверждения должны представлять собой своеобразные проективные «ловушки» для бессознательных центральных Я-функций.

С методологической точки зрения особенно важным является вопрос о выборе тестовых «мишеней». Проблема состоит в том, что в теоретическом плане бессознательное включает потенциально бесконечное количество Я-структур. В этой связи неизбежно актуализируется необходимость отбора тех образований, которые, с одной стороны, репрезентативно отражают целостную структуру бессознательного, а с другой, наиболее информативны для решения практических, например, психотерапевтических задач.

В представляемой версии Я-структурного теста Аммона такими образованиями являются агрессия, страх, контроль границ Я (Я-отграничения), нарциссизм и сексуальность. В своей совокупности эти центральные гуманфункции (в терминологии G. Amnion) составляют определенный «срез гуманструктуры». Таким образом, Я-структурный тест Аммона может рассматриваться как развивающаяся психодиагностическая система, в которую в последующем могут быть включены диагностические оценки состояния других центральных Я-функций, как, например, креативность, телесное «Я» и др.

Далее целесообразно кратко напомнить основные понятия, используемые в настоящий момент диагностической системой ISTA. К ним прежде всего относится понятие *агрессии*. В современной психологии не существует единого представления о психической реальности, однозначно соотносимой с понятием агрессии. К агрессии относят широкий спектр явлений, характеризующих отношения индивида с окружающим. Одни исследователи рассматривают агрессию как важную характеристику поведения индивида, направленного на преодоление препятствий, в качестве которых могут выступать как внешние предметы, события, люди, так и собственные психические особенности. Другие подчеркивают интрапсихический характер этого феномена, т. е. прежде всего говорят об агрессивности как об устойчивом свойстве субъекта, отражающем его врожденно-биологические или социально-приобретенные особенности. В этой связи выделяют ауто- и гетероагрессию, темпераментную и характерологическую, конкретно ситуационную или личностную агрессивность.

Исследователи расходятся во взглядах относительно того круга явлений, которые принадлежат феномену агрессии. В зависимости от теоретических предпочтений сюда включаются действия индивидуума по преодолению встречающихся Труд-

ностей или фантазии, субъективные интерпретации, сновидения, в которых отражается стремление к нанесению ущерба, реальные поступки или символические действия, самостоятельная активность субъекта, связанная с отстаиванием собственных интересов или чувство недоброжелательности внешнего окружения, физические действия или словесные высказывания и т. п.

Многогранность феномена агрессии проявляется и в том значении, которое придают ему различные авторы. Если одни рассматривают его как исключительную деструкцию, то другие акцентируют внимание на аспекте адаптивности - дезадаптивности агрессивных проявлений.

В концепции динамической психиатрии агрессия рассматривается как центральная Я-функция. Тем самым, во-первых, подчеркивается ее важнейшее значение как структурной личностной составляющей, а во-вторых, указывается на функциональный, активно-приспособительный характер этого интрапсихического образования. Агрессия понимается как степень активности отношения индивида к окружающему миру в целом и отдельным его аспектам, как уровень целенаправленности и целесообразности душевной деятельности. Агрессия обеспечивает способность к контактам, формированию и удержанию целей, активно-любопытное отношение к миру. Агрессия, таким образом, изначально представляет собой общий потенциал активности, которым располагает личность для решения задач адаптации и поддержания идентичности. Вместе с тем, в зависимости от характера структуры групподинамических полей, т. е. структуры отношений прежде всего в первичной (родительская семья), а в последующем и референтных (ближайшее окружение) группах, агрессия может терять свое приспособительное значение, становясь дезинтегрирующим и дезрегулирующим фактором.

Одним из важнейших психических феноменов, обсуждаемых во всей психологической, в том числе психоаналитической литературе, является *тревога*. Родается ли человек с чувством страха, тревоги, или они возникают в процессе жизни? Имеет тревога телесные или психические корни? Представляют собой тревожные состояния болезненный симптом, или они являются «нормальной» составляющей душевной деятельности? Выполняет тревога адаптивно-приспособительную роль, или она просто дезорганизует любую психическую активность? Является тревога свойством темперамента человека, чертой его характера или это ситуативная реакция? Тот или иной ответ на любой из этих вопросов зачастую рождает целое направление в психологии.

Несмотря на многочисленные исследования до настоящего времени остаются непроясненными многие вопросы, связанные с происхождением тревоги/страха, механизмами их проявления, ролью в интрапсихической интеграции, значением в патогенезе психических расстройств и соматических нарушений.

В современной зарубежной и отечественной психиатрии и медицинской психологии принято различать в спектре явлений тревожного ряда прежде всего страх как эмоцию, возникающую в ситуациях угрозы биологическому или социальному существованию индивида и направленную на источник действительной или воображаемой опасности; и тревогу как эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и имеющее интрапсихическое происхождение. Феноменологическая яркость явлений тревожного ряда (от эмоционального напряжения, свободно плавающей тревоги, фобий до страхов о неотвратимости надвигающейся

мировой катастрофы) обуславливала понимание тревоги/страха прежде всего как особых эмоциональных состояний.

В концепции динамической психиатрии, напротив, акцент в рассмотрении тревоги ставится на ее функциональном значении. Тревога/страх рассматриваются здесь преимущественно как центральная личностная функция, выполняющая особую роль в интрапсихической организации индивида. С позиций динамической психиатрии, таким образом, имеется возможность использовать различные подходы в понимании феномена «тревоги».

В своей основе тревога представляет собой важнейший регулятор взаимоотношений индивидуума и среды. Другими словами, именно она позволяет ориентироваться субъекту в сложном мире объектных отношений. Тревога необходима как условие проявления активности, приобретения нового опыта, поддержания и развития Я-идентичности. При этом важно, что тревога возникает, по мнению G. Ammon, во всякой ситуации, требующей подтверждения идентичности, и, фактически, является «энерго-регуляторной величиной преодоления таких ситуаций». Как и ранее описанная Я-функция агрессии, тревога, как центральное функциональное составляющее «Я», решающим образом формируется в раннем симбиозе, т. е. в контакте с матерью и первичной группой. Характер взаимодействия определяет основные особенности этой центральной Я-функции. Станет ли она «нормальным» регулятором психической деятельности, способствуя адекватному приспособлению индивидуума, или же будет дезинтегрировать деятельность «Я», целиком определяется спецификой бессознательного групподинамического поля, которое окружает развивающуюся личность.

Опасность, по мнению G. Ammon, необходимым образом присуща действительности, а потому наличие определенного уровня чувства тревоги/страха обязательно для нормального развития Я-идентичности. Особое место при этом имеет развитие способности сосуществовать с этой тревогой. Такая способность обеспечивает возможность, с одной стороны, получать информацию необходимую для объектного манипулирования, с другой стороны, сохранять психическую интеграцию. Недостаточность такой способности приводит к существенным деформациям в развитии Я-функции тревоги: угрожающая информация может вести к дезинтеграции, определенным нарушениям целостности «Я», и, тем самым, Я-функция тревоги становится деструктивным фактором, препятствующим приспособлению. Отсутствие данной способности вызывает функциональный дефицит, вовлекающий в процесс адаптации другие Я-функции и, таким образом, деформирующий целостную структуру «Я».

Одним из наиболее сложных и наименее разработанных в психологии вопросов является вопрос о границах «Я». Здесь со всей отчетливостью проявляется проблема многозначности самого понятия «Я», которое, с одной стороны, может рассматриваться в контексте метафизической дихотомии «Я»–«Не-Я», где познающему субъекту противостоит внешний мир, с другой, — в контексте соотношения различных интрапсихических образований, таких например, как Ид, Эго, Супер-Эго, Я-идентичность, Самость, Идеал «Я», Образ «Я» и т. д. Исследователи существенно расходятся как в определении тех содержаний, которые образуют «Я», так и в описании основных психических процессов, конституирующих структуру «Я».

Понятие «Я», как отдельного интрапсихического образования, особой подструктуры личности было введено психоанализом S. Freud. В психоаналитических

теориях, в отличие от ранее существовавших представлений, «Я» рассматривается не как совокупность внутреннего жизненного опыта человека, а как осознаваемое отождествление индивидуумом себя в качестве субъекта своих мыслей, эмоций, чувств и действий, сохраняющего внутреннее психологическое тождество настоящего, прошлого и будущего. Такое понимание актуализирует вопрос о границах «Я», другими словами, существенно обостряется потребность разграничения «Я» и «Не-Я» уже не в абстрактно-философском, а конкретно психологическом смысле. Здесь, прежде всего, важны два аспекта отношений: «Я» и внешнее окружение, «Я» и внутреннее психическое.

Уже со времен S. Freud, выделившего «Я» в самостоятельную подструктуру, Я-границы понимались не как абстрактная демаркация или пассивный механический барьер (фильтр), а как динамическое единство многих психических процессов. Иначе говоря, Я-граница мыслилась как процесс разделения различных психических содержаний, осуществляемый на основе сознательных субъектных идентификаций. «Я» рассматривалось как инструмент для разрешения противоречий между сознанием и бессознательным, индивидуумом и внешней реальностью, инстинктом и моральными требованиями социума.

Развивающаяся Эго-психология, начиная от ранних работ А. Freud (1936), вплоть до исследований Е. Н. Erikson (1965) отводит «Я» центральное место в интегральной психической организации человека. В связи с этим большинство авторов последовательно указывают на значительную автономность «Я» и наделяют его собственной структурой, которая, наряду со сферой относительно «свободной» от инстинктивных потребностей, притязаний окружающего мира и конфликтов, содержит «первично заданные автономные предрасположенности» (Hartmann Н., 1939) к прогрессивной нейтрализации либидонозной и агрессивной инстинктивной энергии. Эти предрасположенности фактически представляют собой «автономные функции Я» (Rapaport D., 1958), препятствующие гипердаптации как к инстинктивным требованиям, так и к внешней окружающей реальности.

В гуманструктуральной модели личности G. Ammon используется разработанная Р. Federn (1952) концепция «подвижной границы Я». Р. Federn считал, что «Я» представляет собой своего рода «динамическое единство, окруженное гибкими границами». Эти границы являются «периферическим органом восприятия снаружи и изнутри» и загружены переменным количеством свойственной «Я» нарциссической энергии.

Разделяя теоретические представления Р. Federn об «относительной автономии Я», о «гибких границах Я» и о «первично заданных автономных предрасположениях Я», G. Ammon (1988) понимает построение «подвижных» границ «Я» как решающую фазу в развитии «Я», именно оно позволяет человеку «переживать чувство и сознание собственной идентичности, что обозначает отмежевание от мира фантазий, от окружающего мира, при этом выделение индивидуумом себя из раннего детского симбиоза представляет первый творческий акт в собственном опыте идентичности.

Специфика групподинамических условий разрешения симбиотических связей в первичной группе (характер интерперсональных отношений в семейном окружении ребенка) может способствовать, или напротив, затруднять (вплоть до «запрещения») формирование и последовательное постоянное расширение границ «Я», т. е. либо создавать предпосылки, либо препятствовать формированию бесконфликтной,

относительно свободной от прессинга внутренних потребностей и внешней реальности деятельности как всех центральных Я-функций, так, в первую очередь, функции отграничения «Я». Таким образом становление Я-границ является центральным пунктом развития человеческой (гуманструктуральной) психической интеграции.

Введенное в научный оборот P.Nacke понятие «Нарциссизм» является до настоящего времени едва ли не самым туманным. Мнения исследователей расходятся как относительно объема данной категории, границ и статуса явления обозначаемого этим термином, так и относительно природы нарциссизма, механизмов его возникновения и конкретных форм проявления. В частности, до сих пор нет единодушия по вопросу структурного значения нарциссизма: является ли нарциссизм самостоятельным структурным образованием личности или репрезентирует другие интрапсихические инстанции. Неясно, с какими из психологических образований нарциссизм наиболее тесно связан; относится ли нарциссизм к кругу исключительно патологических явлений или присущ нормально функционирующей психике; представляет собой нарциссизм сугубо энергетический феномен или лишь отражает направленность энергетических процессов; является ли нарциссизм обязательной стадией онтогенетического развития или репрезентирует фазу развития человеческой духовности.

Различные суждения высказываются также относительно степени осознанности нарциссизма, меры его устойчивости как особого психического состояния, связи с телесными функциями вообще и сексуальностью в частности. Кроме того, чрезвычайно разнообразны позиции исследователей, касающиеся того, в каких субъективных феноменах проявляется нарциссическая организация, иначе какими психическими образованиями представляется она самому субъекту. В частности, нарциссизм нельзя однозначно соотнести с каким-либо одним субъективным переживанием, будь то самочувствие или самоуважение, ощущение своей значимости или привлекательности и т.д. Но, напротив, он выражается результирующими индивидуальными чувствами различного диапазона.

Основной вклад в развитие современных научных представлений о нарциссизме внесла психоаналитическая школа. S. Freud понимал нарциссизм как состояние личности, фазу в процессе развития человека, направленность и проявление *libido*, выделяя первичный и вторичный нарциссизм. При этом первичный нарциссизм рассматривался как первичная сосредоточенность либидо на «Я» и, по мнению S. Freud, отличался как от либидинозной привязанности к «объекту», так и от вторичного нарциссизма, представляющего собой возвращение «отщепленного» от «объекта» либидо назад в «Я».

В последующем значительное внимание исследователей было отведено изучению нарциссизма как особой инфантильной интрапсихической организации, которая определяет не только характер развития «Я» в онтогенезе, но и имманентно присутствует в актуальной психической деятельности. Хотя, по сути, под нарциссизмом по-прежнему понимают раннюю энергетическую концентрацию, в которой репрезентирована целостность субъекта за счет либидинозного выделения «Я» из «Не-Я», но практически не прекращается дискуссия вокруг нескольких центральных вопросов. Какова природа и характер концентрируемой энергии, целостность какой психической «инстанции» конституируется нарциссизмом и к какому онтогенетиче-

скому периоду относится формирование как самой нарциссической организации, так и ее патологических форм?

Так, например, в отличие от S. Freud многие психоаналитики считают, что нарциссизм репрезентирует целостность не «Я», а Самости, как более интегративного интрапсихического образования (Kohut H., 1971; Hartmann H., 1972; Kernberg O., 1975; Battegay R., 1995). При этом, если H. Kohut рассматривает нарциссизм исключительно с позиций инстинктивной либидо-экономической концепции, то O. Kernberg полагает, что судьба нарциссизма неотделима от развития интериоризированных объектных отношений, подчеркивая значение в психической интеграции не только либидонозных, но и агрессивных инстинктивных стремлений.

Подавляющее большинство исследователей соглашаются с тем, что стержневой момент развития нарциссизма относится к очень ранней преэдипальной фазе онтогенеза (Abraham K., Ammon G., Battegay R., Grunberger B., Kernberg O., Kohut H., Masterson J., Sandler G.). Вместе с тем A. Rotstein (1979), J. Sandler (1995) распространяют период становления нарциссической организации и на эдипальный этап.

В целом, основным направлением развития представлений о нарциссизме следует считать определенную депатологизацию и десекуализацию в толковании этого понятия, равно как и его дифференциацию, которая позволяет рассматривать различно различные аспекты нарциссизма, выделяя его здоровые и патологические стороны, конструктивность или деструктивность, либидонозный или социально-энергетический характер. В то же время психопатологии нарциссизма, а также патогенетической роли нарциссических расстройств придается существенное значение.

В этой связи необходимо отметить подробно описанные в динамической психиатрии (Rosenfeld H., 1971, Sandler J., 1995) феноменологические картины патологических форм нарциссизма, названные ими «деструктивным» нарциссизмом и психические нарушения, прежде всего параноидные, депрессивные, психосоматические расстройства и синдром «бордерлайн», традиционно связываемые с нарциссическим дефицитом (Kohut H., 1971; Jacobson E., 1964; Kernberg O., 1975; Battegay R., 1991).

G. Ammon отводит исключительно важное место нарциссизму в своей гуманитарной модели личности. Нарциссизм понимается им двояким образом: как центральная Я-функция и в качестве энергетического принципа. По его мнению, именно нарциссизм формирует границы человеческого «Я», фактически выполняя роль регулятора основных энергетических процессов (обмена социальной энергией). Становление нарциссизма как центральной Я-функции происходит в процессе разрешения симбиотического комплекса, а потому изначально зависит от преимущественно неосознаваемой динамики отношений ребенка с матерью и первичной группой, тем самым подчеркивается интерперсональный характер нарциссизма, принципиальная несводимость его к «либидинозному добавлению к эгоизму инстинкта самосохранения» (Freud S.) или инстинктивной производной биологической конституции человека (Kohut H.).

G. Ammon рассматривает нарциссизм как изначальный потенциал развития индивида, на основе которого происходит формирование других центральных Я-функций. Чем больше величина нарциссизма, интегрирующего в структуре «Я» индивидуальные и межличностные аспекты человеческого существования, тем благоприятнее условия для развития других интрапсихических образований. Формирование нарциссизма рассматривается как необходимый этап личностного развития, поэтому

нарциссическая организация сама по себе первично выполняет конструктивную роль в качестве фактора, обеспечивающего эффективный энергетический обмен между обособливающимся «Я» и внешним миром. Вместе с тем, в зависимости от характера по преимуществу неосознаваемой групповой динамики (прежде всего отношений с матерью) может происходить деформация в развитии нарциссизма. Тогда нарциссическая организация приобретает деструктивные черты, т. е. нарциссизм становится дезадаптирующим по отношению к развивающемуся «Я».

Со времени появления знаменитых работ S. Freud сексуальности придается огромное значение в психологических научных концепциях. В зависимости от теоретических, а зачастую и этических взглядов исследователей, сексуальность предстает то как надчеловеческое репродуктивное начало, то как сугубо индивидуальная активность, направленная на получение удовольствия; в качестве психического отражения физиологических процессов или животного «довеска» человеческого духа; сексуальность видится природным видовым свойством или первоосновой культуры; главной причиной конфликтов или высшим проявлением человеческих чувств; основной детерминантой поведения или частным выражением одной из потребностей.

Как бы ни различались теоретические позиции авторов, неоспоримо подчеркивается роль сексуального фактора в развитии человеческой личности. Многомерность его влияния определяется, с одной стороны, спецификой психофизиологического формирования самой сексуальности (от эмбрионального этапа до инволюционного), наличием кризисных возрастных периодов, а с другой — жесткой зависимостью от этнических, религиозных, этических, эстетических, социокультуральных, микросоциальных условий существования индивидуума. Именно эта многомерность порождает широкий спектр мнений, концепций, теорий, касающихся механизмов психосексуального созревания, возрастных периодизаций психосексуальных фаз, типологических характеристик личности, связанных с особенностями сексуального развития. В частности, если S. Freud и его прямые последователи E. Jenos, J. Sanger, H. Hattinberg определенные комплексы характерологических черт ставили в непосредственную зависимость от онтогенетической фиксации стадий психосексуального созревания, выделяя анальный, уретральный, оральный типы характера, то такие сторонники Эго-психологии как, например, E. Erikson представляли эту связь значительно более опосредованной социальными факторами.

Хотя у большинства исследователей не вызывает сомнений положение о теснейшей связи сексуальности и различных телесных чувствований, общепринято, что сексуальные проявления далеко не исчерпываются ощущениями эрогенных зон (Freud S., Jung C. G., Masters R., Кон И. С., Васильченко Г. С.). Формируясь на основе интеграции многообразных компонентов прегенитальной чувствительности, взрослая сексуальность сама необходимым образом должна быть синтезирована «Я» и, тем самым, проявляться как один из его наиболее важных аспектов.

S. Freud показал неразрывную связь между так называемыми нормальными и аномальными (перверзными и инверзными) формами проявления сексуальной активности. Последние понимались им как отщепленные, неинтегрированные компоненты инстинкта, при этом уже в ранних аналитических работах подчеркивалось, что процесс такого «отщепления» происходит вследствие нарушения или своеобразия отношений между ребенком и первичным ближайшим окружением.

Гуманструктуральная концепция личности рассматривает сексуальность как одну из центральных функций «Я». Теоретические представления G. Ammon о сексуальности основываются на таких ранее созданных идеях как полиморфный характер инфантильных ощущений и переживаний, образующих основу телесной сексуальной интеграции; решающее значение раннего симбиоза и его разрешения в формировании развертывающейся психосексуальной идентичности; фазность развития психосексуальной организации личности.

Важнейшим пунктом G. Ammon считает решение проблемы, связанной с тем, как сексуальность интегрирована в целостной Я-идентичности. Решающим здесь является понимание сексуальности как психической репрезентации ранне-детского опыта отношений с матерью. «Симбиотические интеракции между матерью и ребенком создают пространство для формирования телесного «Я», для раскрытия первично заданных гуманфункций агрессии, творчества, сексуальности и др...». Другими словами, на основе и под защитой первичного симбиоза создается возможность выделения первичного телесного «Я». Эта чувственная организация строится как способность к получению удовольствия от формирующихся телесных синтезов и определяет мир восприятия ребенка. Развитие сексуальности представляет собой, таким образом, реализацию первично заданного потенциала. Данная реализация осуществима лишь при условии успешного разрешения первичного симбиоза, т. е. при формировании гибкого Я-отграничения и преодоления симбиотических отношений без страха и чувства вины. «Взрослая» сексуальность в этой связи рассматривается G. Ammon как погружение без страха в симбиоз партнерских отношений. При этом подчеркивается, что сексуальность, как центральная Я-функция, представляет собой, прежде всего, способность устанавливать живой контакт на телесном, душевном и духовном уровнях. Иначе говоря, сексуальность, являясь одной из важнейших функций «Я», в своих проявлениях всегда отображает и репрезентирует целостную Я-идентичность.

Развитие сексуальности, как первичной предрасположенности к установлению контактов и способности к получению удовольствия от партнерского взаимодействия на различных уровнях, может быть нарушено или остановлено. Тогда сексуальность приобретает черты деструктивной активности или проявляется в качестве определенного психического дефицита. В обоих случаях изменяется функциональное значение сексуальности, она начинает выступать в качестве фактора, удовлетворяющего лишь парциальные цели Я-адаптации, препятствуя развитию и реализации Я-идентичности.

10.1.2. Общая характеристика и психометрические параметры теста

Я-структурный тест Аммона (ISTA) представляет собой стандартный перечень, включающий 220 утверждений (см. Приложение 1), которые оцениваются испытуемыми как верные или не верные по отношению к ним. Вопросы перечня затрагивают самочувствие, настроение, особенности эмоциональных переживаний и поведения в различных жизненных ситуациях. Фактически, испытуемому предлагается оценить себя и свое поведение в пространстве воображаемых обстоятельств, заданных тестовыми утверждениями.

Конструкция теста отражает теоретические представления о структуре и особенностях развития центральных Я-функций. ISTA состоит из 18 шкал, объединен-

ных в 6 отдельных блоках. Каждый из блоков описывает деятельность одной из 6 рассмотренных ранее центральных Я-функций:

- агрессия,
- тревога/страх,
- внешнее Я-отграничение,
- внутреннее Я-отграничение,
- нарциссизм,
- сексуальность.

Каждая из вышеперечисленных центральных Я-функций описывается тремя отдельными шкалами, позволяющими оценить степень выраженности конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющей этих центральных личностных образований. В связи с этим все названные блоки включают конструктивную, деструктивную и дефицитарную шкалы. (Распределение утверждений Я-структурного теста Аммона по шкалам см. Приложение 2).

Настоящая версия ISTA является русскоязычным эквивалентом пересмотренного в 1996 г. последнего авторского варианта опросника. В рамках адаптационных процедур был осуществлен двойной (немецко-русский и русско-немецкий) перевод текста утверждений теста, проведено сопоставление и согласование психологического смысла отдельных вопросов, исследованы показатели валидности и надежности шкал, осуществлена рестандартизация тестовых оценок.

Валидность теста прежде всего основывается на теоретических представлениях G. Amnion о структурных и динамических особенностях центральных Я-функций. В соответствии с гуманструктуральной концепцией личности отобран ряд утверждений, позволяющих регистрировать поведенческие проявления, в которых отображается преимущественно неосознаваемая Я-структура. Таким образом, ISTA построена по рациональному принципу, базируется на концептуальной валидности и имплицитно содержит опыт психоаналитически ориентированного наблюдения.

В настоящей версии опросника согласования психологического смысла предлагаемых утверждений с немецкими аналогами осуществлялось на основе экспертного заключения, выработанного группой экспертов-психологов, которые в свою очередь опирались на операционализированные определения исследуемых центральных личностных образований гуманструктуральной концепции G. Amnion.

Внутренняя конструктивная валидность рассматриваемого варианта теста, определявшаяся с помощью анализа структуры шкальных интеркорреляций, приведенной в табл. 17, демонстрирует достаточную согласованность работы отдельных диагностических шкал теста.

Таблица 17

Интеркорреляции шкал Я-структурного теста Аммона

A1	***p<0,05									
A2	+0.11	A2	**p<0,01							
A3	-0.45***	+0.12	A3	*p<0,001						
C1	+0.38***	+0.07	-0.21**	C3						
C2	-0.60***	+0.16*	+0.52***	-0.32***	C2					
C3	-0.06	+0.30***	+0.23***	0.00	+0.16*	C3				
NI	+0.32***	+0.24***	-0.02	+0.39***	-0.08	+0.02	NI			

Н2 -0.40*** +0.36***+0.46***-0.26***+0.55*** +0.44**-0.08 Н2
Н3 -0.37*** +0.07 +0.37***-0.28***+0.37*** +0.33***-0.18+0.61 Н3

В частности, в полном соответствии с теоретическими представлениями, группы шкал, оценивающих конструктивную деструктивную и дефицитарную составляющие Я-функций обнаруживают высокую положительную корреляцию внутри группы. При этом «конструктивные» шкалы резко отрицательно коррелируют с «деструктивными» и «дефицитарными» шкалами.

Рестандартизация опросника проведена на группе, включавшей 1000 испытуемых в возрасте от 18 до 53 лет, преимущественно со средним или средне-специальным образованием. В табл. 18 приведены средние «сырые» оценки по всем 18 шкалам опросника.

Таблица 18

Средние «сырые» оценки по всем шкалам Я-структурного теста Аммона

Наименование шкалы	Обозначение	Средние «сырые» баллы	Стандартное отклонение
Агрессия конструктивная	(A1)	9,58	2,22
Агрессия деструктивная	(A2)	4,29	3,0
Агрессия дефицитарная	(A3)	3,89	2,06
Страх конструктивный	(C1)	8,28	2,21
Страх деструктивный	(C2)	1,62	1,98
Страх дефицитарный	(C3)	3,87	2,20
Внешнее Я-отграничение конструктивное	(01)	8,59	2,23
Внешнее Я-отграничение деструктивное	(02)	4,16	1,65
Внешнее Я-отграничение дефицитарное	(03)	3,54	2,23
Внутреннее Я-отграничение конструктивное	(0'1)	9,83	2,06
Внутреннее Я-отграничение деструктивное	(0'2)	3,72	1,65
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное	(0'3)	4,77	2,49
Нарциссизм конструктивный	(Н1)	8,86	2,08
Нарциссизм деструктивный	(Н2)	3,47	1,98
Нарциссизм дефицитарный	(Н3)	2,48	2,03
Сексуальность конструктивная	(Ce1)	8,53	2,86
Сексуальность деструктивная	(Ce2)	4,33	2,58
Сексуальность дефицитарная	(Ce3)	2,97	2,14

BISTA используется Т-приведение. Перевод «сырых» оценок в шкальные показатели осуществляется по стандартной формуле:

$$T = 50 + \frac{10(x - M)}{\sigma}$$

где x — сырой результат по шкале, M — среднее по группе, a — средне-квадратичное отклонение, T — шкальный показатель.

Нормативный интервал для данного теста составляет $20T$ и располагается в диапазоне от 40 до 60 T баллов.

Инструкция. При проведении теста необходимо учитывать то обстоятельство, что утверждения опросника призваны погрузить испытуемого в воображаемую ситуацию, в которой могут проявиться неосознаваемые тенденции его «Я». В связи с этим при исследовании необходимо создать для испытуемого такие условия, которые способствовали бы формированию у него установки на наиболее полное и точное самоописание с помощью утверждений перечня.

Тест максимально эффективен при индивидуальном исследовании, проводимом профессионалом психодиагностом. В то же время допускаются групповые формы исследования, которые должны осуществляться квалифицированным, достаточно подготовленным персоналом. Категорически запрещается лицам, проводящим процедуру опроса испытуемого, давать какие-либо комментарии смыслов тестовых утверждений. Объем помощи должен ограничиваться лишь разъяснением незнакомых слов.

10.1.3. Содержание отдельных шкал

Шкала конструктивной агрессии (A1). Шкала содержит 13 утверждений, направлена на выявление конструктивной составляющей Я-функции агрессии. Шкала содержит утверждения типа: «Я легко схожусь с людьми»; «Я очень любопытен»; «У меня много энергии».

Конструктивная агрессия понимается как активный, деятельный подход к жизни, любознательность и здоровое любопытство, возможность устанавливать продуктивные межличностные контакты и поддерживать их, несмотря на возможные противоречия, способность формировать свои собственные жизненные цели и задачи и реализовывать их даже в неблагоприятных жизненных обстоятельствах, иметь и отстаивать свои идеи, мнения, точки зрения, тем самым вступать в конструктивные дискуссии. Конструктивная агрессия предполагает наличие развитой эмпатической способности, широкого круга интересов, богатого мира фантазий. Конструктивная агрессия связана с возможностью открыто проявлять свои эмоциональные переживания, является предпосылкой для творческого преобразования окружающего, собственного развития и обучения.

Для лиц, обнаруживающих высокие показатели по шкале конструктивной агрессии, характерны активность, инициативность, открытость, коммуникабельность, креативность. Они способны к конструктивному преодолению трудностей и межличностных конфликтов, в достаточной степени выделяют собственные главные цели и интересы и безбоязненно отстаивают их в конструктивном взаимодействии с окружающими. Их активность даже в конфронтационных ситуациях учитывает интересы партнеров, поэтому они, как правило, умеют достигать компромиссных решений без ущерба для личностно-значимых целей, т.е. без ущерба для собственной идентичности.

При низких показателях по шкале возможно снижение активности, недостаток способности к ведению продуктивного диалога и конструктивной дискуссии, отсут-

ствие потребности в изменении жизненных условий, формировании собственных личностно-значимых целей, склонность к избеганию каких-либо конфронтации вследствие боязни разрыва симбиотических отношений или из-за отсутствия необходимых навыков в разрешении конфликтов. Для них характерны также нежелание «экспериментировать», неразвитая способность к адекватному отреагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях. При низких показателях по шкале конструктивной агрессии особое значение для интерпретации имеет выраженность шкальных оценок по двум другим «агрессивным» шкалам. Именно соотношение шкал «деструктивной» и «дефицитарной» агрессии дает ключ к пониманию характера «конструктивного» дефицита.

Шкала деструктивной агрессии (A2). Шкала содержит 14 утверждений и направлена на выявление выраженности собственно деструктивной составляющей агрессии. Типичными для шкалы являются утверждения: «Если меня обидели, то я пытаюсь отомстить»; «Я не знаю почему, но иногда мне хотелось бы разбить все вдребезги» или «Когда я сержусь, я легко теряю контроль над собой и кричу на своего партнера».

Деструктивная агрессия понимается как реактивное переформирование изначально конструктивной агрессии вследствие особых неблагоприятных условий в первичной группе, родительской семье, другими словами, деструктивность представляет собой определенную деформацию нормальной способности к деятельному, активному взаимодействию с окружающим миром, людьми и предметами. Возникая из-за враждебного, отвергаемого отношения первичной группы и, прежде всего, матери к потребностям ребенка в получении нового жизненного опыта, т. е. психологическом овладении постепенно открывающейся реальностью, возможном лишь под защитой первичного симбиоза, деструкция агрессии выражает интериоризированный запрет на собственную автономию и идентичность. Таким образом, первичный потенциал активности не может реализоваться в наличном предметном мире, иначе, агрессия не находит адекватного человеческого отношения, в котором она могла бы быть использована. Впоследствии это проявляется деструкцией, направленной против себя (своих целей, планов и т. д.) или окружающего. При этом наиболее существенным признаком становится фактическая ситуационная неадекватность агрессии (по интенсивности, направленности, способу или обстоятельствам проявления) сложному межличностному пространству человеческих отношений.

В поведении деструктивная агрессия проявляется склонностью к разрушению контактов и отношений, в деструктивных поступках вплоть до неожиданных прорывов насилия, тенденцией к вербальному выражению гнева и ярости, разрушительными действиями или фантазиями, стремлением к силовому решению проблем, приверженностью к деструктивным идеологиям, склонностью к обесцениванию (эмоциональному и мыслительному) других людей и межличностных отношений, мстительностью, цинизмом. В тех случаях, когда агрессия не находит внешний объект для своего выражения, она может направляться на собственную личность, проявляясь суицидальными тенденциями, социальной запущенностью, тенденциями к самоповреждению или предрасположенностью к несчастным случаям.

Лица, обнаруживающие высокие показатели по данной шкале, отличаются недоброжелательностью, конфликтностью, агрессивностью. Они, как правило, не способны длительное время поддерживать дружеские отношения, склонны к кон-

ствие потребности в изменении жизненных условий, формировании собственных личностно-значимых целей, склонность к избеганию каких-либо конфронтации вследствие боязни разрыва симбиотических отношений или из-за отсутствия необходимых навыков в разрешении конфликтов. Для них характерны также нежелание «экспериментировать», неразвитая способность к адекватному отреагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях. При низких показателях по шкале конструктивной агрессии особое значение для интерпретации имеет выраженность шкальных оценок по двум другим «агрессивным» шкалам. Именно соотношение шкал «деструктивной» и «дефицитарной» агрессии дает ключ к пониманию характера «конструктивного» дефицита.

Шкала деструктивной агрессии (A2). Шкала содержит 14 утверждений и направлена на выявление выраженности собственно деструктивной составляющей агрессии. Типичными для шкалы являются утверждения: «Если меня обидели, то я пытаюсь отомстить»; «Я не знаю почему, но иногда мне хотелось бы разбить все вдребезги» или «Когда я сержусь, я легко теряю контроль над собой и кричу на своего партнера».

Деструктивная агрессия понимается как реактивное переформирование изначально конструктивной агрессии вследствие особых неблагоприятных условий в первичной группе, родительской семье, другими словами, деструктивность представляет собой определенную деформацию нормальной способности к деятельному, активному взаимодействию с окружающим миром, людьми и предметами. Возникая из-за враждебного, отвергаемого отношения первичной группы и, прежде всего, матери к потребностям ребенка в получении нового жизненного опыта, т. е. психологическом овладении постепенно открывающейся реальностью, возможном лишь под защитой первичного симбиоза, деструкция агрессии выражает интериоризированный запрет на собственную автономию и идентичность. Таким образом, первичный потенциал активности не может реализоваться в наличном предметном мире, иначе, агрессия не находит адекватного человеческого отношения, в котором она могла бы быть использована. Впоследствии это проявляется деструкцией, направленной против себя (своих целей, планов и т. д.) или окружающего. При этом наиболее существенным признаком становится фактическая ситуационная неадекватность агрессии (по интенсивности, направленности, способу или обстоятельствам проявления) сложному межличностному пространству человеческих отношений.

В поведении деструктивная агрессия проявляется склонностью к разрушению контактов и отношений, в деструктивных поступках вплоть до неожиданных прорывов насилия, тенденцией к вербальному выражению гнева и ярости, разрушительными действиями или фантазиями, стремлением к силовому решению проблем, приверженностью к деструктивным идеологиям, склонностью к обесцениванию (эмоциональному и мыслительному) других людей и межличностных отношений, мстительностью, цинизмом. В тех случаях, когда агрессия не находит внешний объект для своего выражения, она может направляться на собственную личность, проявляясь суицидальными тенденциями, социальной запущенностью, тенденциями к самоповреждению или предрасположенностью к несчастным случаям.

Лица, обнаруживающие высокие показатели по данной шкале, отличаются недоброжелательностью, конфликтностью, агрессивностью. Они, как правило, не способны длительное время поддерживать дружеские отношения, склонны к кон-

фронтациям ради самого противостояния, выявляют чрезмерную ригидность в дискуссиях, в конфликтных ситуациях стремятся к «символическому» уничтожению противника, испытывают удовольствие от созерцания оскорбленного или униженного «врага», отличаются злопамятностью и мстительностью, жестокостью. Агрессивность может проявляться как в открытых вспышках гнева, импульсивности и взрывчатости, так и выражаться в чрезмерной требовательности, ироничности или сарказме. Требуемая реализации энергия проявляется в разрушительных фантазиях или кошмарных сновидениях. Типичными для таких лиц являются также нарушения эмоционального и, особенно, волевого контроля, имеющие временный или относительно постоянный характер. Даже в тех случаях, когда в наблюдаемом поведении лиц с высокими показателями по данной шкале обнаруживается исключительно гетероагрессивная направленность, отчетливо прослеживается реальное снижение социальной адаптации, поскольку описанные особенности характера обычно создают вокруг индивидуума негативную атмосферу, объективно препятствующую «нормальной» реализации его сознательных целей и планов.

Шкала дефицитарной агрессии (А3). Шкала содержит 12 утверждений. Типичными для этой шкалы являются утверждения: «Когда я испытываю злость, это вызывает у меня чувство вины»; «Трудности сразу же выбивают меня из колеи»; «В большинстве случаев я откладываю решение на "потом"»; «Если на меня "нападают" — я "проглатываю" свой гнев»; «Досаду и раздражение я не могу показывать другим»; «Часто я не могу решиться что-нибудь предпринять».

Дефицитарная агрессия понимается как ранний запрет на реализацию имеющегося потенциала активности, поиска объекта и взаимодействия с ним. По сути, речь идет о более глубоком расстройстве центральной Я-функции. Это расстройство проявляется в виде недоразвития Я-функции агрессии, т.е. в неиспользованности изначально заданной конструктивной предрасположенности к активному, игровому манипулированию предметным миром. Такое недоразвитие связано с тяжелым нарушением характера отношений между матерью и ребенком в президипальной стадии, когда фактически ребенок никак не поддерживается в своих попытках игрового овладения «объектом», тем самым, изначально ощущает непреодолимую сложность окружающего, постепенно утрачивая стремление к автономизации, выходу из симбиоза и построению своей собственной идентичности. В отличие от ранее описанной ситуации развития деструктивной деформации Я-функции агрессии, когда в родительских «запретах» проявляется патологически модифицированная симбиотичность, при формировании дефицитарной агрессии речь идет о дефиците самого симбиоза, связанного либо с эмоциональным отвержением ребенка, либо с чрезмерной идентификацией с ним.

В поведении дефицитарная агрессия проявляется в неспособности к установлению межличностных контактов, теплых человеческих отношений, в снижении предметной активности, в сужении круга интересов, в избегании каких-либо конфронтации, конфликтов, дискуссий и ситуаций «соперничества», в склонности жертвовать собственными интересами, целями и планами, а также в неспособности брать на себя какую-либо ответственность и принимать решения. При выраженной дефицитарной агрессии существенно затруднена возможность открыто проявлять свои эмоции, чувства и переживания, претензии и предпочтения. Недостаток активности в какой-то мере обычно субъективно компенсируется нереалистическими фантазиями, не-

сбыточными планами и мечтами. В эмоциональных переживаниях на передний план выступают чувства собственного бессилия, некомпетентности и ненужности, ощущение пустоты и одиночества, покинутости и скуки.

Для лиц, обнаруживающих высокие показатели по шкале дефицитарной агрессии, характерна пассивная жизненная позиция, отчуждение собственных планов, интересов и потребностей. Они склонны откладывать принятие решений и не способны к сколько-нибудь значительным усилиям для достижения поставленных целей. В межличностных ситуациях, как правило, наблюдается уступчивость, зависимость и стремление к избеганию каких-либо противоречий, ситуаций столкновений интересов и потребностей. У них часто встречаются мало связанные с действительностью заместительные фантазии, не предполагающие реального воплощения. Наряду с этим часто отмечаются жалобы на чувство внутренней пустоты, безучастности, «хронической» неудовлетворенности всем происходящим, отсутствие «радости жизни», ощущение бесперспективности существования и непреодолимости жизненных трудностей.

Шкала конструктивной тревоги (О). Данная шкала позволяет оценить уровень развития конструктивной составляющей Я-функции тревоги. Шкала содержит 12 утверждений типа: «Зачастую мой интерес пересиливает страх»; «Даже в состоянии страха я могу ясно мыслить»; «Если меня что-то тревожит, я делюсь этим с другими».

Конструктивная тревога понимается как способность личности выдерживать переживания, связанные с тревогой; без потери интеграции, целостности, идентичности использовать тревогу для решения адаптационных задач, т. е. действовать в реальном мире, ощущая его действительные опасности, случайности, непредсказуемость и возможность неблагоприятных стечений обстоятельств. Конструктивная тревога предполагает в этой связи способность дифференцировать реальные угрозы и «объективно» необоснованные опасения и страхи, выступает в роли мобилизирующего механизма, гибко согласующего уровень внутренней активности с реальной сложностью актуально переживаемой ситуацией или в качестве тормозящего фактора, предупреждающего о вероятной невозможности совладания с наличными трудностями. Конструктивная тревога контролирует уровень допустимой любознательности, здорового любопытства, пределы возможного «экспериментирования» (дейтельного изменения ситуации). Формируясь в продуктивном симбиозе, такая тревога навсегда сохраняет свой интерперсональный характер и, таким образом, обеспечивает возможность в угрожающих ситуациях обращаться за помощью и принимать ее от других, а также по мере необходимости оказывать посильную помощь реально нуждающимся.

Для лиц с высокими показателями по шкале конструктивной тревоги характерно наличие способности трезво оценивать опасности реальной жизненной ситуации, пересиливать свой страх для реализации жизненно-важных задач, целей и планов, расширения жизненного опыта. Они, как правило, умеют в экстремальных положениях принимать обоснованные, взвешенные решения, обладают достаточной толерантностью к тревожным переживаниям, позволяющей им сохранять целостность даже в сложных ситуациях, требующих ответственного выбора, т. е. подтверждения идентичности. Тревога у этих людей способствует повышению продуктивности и общей эффективности деятельности. Они способны к контактам и могут активно привлекать других для разрешения собственных сомнений, опасений и страхов и, в

свою очередь, могут чувствовать тревожные переживания других и способствовать разрешению этих переживаний.

При низких показателях по данной шкале может отмечаться неспособность дифференцированно относиться к различным опасностям и собственному опыту переживания угрожающих ситуаций. Для таких людей свойственно ослабление или даже нарушение гибкой эмоциональной регуляции поведения. Уровень их активности часто не совпадает с имеющимися трудностями реального жизненного положения вещей. В зависимости от показателей двух других шкал страха может отмечаться либо «захлестывающая», дезинтегрирующая поведение индивида переоценка степени опасности, либо ее полное субъективное отрицание.

Шкала деструктивной тревоги (C2). Шкала состоит из 11 утверждений и направлена на оценку степени выраженности деструктивной составляющей тревоги. Типичными для данной шкалы являются следующие вопросы: «Мне неприятно оставаться с кем-либо наедине»; «Часто я впадаю в такую панику, что не могу осуществлять даже важные дела»; «Часто страх «парализует» меня».

Деструктивный страх понимается как деформация конструктивной тревоги, проявляющаяся в утрате последней функции гибкой регуляции уровня активности, необходимой для интеграции психической жизни личности. Корни деструктивного страха как функции «Я» лежат в преемственной фазе онтогенеза и связаны с нарушением характера отношений между матерью и ребенком. При неблагоприятных условиях, обусловленных, например, атмосферой «враждебного симбиоза», угроза может восприниматься генерализованно, «затоплять» еще слабое «Я» ребенка, препятствуя нормальной интеграции его жизненного опыта. Тем самым могут создаваться условия, затрудняющие развитие способности переносить определенный уровень тревоги, необходимый для дифференцированной оценки степени реальной опасности. Наиболее существенным здесь является деформация механизма межличностного взаимодействия как важнейшего способа преодоления переживаемой угрозы. Тревога в этом случае не может быть в достаточной мере «разделена» и совместно пережита в симбиотическом контакте с матерью или первичной группой, вследствие этого возникает чрезмерная фрустрация чувства безопасности, бессознательно сопровождающая личность во всех ее отношениях с реальностью, отражая отсутствие базисного доверия. В поведении деструктивный страх проявляется прежде всего неадекватной переоценкой реальных угроз, трудностей, проблем; чрезмерной выраженностью телесных вегетативных компонентов эмоциональных реакций; плохо организованной активностью в ситуации опасности, вплоть до панических проявлений; боязнью установления новых контактов и близких, доверительных человеческих отношений; страхом перед авторитетами; боязнью любых неожиданностей; затруднениями в концентрации внимания; выраженными опасениями перед собственным личным будущим; неспособностью обращаться за помощью и поддержкой в трудных жизненных ситуациях. В случаях чрезмерной интенсивности деструктивный страх обнаруживает себя в навязчивостях или фобиях, выраженной «свободно плавающей» тревоге или «паническом ступоре».

Для лиц с высокими показателями по шкале деструктивного страха характерны повышенная тревожность, склонность к беспокойству и волнениям даже по самым незначительным поводам, трудности в организации собственной активности, частое ощущение недостаточности контроля над ситуацией, нерешительность, ро-

бость, стеснительность, аспонтанность, выраженность вегетативных стигм тревоги (потливость, головокружение, учащенное сердцебиение и т. д.). Они, как правило, испытывают серьезные трудности в самореализации, расширении часто ограниченного жизненного опыта, ощущают беспомощность в ситуациях, требующих мобилизации и подтверждения идентичности, переполнены всевозможными опасениями относительно своего будущего, не способны по настоящему доверять ни себе, ни окружающим людям.

Шкала дефицитарной тревоги (СЗ). Шкала содержит 14 утверждений и позволяет оценить уровень функционального дефицита тревоги. Типичными для данной шкалы являются следующие вопросы: «Часто случается так, что я забываю о чем-то важном»; «Меня интересуют прежде всего те виды спорта, которые связаны с риском»; «Мне случалось часто бывать в рискованных ситуациях».

Дефицитарный страх понимается как значительное недоразвитие Я-функции тревоги. В отличие от ранее описанного деструктивного страха, в основном связанного с утратой регуляторной составляющей тревоги, при дефицитарном состоянии Я-функции страха страдает не только регуляторный, но и экзистенциально наиболее важный сигнальный компонент тревоги. Обычно это проявляется в полной невозможности сосуществования с тревогой, т. е. в полной непереносимости переживаний, сопряженных с психическим отражением опасности. При формировании такой дисфункции, по-видимому, особое значение имеет время возникновения травматического опыта. Здесь речь идет о нарушении групподинамических отношений, связанных с очень ранним периодом развития личности. Если при оформлении деструктивной деформации тревоги все же происходит видоизмененное развитие конструктивной предпосылки, первично предназначенной для оповещения об опасности, то при развитии описываемой дисфункции эта предпосылка не только не развивается, но и, зачастую, полностью исключается из арсенала формирующихся механизмов приспособления. Важнейшим моментом тут, как и в ранее описанном случае образования деструктивного страха, является интерперсональная основа процесса нарушения развития функции. Специфичность заключается в том, что в «равнодушном», «холодном» первичном симбиозе не происходит трансляции ребенку относящихся к нему страхов и опасений, испытываемых матерью. Механизм опосредованного «овладения опасностью», как восприятия меняющихся эмоциональных состояний матери, в атмосфере родительской безучастности оказывается заблокированным, заставляя рано или поздно столкнуться со страхом лицом к лицу. Травматические последствия такого столкновения в последующем определяют патогенную динамику развития описываемой функции.

В поведении дефицитарный страх проявляется неспособностью «почувствовать» страх вообще. Часто это выражается в том, что объективная опасность недооценивается или полностью игнорируется, не воспринимается сознанием как действительность. Отсутствующий страх интрапсихически проявляется в ощущениях усталости, скуки и душевной пустоты. Неосознаваемый дефицит переживаний страха, как правило, обнаруживает себя в выраженном стремлении к поиску экстремальных ситуаций, позволяющих во что бы то ни стало ощутить реальную жизнь с ее эмоциональной наполненностью, т. е. избавиться от «эмоционального несуществования». Так же мало как собственный страх воспринимается и страх других людей, что приводит к сглаживанию отношений и эмоциональному неучастию,

неадекватности в оценках действий и поступков окружающих. Приобретаемый новый жизненный опыт не приводит к развитию, новые контакты не носят взаимообогащающий характер.

Для лиц с высокими показателями по шкале дефицитарного страха характерно отсутствие реакции тревоги как в необычных, так и в потенциально опасных ситуациях, склонность к рискованным поступкам, игнорирующая оценку их вероятных последствий, тенденция к эмоциональному обесцениванию важных событий, предметов и отношений, например, ситуаций расставания со значимыми другими, потерь близких и т. п.

В отличие от людей с высокими показателями по шкале деструктивного страха, лица с повышениями по данной шкале обычно не испытывают трудностей в интерперсональных контактах, однако, устанавливающиеся отношения не имеют достаточной эмоциональной глубины. Фактически им недоступно истинное соучастие и сопереживание. При значительной выраженности по шкале дефицитарного страха вероятно наличие заместительной склонности к употреблению алкоголя, психотропных веществ или наркотиков и/или сопряженное с этим пребывание в криминальной среде.

Шкала конструктивного внешнего Я-отграничения (01). Шкала включает 11 утверждений, оценивающих уровень развития способности к гибкому обособлению и автономизации от внешнего мира. Типичными для данной шкалы являются следующие утверждения: «Я охотно помогаю другим, но не позволяю себя использовать»; «В большинстве ситуаций я могу оставаться самим собой»; «Для меня хорошее настроение заразительно».

Конструктивное внешнее Я-отграничение представляет собой удачную попытку выстраивания гибкой коммуницирующей границы с окружающим. Формируясь в процессе разрешения симбиотических отношений, эта граница позволяет осуществить обособление развивающейся идентичности при сохранении способности и возможности к жизненно важному обмену и продуктивному межличностному взаимодействию. На смену симбиотическому слиянию приходит конструктивная автономия. Тем самым «Я» оформляется как «место непрерывного психического переживания, т. е. чувства "Я"» (Federn P.), подлинное существование которого возможно лишь при становлении «передвигаемой границы "Я"», отделяющей «Я» от «Не-Я». Важнейшими следствиями этого процесса являются возможность дальнейшего развития идентичности, обогащение жизненного опыта, регуляции и контроля интерперсональной дистанции. Таким образом, формируется хорошее «чувство реальности», способность вступать в контакты, в том числе и симбиотические, без угрозы преидентификации и выходить из них без последующего чувства вины.

Высокие оценки по шкале конструктивного внешнего Я-отграничения отражают открытость, общительность, коммуникабельность, хорошую интегрированность внутреннего опыта, связанного с интерперсональной активностью, достаточную способность к постановке собственных целей и задач, как правило, согласующихся с требованиями окружающих, хороший эмоциональный контакт с внешней реальностью, зрелость эмоциональных переживаний, возможность рационального распределения своего времени и усилий, выбор адекватной стратегии поведения в соответствии с меняющейся актуальной ситуацией и собственными жизненными планами. В

ситуациях, требующих участия, люди с высокими показателями по данной шкале проявляют себя способными к оказанию помощи, поддержке окружающих.

При низких результатах по данной шкале можно наблюдать нарушение способности к контролю межличностной дистанции, проблемы установления оптимальных интерперсональных контактов, снижение способности к рациональному использованию имеющихся сил, ресурсов и времени, трудности в постановке и отстаивании личностно значимых целей, задач, согласующихся с наличным контекстом интерперсональных отношений, недостаточная согласованность эмоционального опыта, связанного с объектными взаимодействиями, трудности в расширении и интеграции новых впечатлений. В зависимости от показателей других шкал внешнего Я-отграничения, описываемые трудности, проблемы, недостаток способностей или дефицит возможностей отражают специфику характера нарушений внешней границы «Я», будь то чрезмерная жесткость, препятствующая продуктивной коммуникации и обмену, или «сверхпроницаемость», снижающая автономию и способствующая «переполнению» внешними впечатлениями и гиперадаптации к требованиям внешнего мира.

Шкала деструктивного внешнего Я-отграничения (02). Шкала содержит 11 утверждений, оценивающих степень и характер нарушений регуляции отношений с внешним окружением. Для шкалы типичны следующие утверждения: «Чаше всего я чувствую себя одиноким, даже среди других людей»; «Мои проблемы и заботы — это только мои заботы»; «Я часто не понимаю, что происходит».

Под деструктивным внешним Я-отграничением понимают расстройство «внешней» регуляции отношений личности с действительностью, т. е. взаимодействия с окружающей группой и событиями внешнего мира. Это выражается в «выстраивании барьера», препятствующего продуктивной коммуникации с предметным миром. Деформация функции Я-отграничения формируется в прездипальном периоде вследствие особенного характера симбиотических отношений и, в свою очередь, обуславливает нарушения развития и дифференциации «Я», иначе говоря, становления Я-идентичности. Важнейшей предпосылкой формирования внешних границ «Я» является нормальное функционирование конструктивной агрессии, играющей решающую роль в исследовании внешнего мира и позволяющей, тем самым, развивающейся личности учиться отделять его от собственных переживаний. Деструктивная среда с ее «враждебной» атмосферой и генерализованным запретом на проявления активности требует «обособления без коммуникации». Активность здесь не только перестает быть интерперсональной связью, но и становится фактором, продуцирующим «обрыв» отношений. Таким образом, формируется непроницаемая граница, реализующая «первичный запрет» на собственную идентичность. Другими словами, деструктивная среда — иначе мать и/или первичная группа — принуждают «Я» ребенка развиваться не в собственных, а в строго заданных, предписанных ею жестких границах.

В поведении деструктивное внешнее Я-отграничение выражается стремлением к избеганию контактов, нежеланием вступать в «диалог» и вести конструктивную дискуссию, тенденцией к гиперконтролю проявлений собственных переживаний и чувств, неспособностью к совместному поиску компромиссов; реактивной неприязнью к чужой эмоциональной экспрессии, неприятием проблем окружающих и нежеланием «подпускать» их к собственным проблемам; недостаточной ориентацией в

сложной интерперсональной действительности; ощущением эмоциональной пустоты и общим снижением предметной активности.

Для лиц с высокими показателями по данной шкале характерно жесткое эмоциональное дистанцирование, неумение гибко регулировать межличностные отношения, аффективная скованность и закрытость, эмоциональная итровертированность, безучастность к трудностям, проблемам и потребностям других людей, ориентация на сверхконтроль экспрессивности, безынициативность, неуверенность в ситуациях, требующих навыков межличностного общения, неспособность принимать помощь, пассивная жизненная позиция.

Шкала дефицитарного внешнего Я-отграничения (03). Шкала состоит из 11 утверждений и позволяет оценить уровень сформированности внешней границы «Я». Типичными для этой шкалы являются вопросы: «Часто я руководствуюсь мнением других людей», «Часто я чувствую свою незащищенность перед жизнью», «Когда кто-нибудь грустит, мне тоже очень скоро становится грустно».

Дефицитарное внешнее Я-отграничение в самом общем смысле понимается как недостаточность внешней границы «Я». Как и при ранее описанном деструктивном внешнем Я-отграничении, функциональная недостаточность внешней границы «Я» отражает нарушение процесса регуляции отношений личности с внешней реальностью. Однако, здесь речь идет не о «жесткой» закрытости, а, напротив, о сверхпроницаемости этой границы. Корни дефицитарности внешнего Я-отграничения, как и дефицитарных состояний других ранее рассмотренных функций, возникают в преедиальном периоде. Вместе с тем по сравнению с деструктивными состояниями они связаны с более «злокачественным» нарушением характера раннего симбиоза, вызывающим не столько деформацию процесса формирования функции, сколько полную остановку ее развития. Как правило, это отражает остановку внутренней динамики и развития самих симбиотических отношений. Важнейшими следствиями такого «стаза» является не только продолжение симбиоза за пределами нормально необходимого периода — «затянувшийся симбиоз», но и перманентное нарушение сущности симбиотических отношений. Ребенок абсолютно не поддерживается в своих «поисках» собственной идентичности, ригидно воспринимаясь матерью как неизменная «часть» ее самой.

Из двух важнейших функций границы: обособления и связи, в случае дефицитарного внешнего Я-отграничения в большей степени страдает главная, обеспечивающая возможность внутреннего формообразования. В поведении неразвитость внешней границы проявляется склонностью к гиперадаптации к внешней среде, неспособностью устанавливать и контролировать межличностную дистанцию, чрезмерной зависимостью от требований, установок и норм окружающих, ориентацией на внешние критерии и оценки, отсутствием возможности в достаточной степени рефлексировать, отслеживать и отстаивать собственные интересы, потребности, цели, неспособностью четко отделять свои чувства и переживания от чувств и переживаний других, невозможностью ограничивать потребности других — «неспособность говорить нет», сомнениями в правильности самостоятельно принимаемых решений и предпринимаемых действий, в целом, «хамелеоноподобным» жизненным стилем.

Высокие показатели по данной шкале характерны для лиц послушных, зависимых, конформных, несамостоятельных, ищущих постоянную поддержку и одоб-

рение, защиту и признание, обычно жестко ориентированных на групповые нормы и ценности, идентифицирующих себя с групповыми интересами и потребностями, а потому не способных сформировать собственную, отличную от других точку зрения. Эти люди склонны к симбиотическому слиянию, а не к равноправным зрелым партнерским отношениям, и в связи с этим они, как правило, испытывают значительные трудности в поддержании устойчивых продуктивных контактов и, особенно, в ситуациях необходимости их прерывания. Типичным для них является ощущение собственной слабости, открытости, беспомощности и незащищенности.

Шкала конструктивного внутреннего Я-отграничения (О' 1). Шкала включает 12 утверждений и позволяет оценить характер отношений между наличным сознанием и неосознаваемым онтогенетическим опытом. Для данной шкалы типичны вопросы: «У меня отличное чувство времени»; «В своей повседневной жизни я чаще испытываю радость, чем досаду»; «Я всегда могу найти время для важных дел».

Конструктивное внутреннее Я-отграничение представляет собой коммуницирующий барьер, отделяющий и связывающий сознающее «Я» и внутреннюю среду индивида с ее неосознаваемыми чувствами, инстинктивными побуждениями, образами интериоризированных объектов, отношений и эмоциональных состояний. Формируясь как «конденсат» преимущественно онтогенетического интерперсонального опыта, конструктивное внутреннее Я-отграничение не только отображает прижизненную динамику первичных групподинамических отношений (прежде всего отношений матери и ребенка), но и отделяет ту «сцену», на которой впоследствии проявляют себя все сколько-нибудь значимые движения души. Функциональное значение внутренней границы определяется как необходимостью защиты развивающегося «Я» от подавляющей неизбежности внутренних потребностей, так и важностью представленности последних в целостной психической жизни личности. Для интегрированной идентичности чрезвычайно важно, чтобы бессознательное, как бы оно ни понималось, будь то психически отраженный телесный процесс, архаический инстинктивный импульс или вытесненный интерперсональный конфликт, могло сообщать о себе, не нарушая актуального взаимодействия с реальностью.

Операционально это предполагает способность иметь фантазии и мечты, узнавать их как таковые, т. е. отделять от реальных событий и действий; хорошо дифференцировать объекты внешнего мира и собственные представления о них; возможность допускать в сознание чувства и проявлять их, разделяя реальные и нереальные аспекты чувствования и не позволяя эмоциям безраздельно определять личностную активность; точно различать разные состояния сознания, такие как сон и бодрствование, дифференцировать различные телесные состояния (усталость, истощение, голод, боль и т. п.), соизмеряя их с актуальной ситуацией. Одним из важнейших проявлений конструктивности внутреннего Я-отграничения является также возможность разделения временных аспектов переживания при сохранении непрерывности чувства «Я», равно как и способность различать мысли и чувства, отношения и действия при удержании ощущения их целостной субъектной принадлежности.

Для лиц с высокими показателями по данной шкале характерны хорошая способность различать внешнее и внутреннее, дифференцированность восприятия внутренних переживаний, телесных ощущений и собственной активности, способность гибко использовать возможности чувственного и эмоционального постижения действительности, а также интуитивных решений без потери контроля над реально-

стью, хорошая контролируемость телесных состояний, в целом позитивный характер внутреннего опыта, способность к достаточной психической концентрации, высокая общая упорядоченность психической деятельности.

При низких показателях по шкале конструктивного внутреннего Я-отграничения может отмечаться рассогласованность эмоционального опыта, дисбаланс внутреннего и внешнего, мыслей и чувств, эмоций и действий; нарушения переживания чувства времени, отсутствие возможности гибко контролировать эмоциональные и телесные процессы, последовательно артикулировать собственные потребности; недифференцированность восприятия и описания различающихся психических состояний; дефицит способности к продуктивной психической концентрации. Функциональная недостаточность внутренней границы проявляется в нарушении взаимодействия с неосознаваемыми процессами, которое в зависимости от показателей по другим шкалам внутреннего Я-отграничения, отражает либо «жесткое» подавление бессознательного, либо отсутствие достаточного интрапсихического барьера.

Шкала деструктивного внутреннего Я-отграничения (0'2). Шкала содержит 12 утверждений и позволяет оценить степень «жесткости» внутренних границ «Я». Для данной шкалы типичны утверждения: «Я почти совсем не вижу сновидений»; «Рассудком достигают большего, чем чувствами»; «Лично мне сказки ни о чем важном не говорят».

Деструктивное внутреннее Я-отграничение понимается как наличие ригидно фиксированного «барьера», отделяющего «Я», иначе — центр осознаваемых переживаний, от остальных интрапсихических структур. Решающим здесь, также как и при деструктивном внешнем Я-отграничении, является нарушение «проницаемости» границы. Граница в этом случае не столько отграничивает автономизированное «Я», сколько отграничивает его, лишая естественной связи с бессознательным. Вместо функциональной дифференциации единого психического пространства, происходит фактическое обособление отдельных его частей, гиперадаптированных к различным требованиям — притязаниям внешнего мира и внутренним инстинктивным побуждениям. Если конструктивное внутреннее Я-отграничение представляет собой интериоризированный опыт постепенного разрешения преэдипального симбиоза, т. е. опыт гармоничного интерперсонального взаимодействия, гибко учитывающего меняющуюся структуру потребностей растущего ребенка, то деструктивное внутреннее Я-отграничение, по сути, является интериоризацией ригидной защиты матери и семьи от его (ребенка) естественных требований. Таким образом, граница как «орган» отображения внутренних нужд ребенка, основанный на либидонозном отношении к нему и нарциссической поддержке, как залог обязательного принятия и будущего удовлетворения его потребностей, трансформируется в свою противоположность.

В поведении деструктивное внутреннее Я-отграничение проявляется диссоциацией сознательного и бессознательного, прошлого, настоящего и будущего, актуально наличного и потенциально присутствующего, дисбалансом мыслей и чувств, эмоций и действий, жесткой ориентацией на сугубо рациональное постижение действительности, недопускающей интуитивных и чувственных решений, рассогласованностью телесной и душевной жизни, неспособностью к фантазиям, мечтам, определенным обеднением эмоциональных переживаний и впечатлений вследствие зачастую гипертрофированной склонности к рационализации и вербализации ЧУВ-

ственных образов; десенсибилизированностью телесных ощущений, т.е. нечувствительностью к насущным потребностям организма (сон, жажда, голод, усталость и т. п.); жесткостью используемых механизмов защиты, отделяющих эмоциональные компоненты впечатлений и проецирующих их во внешний мир.

Лица с высокими показателями по данной шкале производят впечатление формальных, сухих, излишне деловых, рациональных, педантичных, нечувствительных. Они мало мечтают и почти не фантазируют, не стремятся к теплым партнерским отношениям, не способны к глубоким сопереживаниям. Невозможность адекватно воспринимать собственные чувства и потребности делает этих людей нечувствительными к эмоциям и потребностям других, реальный мир окружающих живых людей может замещаться у них совокупностью собственных проекций. В интеллектуальной деятельности они склонны к систематизации и классификации. В целом, излишне рационализированное сознание комплементируется чрезмерно иррационализированным бессознательным, которое зачастую проявляется в неуместных действиях и поступках, несчастных случаях, нечаянных травмах.

Шкала дефицитарного внутреннего Я-отграничения (О'З). Шкала содержит 13 утверждений и направлена на оценку степени развитости внутренней границы «Я». Для данной шкалы типичны следующие утверждения: «Часто я ощущаю себя недостаточно включенным в происходящее»; «Часто мои фантазии преследуют меня»; «Чувства, пережитые в детстве, преследуют меня до сих пор».

Дефицитарное внутреннее Я-отграничение понимается как недостаточная сформированность внутренней границы «Я». Эта граница возникает в процессе структурной дифференциации психического и знаменует собой возможность формирования подлинно автономного «Я». В этой связи недостаточность внутренней границы представляет собой в определенном смысле базисное недоразвитие личностных структур, тормозящее формирование других интрапсихических образований. Как и деструктивное внутреннее Я-отграничение, дефицитарность внутренней границы отражает интерперсональную динамику президипального периода, однако здесь «патология» отношений более глубока, менее может быть осознана матерью и, по-видимому, относится к самым ранним ступеням онтогенеза ребенка. Фактически такие отношения могут иметь различный характер, существовать, например, в виде клишированного воспроизведения нормативно заданных ролей или, напротив, отличаться крайней непоследовательностью поведения. В любом случае мать оказывается не в состоянии выполнять важнейшую функцию развивающегося симбиоза, связанную с постоянным «обучением» ребенка навыкам совладания с собственными потребностями. Поскольку в этом периоде внешний мир существует для ребенка лишь как меняющиеся внутренние ощущения, чрезвычайно важно научить его дифференцировать различные собственные состояния и отличать последние от внешних объектов. В этой связи особенно неблагоприятной является описанная выше (шкала дефицитарного внешнего Я-отграничения) остановка внутренней динамики развития самих симбиотических отношений, которая в сочетании с невозможностью правильной идентификации матерью актуальных потребностей и нужд ребенка, ведет к формированию функциональной недостаточности внутренней границы, т. е. дефицитарному внутреннему Я-отграничению. В отличие от деструктивного внутреннего Я-отграничения, при оформлении которого все же происходит становление пусть «ложной», но идентичности, в рассматриваемом случае

межличностная динамика первичной группы препятствует развитию какой бы то ни было идентичности.

В поведении слабость внутренней границы «Я» выражается склонностью к чрезмерному фантазированию, необузданной мечтательности, при которых воображаемое едва может быть отделено от реальности. Сознание зачастую «затопляется» слабо контролируемыми образами, чувствами, эмоциями, переживание которых оказывается не способным дифференцировать их от внешних объектов, ситуаций и отношений с ними связанных. Плохо структурированный внутренний опыт, как правило, может лишь механически пополняться, оставаясь почти всегда слишком тесно связанным с конкретными ситуациями и пережитыми в них эмоциями и аффектами. Переживание времени практически отсутствует, поскольку претерпевание настоящего, как правило, поглощает и прошлое — из-за определенной слабости способности отличать испытанный ранее аффект от сиюминутного — и будущее — вследствие трудностей дифференциации воображаемого и действительного. Возможности реалистического восприятия и регулирования собственных телесных процессов заметно сокращены. С одной стороны, актуализированные потребности подлежат немедленному удовлетворению и практически не могут быть отложены, с другой, многие действительные «телесные нужды» могут длительное время оставаться без всякого внимания. Поведение в целом непоследовательно, зачастую хаотично и несомерно наличной жизненной ситуации.

Для лиц с высокими показателями по шкале дефицитарного внутреннего Я-отграничения характерны импульсивность, слабость эмоционального контроля, склонность к экзальтированным состояниям, недостаточная взвешенность поступков и принимаемых решений, «переполненность» разрозненными, разнообразными чувствами, образами или мыслями, крайняя непоследовательность в интерперсональных отношениях, неспособность к достаточной концентрации усилий, плохая регуляция телесных процессов. Очень высокие показатели по данной шкале могут означать препсихотическое или психотическое состояние. В поведении тогда на передний план выступают неадекватность, дезорганизованность и дезинтегрированность, зачастую воспринимаемые как вычурность и нелепость.

Шкала конструктивного нарциссизма (НІ). Шкала содержит 12 утверждений и оценивает степень целостного принятия человеком себя. Типичными для данной шкалы являются утверждения: «У меня много желаний, и я прикладываю много сил для того, чтобы они осуществились»; «Я охотно рассказываю о себе и моих переживаниях»; «Я радуюсь всему тому, что умею».

Конструктивный нарциссизм понимается как позитивное представление индивида о самом себе, базирующееся на ощущении собственной значимости и опирающееся на положительный опыт интерперсональных контактов. Главными атрибутами такого восприятия себя и представления о себе являются как реалистичность оценок, в которых интериоризированы важнейшие, в хорошем смысле непредвзятые, дружественные, «участвующие» отношения значимого окружения, так и целостность, включающая общее позитивное отношение к себе как к личности, к отдельным сферам своего существования, собственным действиям, чувствам, мыслям, телесным процессам, сексуальным переживаниям. Такое целостное реалистическое принятие себя в самых разных своих проявлениях позволяет свободно отдавать себя во власть чужих оценок, не пытаясь ни сознательно, ни бессознательно искусствен-

но сформировать положительное представление о себе, тщательно прикрывая собственные слабости. Другими словами, конструктивный нарциссизм означает заметное сближение таких интеграции как «"Я" для себя» и «"Я" для других». Как бы ни понималась природа нарциссизма вообще, конструктивный нарциссизм характеризует достаточную зрелость интерперсональных потенций индивида и «здоровую» самодостаточность. Это не «фантазии всемогущества» и не восторг чувственного наслаждения, а ощущение радости от растущих возможностей реализации себя в сложном мире человеческих отношений.

В поведении конструктивный нарциссизм проявляется как способность адекватно оценивать себя, по-настоящему полно воспринимать свои возможности и реализовывать их, ощущать свою силу и компетентность, прощать себе ошибки и промахи, извлекая необходимые уроки и тем самым увеличивая свой жизненный потенциал. Конструктивный нарциссизм обнаруживает себя в возможности получать удовольствие от собственных мыслей, чувств, фантазий, прозрений, интуитивных решений и действий, правильно воспринимая их реальную ценность, он позволяет индивиду полнокровно ощущать свою телесную жизнь и обеспечивает возможность устанавливать разнообразные интерперсональные отношения в соответствии со своими внутренними побуждениями. Конструктивный нарциссизм дает возможность безболезненно переживать временное одиночество, не испытывая чувств тоски или скуки. Конструктивный нарциссизм позволяет человеку искренне прощать другим их ошибки и заблуждения, любить и быть любимым, сохраняя внутреннюю целостность, самостоятельность и автономность.

Для лиц с высокими показателями по данной шкале характерны высокая самооценка, чувство собственного достоинства, здоровое честолюбие, реалистичность в восприятии себя и других, открытость в межличностных контактах, многообразие интересов и побуждений, способность наслаждаться жизнью в самых разных ее проявлениях, эмоциональная и духовная зрелость, возможность противостоять неблагоприятному развитию событий, недоброжелательным оценкам и действиям других без ущерба для себя и необходимости использовать защитные формы, серьезно искажающие действительность.

При низких показателях по шкале конструктивного нарциссизма речь идет, как правило, о неуверенных в себе, несамостоятельных, зависимых людях, болезненно реагирующих на чужие оценки и критику, интолерантных к собственным слабостям и недостаткам других. Для таких людей типичны коммуникативные трудности, они не способны поддерживать теплые доверительные отношения вообще или, устанавливая и поддерживая их, не могут сохранять собственные цели и предпочтения. Чувственная жизнь лиц с низкими показателями по данной шкале зачастую обеднена или слишком «необычна», круг интересов узок и специфичен. Слабость эмоционального контроля и отсутствие полноценного коммуникативного опыта не позволяют этим людям в достаточной степени ощущать полноту жизни.

Шкала деструктивного нарциссизма (Н2). Шкала содержит 12 утверждений и позволяет оценить уровень искажений отношения индивида к себе. Для данной шкалы типичны утверждения: «Чаще всего меня недооценивают в моих способностях»; «В общем-то никто не знает, как часто меня обижают»; «Когда другие смеются, я часто не могу смеяться вместе с ними».

Деструктивный нарциссизм понимается как искажение или нарушение возможности личности реалистично ощущать, воспринимать и оценивать себя. Формируясь в процессе деформированных симбиотических отношений, деструктивный нарциссизм вбирает в себя преэдипальный опыт негативных интерперсональных интеракций и фактически представляет собой реактивное защитное переживание недостаточности нежно-заботливого отношения к растущему «Я» ребенка. Таким образом, деструктивный нарциссизм как бы «соткан» из обид, страхов, агрессивных чувств, предубеждений, предрассудков, отказов, запретов, разочарований и фрустраций, возникающих во взаимодействии ребенка и матери, т. е. отражает неосознанную деструктивную динамику первичного групподинамического поля и последующих референтных групп. Важнейшей особенностью деструктивного нарциссизма является временная и интенсивностная нестабильность отношения к себе, проявляющаяся в недооценке или переоценке себя, при этом размах колебаний определяется фантазиями величия, с одной стороны, и идеями малоценности — с другой. Отношение к себе не может быть стабилизировано вследствие невозможности объективировать его в «зеркале» межличностного взаимодействия. Предшествующий негативный симбиотический опыт демонстрации своего истинного слабого недифференцированного «Я» заставляет избегать взаимных контактов в широком спектре ситуаций, требующих подтверждения собственной идентичности. Коммуникация с окружающим приобретает акцентированно односторонний характер, в этой связи, как правило, углубляется рассогласование между внутренней самооценкой и неосознанно предполагаемой оценкой себя другими. Степень этого рассогласования определяет интенсивность потребности нарциссического подтверждения и нарциссической поддержки извне. Главной проблемой при этом является невозможность получения такого «нарциссического питания». Постоянно контролируя коммуникативный процесс, деструктивно нарциссическое «Я» отгораживается от субъектной активности Другого, другой перестает быть Другим, необходимый диалог превращается в непрекращающийся монолог.

На поведенческом уровне деструктивный нарциссизм проявляется неадекватной оценкой себя, своих действий, способностей и возможностей, искаженным восприятием других, чрезмерной настороженностью в общении, нетерпимостью к критике, низкой толерантностью к фрустрациям, боязнью близких, теплых, доверительных отношений и неспособностью устанавливать их, потребностью в общественном подтверждении своей значимости и ценности, а также склонностью к построению аутистического мира, отгораживающего от реальных интерперсональных взаимодействий. Часто отмечаются также ощущение неразделенности и непонятости другими субъективно важных переживаний и чувств, интересов и мыслей, чувство враждебности окружающих, вплоть до параноидных реакций, ощущение скуки и безрадостности существования.

Высокие показатели по данной шкале отражают выраженную противоречивость самооценки, несогласованность отдельных ее компонентов, нестабильность отношения к себе, трудности в интерперсональных контактах, крайнюю обидчивость, чрезмерную осторожность, закрытость в общении, тенденцию постоянно контролировать собственную экспрессию, сдержанность, аспонтанность, «сверхпроницательность» вплоть до подозрительности. Фасадная безупречность часто сопровождается чрезмерной требовательностью и непримиримостью к недостаткам и

слабостям других; высокая потребность находиться в центре внимания, получать признание окружающих, сочетаются с непереносимостью критики и склонностью избегать ситуаций, в которых может происходить реальная внешняя оценка собственных свойств, а неполноценность межличностного общения компенсируется выраженной тенденцией к манипулированию.

Шкала дефицитарного нарциссизма (НЗ). Шкала содержит 13 утверждений и позволяет оценить уровень развития отношения к себе. Для данной шкалы типичными являются вопросы: «Никто не замечает—есть я или нет»; «Я часто чувствую себя лишним»; «Существую я или нет, это не так уж важно».

Дефицитарный нарциссизм понимается как недостаточность способности формировать целостное отношение к себе, развивать дифференцированное представление о собственной личности, своих способностях и возможностях, равно как и реалистично оценивать себя. Дефицитарный нарциссизм представляет собой рудиментарное состояние чувства собственной достаточности и автономии. По сравнению с деструктивным нарциссизмом здесь речь идет о более глубоком нарушении центральной Я-функции, ведущем к почти полной неспособности воспринимать неповторимость и единственность собственного существования, придавать значение своим желаниям, целям, мотивам и поступкам, отстаивать собственные интересы и иметь самостоятельные взгляды, мнения и точки зрения. Как и ранее описанные дефицитарные состояния других Я-функций, дефицитарный нарциссизм первично связан с атмосферой и характером преемственного взаимодействия. Вместе с тем, в отличие от, например, деструктивного нарциссизма он отражает существенно иной модус интеракционных процессов. Если среда, вызывающая деструктивную деформацию нарциссизма, характеризуется «слишком человеческими» отношениями с их непоследовательностью, противоречивостью, страхами, обидами, чувствами обиденности и несправедливости, то атмосфера дефицитарного нарциссизма — холод, безразличие и равнодушие. Таким образом, вместо «искажающего зеркала» деструкции здесь существует лишь «пустота» дефицита. Необходимо отметить, что физический уход и забота о растущем ребенке могут быть при этом безупречны, однако формальны, ориентированы на сугубо внешние конвенциональные нормы и не отражают личностного, субъектного участия. Фактически именно этот дефицит любви, нежности и собственно человеческой заботы препятствует формированию у ребенка собственных границ, выделению себя и становлению первичной Я-идентичности и, в дальнейшем, почти фатально предопределяет глубокий «нарциссический голод».

В поведении дефицитарный нарциссизм проявляется низкой самооценкой, выраженной зависимостью от окружающих, невозможностью устанавливать и поддерживать «полноценные» межличностные контакты и отношения без ущерба своим интересам, потребностям, жизненным планам, трудностями выделения собственных мотивов и желаний, взглядов и принципов, и связанной с этим чрезмерной идентификацией с нормами, ценностями, потребностями и целями ближайшего окружения, а также бедностью эмоциональных переживаний, общий фон которых — безрадостность, пустота, скука и забытость. Непереносимость одиночества и выраженное неосознанное стремление к теплым, симбиотическим контактам, в которых можно полностью «раствориться», укрыв тем самым себя от невыносимых страхов реальной жизни, личной ответственности и собственной идентичности.

Высокие оценки по данной шкале характеризуют неуверенных в себе, своих возможностях, силе и компетенции людей, прячущихся от жизни, пассивных, пессимистичных, зависимых, чрезмерно конформных, неспособных к подлинным человеческим контактам, стремящихся к симбиотическому слиянию, ощущающих свою ненужность и неполноценность, постоянно нуждающихся в нарциссическом «питании» и неспособных к конструктивному взаимодействию с жизнью и всегда довольствующихся лишь ролью пассивных реципиентов.

Шкала конструктивной сексуальности (Cel). Шкала содержит 13 утверждений и позволяет оценить степень интегрированности сексуальной деятельности в целостной психической активности индивида. Для данной шкалы типичны утверждения: «Я охотно придумываю себе эротические ситуации, которые хотел бы пережить со своей партнершей»; «В эротическом настроении мне не нужно выдумывать темы для разговора с партнершей»; «Мне нравится находить то, что доставляет сексуальное удовольствие моей партнерше».

Конструктивная сексуальность понимается как сугубо человеческая возможность получать взаимное удовольствие от физического, телесного сексуального взаимодействия, которое переживается как свободное от страхов и чувства вины, зрелое единение личностей. Особенно важным при этом является то, что такое единение не отягощено никакими ролевыми фиксациями, социальными обязанностями или стремлениями и не детерминировано исключительно биологическими нуждами. Его единственная самодостаточная цель — безусловное телесное, душевное и духовное слияние. Конструктивная сексуальность предполагает подлинное принятие партнера и подтверждение собственной Я-идентичности, другими словами, это способность вступать в сексуальный контакт, ощущая живую реальность данного неповторимого партнера и сохраняя чувство внутренней аутентичности. Другим важным аспектом конструктивной сексуальности является возможность выходить из сексуального симбиоза без разрушительного чувства вины и переживания потери, а, напротив, испытывая радость взаимного обогащения.

Формируясь в процессе разрешения детского симбиоза, конструктивная сексуальность предполагает успешное преодоление не только преедипального, но и последующих эдипального и пубертатного возрастных кризисов. Как Я-функция конструктивная сексуальность имеет базисное, основополагающее значение, однако сама она в своем развитии нуждается в наличии определенного, необходимого минимума конструктивности. Для ее успешного формирования, наряду с интеграцией полиморфной инфантильной сексуальности, должны существовать достаточно развитые конструктивные функции «Я», прежде всего конструктивная агрессия, конструктивный страх, устойчивые коммуницирующие границы «Я».

В поведении конструктивная сексуальность проявляется возможностью наслаждаться сексуальными контактами при одновременной способности доставлять удовольствие сексуальному партнеру, свободой от фиксированности сексуальных ролей, отсутствием ригидных сексуальных стереотипов, склонностью к эротической игре и эротическому фантазированию, способностью наслаждаться разнообразием и богатством переживаний, возникающих в сексуальной ситуации, отсутствием сексуальных предрассудков и открытостью новому сексуальному опыту, умением коммуницировать свои сексуальные желания партнеру и понимать его чувства и желания, способностью ощущать ответственность и проявлять теплоту, заботу и предан-

ность в сексуальных партнерских отношениях. Конструктивная сексуальность это не столько широкий диапазон приемлемости форм сексуальной активности, сколько способность к гибкому согласованию, опирающемуся на прочувствованное понимание партнера.

Высокие показатели по данной шкале характерны для чувствительных, зрелых людей, способных устанавливать тесные партнерские отношения, хорошо понимающих свои потребности и чувствующих потребности другого, умеющих коммуницировать и реализовывать собственные сексуальные желания без эксплуатации и безличного манипулирования другими, способных к взаимообогащающему обмену чувственными переживаниями и чувственным опытом, не фиксированных на каких-либо клишированных способах сексуального поведения; как правило, обладающих достаточно развитым сексуальным репертуаром с многообразием и дифференцированностью эротических компонентов, которые, однако, хорошо интегрированы и отражают целостную, естественную активность личности.

При низких показателях по шкале конструктивной сексуальности наблюдается недостаточная способность к партнерскому сексуальному взаимодействию, сексуальная активность либо слишком инструментализирована, стереотипизирована, либо обеднена. В любом случае отмечается неспособность к сексуальной «игре», партнер воспринимается и выступает лишь как объект для удовлетворения собственных сексуальных желаний. Эротические фантазии приобретают явно эгоцентрический характер или отсутствуют вовсе. Сексуальная активность почти всегда протекает вне ситуации «здесь и сейчас». Конкретный характер нарушения функции сексуальности отражается преобладающим повышением показателей по одной из двух последующих шкал.

Шкала деструктивной сексуальности (Се2). Шкала содержит 13 утверждений и позволяет оценить степень личностной интегрированности функции сексуальности. Для данной шкалы типичны вопросы: «Мои сексуальные фантазии почти всегда крутятся вокруг того, насколько хорошо ко мне относится партнер»; «Иногда мне хочется грубого секса»; «Когда мне скучно, я ищу сексуальных приключений».

Деструктивная сексуальность представляет собой деформацию развития функции сексуальности, проявляющуюся в нарушении процесса интеграции сексуальной активности в целостном поведении личности. Фактически сексуальность оказывается отщепленной от Я-идентичности и, тем самым, преследует свои собственные автономные цели, зачастую несогласующиеся с другими проявлениями «Я». В качестве таких целей могут, например, выступать актуализированное желание чисто сексуального удовлетворения, связанное с возбуждением той или иной эрогенной зоны, потребность в признании и восхищении, желание доказать сексуальное превосходство, следование социально предписанной роли, агрессивное побуждение и т. д. Центральным здесь является искажение интериоризированной бессознательной групповой динамики, превращающее сексуальность из средства углубления общения, достижения близости, доверительности и интимности в способ избегания подлинно человеческого контакта. Место партнерского симбиоза, единения чувств, мыслей и переживаний занимает эгоистическая отгороженность. Как партнер, так и отдельные компоненты собственной сексуальной активности, инструментализируются и манипулятивно используются для достижения сексуального наслаждения. Чувства, переживаемые другим игнорируются или объектно эксплуатируются. От-

ношения носят закрытый характер и вовсе не направлены на какое-либо «открытие» партнера, желание прочувствовать его единственность и уникальность, «...границы другого или вовсе не пересекаются, не происходит никакого открытия другого, или они пересекаются, но таким образом, который оскорбляет достоинство партнера телесно, душевно или духовно» (Ammon G., 1995). Истоком и ядром деструктивной сексуальности является деформированная, преимущественно неосознаваемая, динамика симбиотических отношений. Краеугольный камень такой деформации — непонимание или игнорирование телесных потребностей и развивающейся чувствительности ребенка. Конкретные формы искажения симбиотического взаимодействия могут различаться в диапазоне от враждебного отношения первичной группы к полиморфным проявлениям инфантильной сексуальности до чрезмерной тепличности отношений, в которой все интеракции, связанные с ребенком эротизируются независимо от его реальных желаний. Таким образом, первичный недостаток умения матери обходиться с близостью и дистанцией в соответствии с потребностями другого, ее несвобода от сексуальных предрассудков и/или общее даже бессознательное неприятие ребенка создают предпосылки для нарушений развития «здорового» модуля первичного опыта развивающегося «Я», т. е. процесса формирования психосексуальной идентификации.

В поведении деструктивная сексуальность проявляется нежеланием или неспособностью к глубоким, интимным взаимоотношениям. Человеческая близость зачастую воспринимается как обременительная обязанность или угроза потери аутистической автономии, а потому избегается или обрывается с помощью замещения. Вместо целостной личности в контакте участвуют лишь отдельные ее фрагменты. Отщепленная таким образом сексуальная активность оскорбительно игнорирует целостность другого, придавая сексуальным отношениям характер безличности, анонимности, отчужденности. Сексуальный интерес оказывается в широком смысле фетишизированным и жестко связанным лишь с отдельными качествами партнера. Эротические фантазии и сексуальные игры имеют исключительно аутистический характер. Сексуальный репертуар, как правило, ригиден и может не соответствовать диапазону приемлемости у партнера. Для деструктивной сексуальности характерно также наличие выраженных негативных эмоций после сексуальных эксцессов. Сексуальные отношения ретроспективно воспринимаются как травмирующие, наносящие вред или унижающие достоинство. В связи с этим часто отмечаются чувства вины, ощущение деградированности или переживание «использованности». К крайним проявлениям деструктивной сексуальности относятся многообразные сексуальные перверзии: различные варианты сексуального насилия, включая насилие над детьми, садомазохизм, эксгибиционизм, вуайеризм, фетишизм, педофилия, геронтофилия, некрофилия, садомия и т. п.

Высокие показатели по шкале деструктивной сексуальности характерны для лиц неспособных к духовно наполненным, богатым эмоциями сексуальным переживаниям; избегающих эмоциональной близости, доверительности и теплоты. Место истинного интереса к сексуальному партнеру занимает обычно какой-либо частный возбуждающий элемент, например, новизна, необычность, особенности вторичных половых признаков и т. д. Деструктивная сексуальность может у них проявляться в различных формах агрессивного поведения: от скандальности вплоть до открытых проявлений физического насилия и/или склонности к само-

разрушению. Сексуальный эксцесс редко переживается ими как подлинные «здесь и сейчас».

Шкала дефицитарной сексуальности (СеЗ). Шкала содержит 11 утверждений и позволяет оценить степень задержки развития сексуальности как центральной Я-функции. Для данной шкалы типичны вопросы: «В моих отношениях с партнершей сексуальность не играет такой большой роли»; «По сути, секс для меня не особенно интересен»; «В моих фантазиях секс красивее, чем в действительности».

Дефицитарная сексуальность понимается как задержанная в своем развитии -Я-функция сексуальности. Она означает генерализованный запрет в проявлении сексуальной активности. В отличие от деструктивной деформации дефицитарная сексуальность предполагает максимально возможный отказ от реальных сексуальных контактов, которые могут происходить лишь под сильным прессингом внешних обстоятельств. По сути, речь идет о неприятии своей и чужой телесности. Физический контакт воспринимается как недопустимое вторжение, субъективная бессмысленность которого предопределена восприятием происходящего как только механистического взаимодействия. Главное здесь утрата способности ощущать межличностную, интерсубъектную основу сексуальных действий. Тем самым смысл любой эротической или сексуальной ситуации оказывается резко обедненным и, зачастую, представляется как «неприличное» проявление сугубо «животного» начала. Иначе говоря, сексуальность не воспринимается как необходимый компонент чисто человеческого общения и, вследствие этого, не может быть адекватно интегрирована в интерперсональные коммуникации. Дефицитарная сексуальность не позволяет межличностным контактам достигать какой-либо глубины и, таким образом, во многом реально обуславливает «пороговую величину» интеракций.

Как и другие дефицитарные функции, дефицитарная сексуальность начинает формироваться в прездипальном периоде, однако специфическим условием ее развития является выраженный недостаток положительного, доставляющего телесное удовольствие опыта взаимодействия с матерью. Если дефицитарная агрессия возникает из-за равнодушного отношения к проявлениям прежде всего двигательной активности ребенка, отсутствия у матери фантазий, создающих «игровое поле симбиоза» (Amnion G., 1980), то дефицитарная сексуальность есть следствие безразличия окружения к телесным проявлениям ребенка и крайней недостаточности нежного тактильного контакта с ним. Результатом такого «невзаимодействия» являются сильный архаический страх покинутости и недостаток нарциссической подтвержденности, которые как генерализованный страх контакта и чувство неприятия своей телесности определяют *par exelens* всю последующую душевную динамику сексуальной активности.

В поведении дефицитарная сексуальность выражается преимущественным отсутствием сексуальных желаний, бедностью эротического фантазирования, восприятием сексуальных отношений как «грязных», греховных, недостойных человека и заслуживающих отвращения. Собственная сексуальная активность чаще всего ассоциирована со страхом. При этом боязнь окрашивает всю сферу отношения полов и может проявляться страхом заражения или морального падения, боязнью прикосновения или сексуальной зависимости. Часто отмечается несформированность сексуального репертуара, полная неспособность к сексуальной «игре», на-

личие большого количества предрассудков. Для поведенческих проявлений дефицитарной сексуальности характерна невысокая оценка своего телесного образа и своей сексуальной привлекательности, равно как и склонность обесценивать сексуальную привлекательность других. В целом межличностные отношения редко бывают по-настоящему полнокровными, реальным потенциальным сексуальным партнерам они предпочитают выдуманных «принцев» или «принцесс». Часто дефицитарная сексуальность сопровождается импотенцией у мужчин и фригидностью у женщин.

Лицам с высокими показателями по шкале дефицитарной сексуальности свойственна низкая сексуальная активность, стремление избегать половых контактов вплоть до полного отказа от них, тенденция заменять реальные сексуальные отношения фантазиями. Такие люди не способны испытывать радость от собственного тела, коммуницировать свои желания и потребности другим, легко теряются в ситуациях, требующих сексуальной идентификации. Сексуальные желания и претензии других воспринимаются ими как угрожающие собственной идентичности. Для них характерна недостаточная эмоциональная наполненность даже значимых интерперсональных отношений. Дефицитарность сексуального опыта обычно обуславливает «слишком серьезное» отношение к жизни, плохое понимание людей, равно как и жизни в целом.

10.1.4. Общие правила интерпретации результатов и области применения теста

К таким общим правилам следует отнести, прежде всего, обязательность использования всей информации, имеющейся об испытуемом. Данные теста должны применяться лишь как материал, позволяющий выдвигать диагностические гипотезы, подтверждение которых может осуществляться только на основе наблюдения реальных образцов поведения конкретного человека и тщательной реконструкции особенностей его анамнеза. Интерпретационные заключения должны непременно отражать встречное движение тестовой дедукции и анализа жизненного пути испытуемого. Деструктивные или дефицитарные компоненты центральных Я-функций, диагностируемые соответствующими шкалами опросника, должны обязательно верифицироваться сведениями из фактической жизни исследуемого.

В то же время тестовые показатели способны концентрировать внимание клиницистов на тех сферах, аспектах или образцах поведения испытуемого, в которых наиболее вероятно обнаружить проявления изучаемых дисфункций. Особо следует подчеркнуть, что описанные выше особенности интерперсонального взаимодействия в раннем детстве, гипотетически обуславливающие расстройство (деформацию или недоразвитие) той или иной функции «Я», должны пониматься скорее как «топографические» ориентиры» на «карте» реконструкции ранней душевной динамики испытуемого, чем в качестве конкретных патогенетических механизмов, вызывающих дефицит функций его «Я».

Хотя тестовые утверждения репрезентируют формы поведения, стигматизированные функциональной недостаточностью «Я», такие же поведенческие паттерны могут иметь иную детерминацию. Другими словами, нарушенные центральные функции «Я» проявят себя в повышении шкальных показателей Я-структурного теста, но не всегда повышения шкальных оценок могут однозначно свидетельство-

вать о расстройствах центральных функций. При анализе данных опросника необходимо учитывать, что кроме описанной детерминации индивидуального своеобразия Я-интеграций в тестовых результатах могут отразиться и другие, например, конституционально-обусловленные особенности. Более того, патогенетическое действие самого фактора нарушенной интерперсональной динамики не ограничивается прездипальным периодом, а охватывает все последующие возрастные кризисы.

Другим важным принципом интерпретации является целостный анализ профиля. Важнейшим здесь является определение соотношения деструктивного, конструктивного и дефицитарного по всем рассматриваемым функциям. Таким образом, создается возможность не только оценить общий уровень благополучия или неблагополучия Я-интеграции, но и выявить зоны (функции), в которых это благополучие или неблагополучие выражено максимально, т.е. определить наиболее слабое звено, равно как и основной адаптационный потенциал. Необходимо при этом прежде всего иметь ввиду два обстоятельства: с одной стороны, дефицитарное состояние центральной Я-функции являет собой наиболее выраженное нарушение ее организации, но с другой, деструкция и дефицит всегда идут вместе, образуя множество переходных вариантов.

Наконец, следует помнить, что Я-структурный тест Аммона не имеет прямых шкал для оценки тестовой установки испытуемого, а потому недостаточно защищен от диссимуляционной тенденции. В этой связи необходимо придерживаться следующих положений: во-первых, достаточным диагностическим условием неблагополучия в развитии функции «Я» является повышение по какой-либо дефицитарной или деструктивной шкале, независимо от положения соответствующих конструктивных шкал; во-вторых, выраженные диссимуляционные тенденции и установки социальной фаворабельности проявляют себя в подчеркнуто высоких показателях конструктивных шкал с одновременно низкими деструктивных и дефицитарных шкал и очень высокими оценками по шкалам Я-отграничения.

Опросник может быть широко использован как в индивидуальной психологической диагностике, так и в скрининговых исследованиях. В частности, то обстоятельство, что многие утверждения теста фактически представляют собой формализованные описания неглубоких психопатологических стигм, позволяет широко применять его в эпидемиологических исследованиях.

Важно отметить способность опросника целостно описывать структуру человеческого «Я», что делает его весьма полезным средством в клинических исследованиях.

В клинической психодиагностике Я-структурный тест Аммона может применяться для решения задач дифференциальной диагностики, позволяет объективизировать терапевтическую динамику, чрезвычайно полезен в функциональной диагностике. Тестовые результаты могут быть использованы для выбора терапевтической тактики, например, в психотерапевтическом процессе, равно как и создавать основу для целенаправленного построения психопрофилактических и реабилитационных программ.

10.2. Разработка методики оценки психического здоровья (на основе Я-структурного теста Аммона)

Проблема соотношения психического здоровья и болезни не может быть решена как исключительно клиническая. Заключение о состоянии психического здоровья далеко не исчерпывается установлением факта отсутствия того или иного нервно-психического заболевания или расстройства. В качестве необходимого условия психического здоровья выдвигается положение о возможности достаточной адаптации к среде для оптимального функционирования личности, позволяющего в максимальной степени реализовать имеющийся психический потенциал.

Психическая болезнь и психическое здоровье не могут рассматриваться как статичные, раз и навсегда определенные категории, жестко противостоящие друг другу. Между ними существует неразрывная связь, реализующаяся в различных динамических переходных состояниях.

Соотношение болезни и здоровья может пониматься как континуальное единство, лишь в экстремальных случаях (на полюсах) предполагающее отсутствие противоположного качества. Упрощенно эту ситуацию можно представить такими дискретными понятиями как «идеальное здоровье», «практическое здоровье», «типологическая норма», «группа риска», пограничные нервно-психические нарушения, психические болезни, дефектные состояния. Таким образом, при оценке психического здоровья всегда имеют в виду различные его уровни.

Весьма распространенное представление о среднестатистической норме, основанное на оценке частоты встречаемости психопатологических проявлений, не может решить вопроса о соотношении психического здоровья и болезни, и, по сути, стирает грань между ними.

Наиболее важным здесь является то, что такой среднестатистический подход исключает из поля зрения исследователей оценку здоровых компонентов у больного и патологических элементов у здоровых.

Диагностическая система оценки психического здоровья должна удовлетворять как минимум следующим требованиям:

- 1) репрезентативно выявлять психопатологическую симптоматику;
- 2) в достаточной мере отражать ресурсы психической адаптации;
- 3) определять уровень реализации психического потенциала;
- 4) позволять количественно сопоставлять получаемую информацию.

При конструировании методики оценки психического здоровья (МОПЗ), отвечающей вышеприведенным требованиям были решены следующие задачи:

- выбор адекватной методики для сбора эмпирической информации;
- получение информации о распределении диагностически значимых признаков на выборках, репрезентирующих популяцию здоровых и лиц с выраженной патологией;
- выработка диагностически значимых показателей и алгоритмов оценки психического здоровья;
- проверка эффективности установленных диагностических показателей на специальных выборках.

При выборе методических средств для получения эмпирической информации, отражающей психическое здоровье населения, следует исходить из того, что традиционный подход, использующий профилактические осмотры врача-психиатра неприемлем, и, прежде всего по правовым обстоятельствам («Закон о психиатрической помощи и гарантии прав граждан при её оказании № 117-ФЗ от 27.07.98 г.»).

В этой связи представляется единственным возможным для решения этой задачи использование опросниковой психодиагностической методики. При этом, такая методика должна в максимально возможной степени охватывать основные стороны психической деятельности человека. Она также должна отражать информацию о наличии различных психопатологических проявлений. Кроме того, методика может быть применима лишь в том случае, если она способна характеризовать адаптационные ресурсы испытуемых.

10.2.1. Психометрические характеристики теста

МОПЗ представляет собой систему психодиагностических шкал, позволяющих интегрально оценить важнейшие показатели психического здоровья. Новизна исследования заключается в применении составляющих МОПЗ первичных шкал и вторичных индексов, устанавливающих тестовым методом уровни конструктивно-адаптационных ресурсов, психопатологической симптоматики и психической активности, а также их соотношения в производных индексах.

Диагностическая система разработана на основе возможности применения психологических опросников для получения диагностически значимой популяционной информации, позволяющей сформулировать комплексные критерии уровня психического здоровья.

МОПЗ включает три первичные шкалы (конструктивности, деструктивное[™], дефицитарности) и два производных индекса (уровень психической компенсации и уровень психической активности). В отличие от других методов в МОПЗ использована тестовая психодиагностическая процедура, основанная на концепции, рассматривающей уровень психического здоровья как соотношение конструктивных (адаптационных) и деструктивно-дефицитарных (психопатологически измененных и недоразвитых) составляющих психической активности.

В МОПЗ в качестве психодиагностической методики для сбора первичной информации используется Я-структурный тест Аммона.

Утверждения опросника затрагивают самочувствие, настроение, особенности эмоциональных переживаний и действий в различных жизненных ситуациях. Фактически, испытуемому предлагается оценить себя и свое поведение в пространстве воображаемых обстоятельств, заданных тестовыми утверждениями (приложение 1).

Тест состоит из 18 шкал, объединенных в 6 отдельных блоков. Каждый из блоков описывает один из 6 психологических параметров:

- агрессия,
- тревога / страх,
- внешнее Я-отграничение,
- внутреннее Я-отграничение,
- нарциссизм,
- сексуальность.

Каждая из шести психологических переменных оценивается тремя отдельными шкалами, позволяющими выявить степень выраженности конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющих.

Все названные блоки включают конструктивную, деструктивную и дефицитарную шкалы. Таким образом, утверждения теста позволяют регистрировать поведенческие проявления, в которых отображаются как адаптивные, т. е. конструктивные, так и неадаптивные — деструктивные и дефицитарные компоненты личностных реакций.

В МОПЗ используется интегральная (блоковая) группировка показателей теста.

В соответствии с этим по данным исходного перечня выделяются три блока: блок конструктивности, деструктивноеTM и дефицитарности.

Блок деструктивноеTM формируется как суммарный показатель по шести деструктивным шкалам и фактически репрезентирует психопатологическую симптоматику.

В табл. 19 представлена корреляционная матрица шкал Я-структурного теста Аммона и клинических шкал Миннесотского опросника (MMPI). Как видно из этой таблицы, деструктивные и дефицитарные шкалы ISTA обнаруживают высокие статистически значимые корреляции со шкалами MMPI. Содержание утверждений, входящих в блок деструктивноеTM, дает основание расценивать их как показатели психопатологических проявлений.

Типичным для данного блока являются такие утверждения как «часто я впадаю в такую панику, что не могу осуществлять даже важные дела», «чаще всего я чувствую себя одиноким даже среди других людей», «чаще всего меня недооценивают в моих способностях».

Утверждения блока дефицитарности отражают нераскрытость, нереализованность личности, стремление функционировать, используя минимум собственных возможностей. Для данного блока характерны такие утверждения как «трудности сразу же выбивают меня из колеи», «часто я руководствуюсь мнением других людей», «досаду и раздражение я не могу показывать другим» и т. п.

Из табл. 20 видно, что конструктивные шкалы ISTA практически не имеют значимых корреляций с клиническими шкалами MMPI.

Утверждения, входящие в этот блок, по своему содержанию характеризуют адаптивные формы поведения в различных жизненных ситуациях. Примерами утверждений этого плана являются: «я легко схожусь с людьми», «если меня что-то тревожит, я делюсь этим с другими людьми», «я охотно помогаю другим, но не позволяю себя использовать», «я всегда могу найти время для важных дел».

Блок конструктивности в значительной степени позволяет оценить адаптационный ресурс личности, способность противостоять неблагоприятным обстоятельствам, отстаивать свои жизненные позиции, сохраняя при этом значимые интерперсональные отношения.

При формировании МОПЗ выделенные блоки конструктивности, деструктивноеTM и дефицитарности являются отдельными психодиагностическими шкалами, имеющими важное значение для получения итоговых показателей (индексов психического здоровья).

Каждая из этих шкал может быть выделена по двум основаниям, которые фактически характеризуют содержательную и конструктивную валидность.

В частности, интеркорреляционная матрица (табл. 20) первичных шкал исходного перечня наглядно отражает наличие высоких статистически значимых корреляций между шкалами, формирующими тот или иной блок, рассматриваемый в данном контексте как самостоятельная шкала.

Так, шкала конструктивной агрессии положительно коррелирует со всеми другими конструктивными шкалами и в целом не обнаруживает положительных корреляций с деструктивными и дефицитарными шкалами.

Шкала деструктивной агрессии напротив высоко положительно коррелирует с деструктивными шкалами и не обнаруживает положительных статистически значимых корреляций с конструктивными шкалами и т. п.

Такое распределение коэффициентов интеркорреляций свидетельствует о возможности не только принципиального объединения шкал в интегральные блоки-шкалы, но и отражает высокую конструктивную валидность таких вновь созданных шкал.

Исходные шкалы перечня следует рассматривать как содержательные грозди интегральных блоков-шкал МОПЗ.

Приведенные выше примеры утверждений, включенных в те или иные блоки-шкалы МОПЗ, созданные на основе утверждений исходного банка вопросов, наглядно демонстрируют содержательную валидность блоков-шкал МОПЗ.

Поскольку каждое из утверждений исходного перечня однозначно связано только лишь с одной из 18 шкал и нет вопросов, одновременно работающих на две или более шкал, алгебраическая формула созданных блоков-шкал МОПЗ может быть представлена как простая сумма первичных шкал теста, связанных с одним из трех качеств — конструктивностью, деструктивностью и дефицитарностью.

В общем виде шкала конструктивности «А» выглядит следующим образом:

$$A = \sum Q_A^K + \sum Q_C^K + \sum Q_O^K + \sum Q_{O^1}^K + \sum Q_H^K + \sum Q_{Ce}^K$$

$$\text{Шка } B = \sum Q_A^D + \sum Q_C^D + \sum Q_O^D + \sum Q_{O^1}^D + \sum Q_H^D + \sum Q_{Ce}^D$$

$$I_C = \sum Q_A^{DF} + \sum Q_C^{DF} + \sum Q_O^{DF} + \sum Q_{O^1}^{DF} + \sum Q_H^{DF} + \sum Q_{Ce}^{DF},$$

где Q обозначает сырой результат по одной из 18 шкал исходного перечня.

Q_a^K — сырой балл по шкале конструктивной (K) агрессии (A);

Q_C^D — сырой балл по шкале деструктивного (D) страха (C);

$Q_{O^1}^{DF}$ — сырой балл по шкале дефицитарного (DF) внутреннего Я-отграничения (O^1);

Буквенные индексы сверху знака показывают принадлежность утверждений к шкалам конструктивности, деструктивности и дефицитарности. Литера внизу знака обозначает принадлежность утверждения к первичным шкалам агрессии, страха, внутреннего или внешнего Я-отграничения, нарциссизма или сексуальности исходного перечня.

Для определения уровня психического здоровья в МОПЗ используется два специально сконструированных индекса. Эти индексы построены на основе интегральных шкал и позволяют соотнести величину адаптационных возможностей, выраженность психопатологической стигматизации и степень психической реализованности личности.

1-й индекс (а) представляет собой разность «сырых» показателей по шкалам А и В

$$a = A - B$$

— этот индекс соотносит величину имеющихся адаптационных ресурсов и выраженность психопатологических проявлений.

2-й индекс ((3) вычисляется по формуле:

$$B = A - C$$

— данный индекс отражает соотношение величины адаптационного потенциала и уровня психической активности личности.

В МОПЗ осуществлена процедура представления результатов в форме, позволяющей проводить сопоставления выраженности изменений различных базисных показателей между собой и с показателями, полученными при популяционных исследованиях.

С этой целью вычисляются средние (М) и стандартные квадратичные отклонения (а) для индексов а и (3. Данные показатели раздельно, для выборки в целом, и различных профессиональных групп населения представлены в табл. 21 и 22.

Процедура проводится по формуле:

$$T_{\alpha} = 10 \frac{x - m_{\alpha}}{\sigma_{\alpha}} \quad T_{\beta} = 10 \frac{x - m_{\beta}}{\sigma_{\beta}}$$

В соответствии с данной формулой среднее значение индексов T_{α} и T_{β} равно нулю, и нормативный диапазон составляет значение от — 10 до + 10.

Для проверки индексов проводилось вычисление Т-показателей в различных группах больных с нервно-психической патологией. Как видно из табл. 21, во всех клинических группах величина как минимум одного из индексов выходит за границы нормативного интервала.

10.2.2. Обработка, интерпретация результатов и области применения теста

Испытуемый в соответствии с инструкцией фиксирует в регистрационном бланке свои ответы на каждое из 220 утверждений.

Каждому ответу испытуемого присваивается соответствующий диагностический коэффициент по одной из трёх шкал (А, В, С).

Суммируются все выделенные диагностические коэффициенты. Полученная таким образом сумма представляет собой индивидуальную итоговую оценку по одной из трёх шкал (А, В или С).

По формулам, приведенным выше, вычисляется величина индексов α и β .

По приведенной формуле стандартизации определяются стандартные величины индексов α и β по группам. При исследовании группы испытуемых устанавливаются средние показатели индексов α и β для соответствующих групп.

Определяются положения стандартизированных шкальных средних групповых оценок по отношению к нормативному интервалу распределения среднепопуляционных показателей индексов α и β . При оценке психического здоровья исследуемой группы величина групповых стандартизированных показателей α и β обратно пропорциональна уровню психического здоровья. В случаях, когда хотя бы один из стандартизированных показателей превышает значение в -10 баллов, вероятность наличия психических отклонений значительно возрастает.

Оценку состояния психического здоровья группы, установленную с помощью стандартизированных индексов (особенно в случаях диагностически значимых показателей, не укладывающихся в нормативный интервал), целесообразно дополнять информацией интегральных шкал А, В, С, которые позволяют определить, за счет какой тенденции проявляется экстремум стандартизированной индексной оценки.

Разработанная алгоритмотизированная система оценки психического здоровья позволяет существенно сократить время на исследование различных контингентов испытуемых для выявления уровня психического здоровья и сохранить достаточную степень достоверности полученных результатов.

Применение МОПЗ позволяет создать более эффективную систему психогигиенических и психопрофилактических программ для разных групп населения.

Следует также отметить, что использование МОПЗ даёт возможность разрешить ряд правовых проблем, связанных с требованиями «Закона РФ о психиатрической помощи и гарантии прав граждан при её оказании».

Примеры

Применение МОПЗ на группе здоровых испытуемых, исследованных в отделе занятости Невского района Департамента Федеральной Государственной службы занятости по Санкт-Петербургу, дало следующие результаты:

$$T_{\alpha} = -5,9$$

$$T_{\beta} = -5,6$$

Отличительной особенностью данной группы населения явилось то обстоятельство, что все испытуемые были безработные.

Интерпретируя эти результаты, следует отметить, что, несмотря на трудную социальную и психологическую ситуацию этих лиц, групповая оценка их психического здоровья находится в нормативном интервале.

При исследовании маргинальной группы населения, состоящей из сектантов-кришнаитов, также проживающих в Санкт-Петербурге, были получены следующие групповые показатели:

$$T_{\alpha} = -18,5$$

$$T_{\beta} = -12,6$$

Эти оценки находятся за пределами нормативного интервала и отражают вероятность наличия психических расстройств.

Оценка интегральных шкал А, В, С показывает, что данные количественные показатели индексов T_{α} и T_{β} определяются наличием трёх неблагоприятных тенденций:

- относительно низким адаптационным потенциалом (низкие показатели шкалы А);
- выраженной психопатологической стигматизацией (высокие значения по шкале В);
- недостаточным уровнем психической активности (низкие показатели шкалы С).

Основными показаниями к применению МОПЗ являются массовые исследования различных контингентов населения, проводимые в связи с задачами психогигиены и психопрофилактики для экспресс-оценки уровня психического здоровья.

МОПЗ также может применяться для изучения специальных контингентов населения с различными специфическими задачами.

Нецелесообразно применение методики для групп лиц моложе 16 лет и старше 65 лет.

К ограничениям применения МОПЗ следует отнести также использование методики в группах лиц, отличающихся низкой степенью понимания испытуемыми смысла утверждений перечня, а также наличие у обследуемых выраженных рентных установок.

В последнем случае целесообразно использовать МОПЗ в комплексе психодиагностических средств, оснащённом специальными шкалами для оценки тестовых установок. При интерпретации показателей следует обязательно учитывать данные этих специальных шкал.

Материально-техническое обеспечение включает три бланка:

- инструкция испытуемому, которая может быть предъявлена как на бланке, так и устно и опросник, содержащий 220 утверждений перечня Я-структурного теста Аммона (см. приложение 1);
- регистрационный бланк (см. приложение 2);
- профильный бланк, позволяющий в стандартизованном виде отразить величины шкал А, В, С и индексов α и β (рис. 4)

Таблица 19

Матрица корреляций шкальных показателей Я-структурного теста и ММРІ в нормативной выборке студентов (п=125)

Шкалы ISTA	Шкалы ММРІ													* p<0,01
	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	
A1	-,06	-,01	-,10	-, 14	-,42*	-,27*	-,09	-,25*	-,06	-,15	-,04	,28*	-,42*	
A2	-,37*	,31*	-,50*	,26*	, 18	,07	,47*	-,17	,28*	,51*	,45*	,16	,27*	
A3	-,03	,24*	-,24*	,28*	,40*	, И	, 19	, 15	,20	,40*	,32*	-,17	,47*	
C1	-,05	,02	-,02	-, 12	-,25*	-,16	-,09	-,23*	-,02	-, 15	-,07	,20	-,27*	
C2	-,09	,31*	-,40*	,33*	,53*	, П	,42*	,17	,26*	,66*	,51*	,00	,58*	
C3	-,22	,42*	-,35	,25*	,20*	,04	,48*	-, 18	,26*	,39*	,50*	,36*	,07	
OA1	,14	-,07	, 12	-, 14	-,30*	-,26*	- 27*	-, 17	-,06	-,32*	-,26*	,04	-,31*	
OA2	,03	,40*	-, 34*	,26*	,30*	,00	,26*	,01	,29*	,42*	,44*	,09	,40*	
OA3	-,03	,18	-,39*	,27*	,35*	,04	,22	,09	,17	,41*	,28*	-,03	,50*	
Oil	,02	-,16	,06	-,35*	-,36*	-,36*	-,16	-, И	-, 15	-,26*	-, 19	, 15	-,37*	
012	-,02	, 16	-, 40*	, 16	, 13	-,07	,34*	-,14	,08	,35*	,26*	,04	,30*	
013	-, 13	,35*	-,37*	,41*	,43*	, 18	,30*	, 16	,29*	,60*	,56*	, 13	,38*	
H1	-,00	-,21	, 13	-, 17	-, 40*	-, 18	-,18	-, 14	-,06	-,26*	-,17	,09	-,40*	
H2	-,06	,25*	-,39*	,16	,17	-,09	,29*	-, 17	,12	,34*	,39*	,10	,36*	
H3	-,07	,20	-,31*	, 16	,16	-,08	, 14	,00	,06	32*	,25	-,10	,46*	
Ce1	-, 18	-,00	-,04	,02	-,30*	-,П	,04	-,29*	-,09	-, И	,03	, 18	-,25*	
Ce2	-,22	,41*	-, 32*	,24*	, 13	,07	,46*	-,26*	,26*	,36*	,41*	,29*	,07	
Ce3	,07	,30*	-, 15	, «	,29*	,09	,17	,08	,21	,30*	,33*	, 12	,22	

Таблица 20

Матрица интеркорреляций шкальных показателей Я-структурного теста в нормативной выборке (n=828)

A1																			
A2	-, 19*	A2																	
A3	-, 25*	, 36*	A3																
C1	, 52*	-, 11*	-, 17*	C1															
C2	-, 37*	, 51*	, 56*	-, 27*	C2														
C3	-, 03	, 52*	, 32*	, 01	, 39*	C3													
OA1	, 41*	-, 33*	-, 29*	, 37*	- , 42*	-, 23*	OA1												
OA2	-, 08*	, 21*	, 38*	-, 07*	, 31*	, 29*	-, 06	OA2											
OA3	-, 23*	, 47*	, 57*	-, 13*	, 58*	, 37*	-, 33*	, 26*	OA3										
OII	, 49*	-, 31*	-, 35*	, 46*	-, 43*	-, 24*	, 52*	-, 06	-, 34*	OII									
OI2	-, 14*	, 35*	, 42*	-, 11*	, 41*	, 31*	-, 18*	, 36*	, 35*	-, 16*	OI2								
OI3	-, 26*	, 58*	, 53*	-, 12*	, 60*	, 49*	-, 38*	, 29*	, 60*	-, 34*	, 32*	OI3							
H1	, 46*	-, 10*	-, 24*	, 45*	-, 24*	-, 03	, 36*	-, 21*	-, 07*	, 36*	-, 22*	-, 10*	H1						
H2	-, 10*	, 42*	, 46*	-, 10	, 45*	, 41*	-, 21*	, 50*	, 45*	-, 13*	, 45*	, 49*	-, 19*	H2					
H3	-, 27*	, 36*	, 53*	-, 24*	, 49*	, 34*	-, 24*	, 46*	, 46*	-, 35*	, 42*	, 42*	-, 26*	, 55*	H3				
Ce1	, 15*	, 15*	-, 09*	, 26*	-, 08*	, 13*	, 10*	-, 15*	-, 05	, 15*	-, 10*	, 06	, 27*	-, 06	-, 12*	Ce1			
Ce2	, 01	, 44*	, 21*	, 06	, 27*	, 47*	-, 13*	, 16*	, 24*	-, 09*	, 24*	, 37*	, 08*	, 30*	, 23*	, 43*	Ce2		
Ce3	-, 06	-, 04	, 22*	-, 08*	, 17*	, 03	-, 06	, 30*	, 17*	-, 07*	, 24*	, 06	-, 20*	, 25*	, 22*	-, 55*	-, 19*	Ce3	

Таблица 21

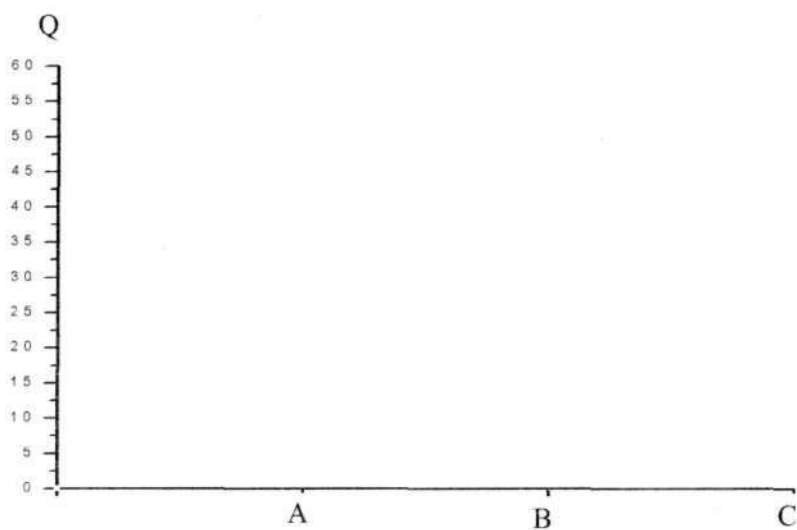
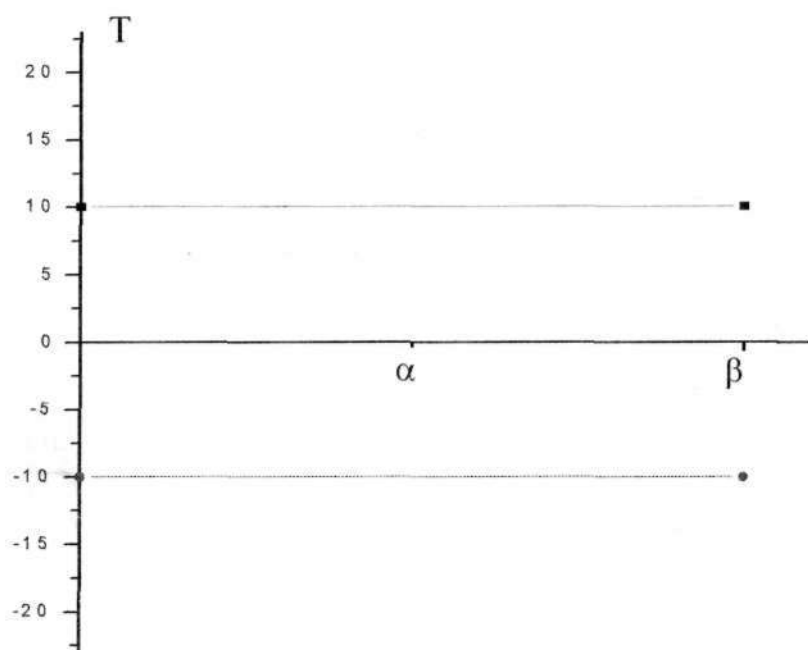
Средние «сырые» значения интегральных шкал в нормативных и психопатологических группах

Название групп	п	А		В		С	
		м	о	м	с	м	а
Норма	828	53,8	8,8	20,6	8,7	20,3	9,2
Военные	20	56,5	10,6	21,3	6,9	18,5	8,5
Учителя средних школ	20	47,8	8,6	21,1	8,8	24,5	9,3
Художники (студенты)	20	49,7	11,3	23,8	7,1	22,9	7,5
Безработные	32	47,1	9,6	22,4	8,5	22,5	9,9
Сектанты	20	37,4	5,5	29,9	11	38,3	11,5
Шизофрения	37	47	13,5	34,9	9,9	32,4	10,9
Неврозы	32	36,5	11,5	34,4	7,9	34,5	11,1
Пограничные расстройства	19	50,3	13,3	37,1	9,1	35,8	10,9

Таблица 22

Средние «сырые» и средние шкальные оценки индексов а и р в нормативных и психопатологических группах

Название групп	п	M_a	σ_a	A/p	с _{т_р}	T'_{a}	ψ
Норма	828	33,2	13,6	33,4	14,9	0	0
Военные	20	35,1	15,7	38	17,1	1,5	3
Учителя средних школ	20	26,7	13,9	23,2	14,8	-4,8	-6,9
Художники (студенты)	20	25,9	16	26,8	16,9	-5,3	-4,5
Безработные	32	25	13,4	25,1	15,2	-5,9	-5,6
Сектанты	20	7,5	13,8	-1	14,5	-18,9	-23,1
Шизофрения	37	12,1	14,1	14,6	18,2	-15,5	-12,7
Неврозы	32	2	14,1	2	18,9	-22,9	-21,1
Пограничные расстройства	19	13,3	16,4	14,6	20,8	-14,6	-12,7



ПРОФИЛЬНЫЙ БЛАНК

10.3. Клинико-экспериментальное исследование центральных личностных функций у больных психическими и психосоматическими расстройствами

10.3.1. Экспериментально-психологические показатели агрессии у больных шизофренией

Исследование агрессивного поведения больных (Незнанов Н.Г., 1994) проводилось как на уровне изучения преимущественной формы реализации агрессивных побуждений (непосредственно агрессивное поведение), так и на уровне детерминирующего это поведение психического состояния, раскрывающего интрапсихическую феноменологию агрессии. Использование в исследовании Я-структурного теста Аммона (ISTA) показало преимущественную реализацию в поведении той или иной формы агрессии, а также связанных с агрессивностью феноменов: тревоги, внешнего Я-отграничения (тенденции контролировать ситуацию), внутреннего Я-отграничения (способности к нейтрализации патогенных стимулов, основанной на понятии, известном в психологии как «сила Я»).

Данные ММПИ, дополняя представление об особенностях агрессивного поведения больных, использовались для анализа мотивирующих это агрессивное поведение психологических и психопатологических факторов. Результаты, полученные при экспериментально-психологическом обследовании больных, применялись при комплексном анализе детерминант, формирующих агрессивное поведение изучаемых больных.

С помощью психологических методик ISTA и ММПИ обследована группа больных шизофренией с различными уровнями агрессивности: низким, средним и высоким. Сравнение результатов, полученных на полной выборке больных шизофренией и у практически здоровых лиц, может способствовать выявлению характерных для данной группы больных паттернов агрессивного поведения.

Для унифицированного изучения каждого больного и последующей статистической обработки полученных данных была разработана специальная «Карта обследования больного с агрессивным поведением», содержащая 5 разделов, 133 пункта.

Результаты исследования больных шизофренией представлены в табл. 23 и 24.

Если в группе здоровых преобладающей формой выражения агрессии является конструктивная, то в группе больных шизофренией доминирует деструктивный (разрушительный) вариант агрессии, характеризующийся нарушением правил поведения и морально-этических норм, квалифицируемый как делинквентное или криминальное поведение. Снижается ориентация на социальные нормы, вследствие чего в ситуациях межличностных контактов поведение теряет свою эффективность. Одновременно с этим в группе больных шизофренией отмечается увеличение показателя деструктивной тревоги, что служит косвенным признаком дезорганизации психических функций, снижающей адаптивные и компенсаторные способности личности. В группе больных по сравнению со здоровыми уменьшается показатель внутреннего Я-отграничения, характеризуя сниженную способность к проработке психотравмирующих событий и овладение актуальной психологической проблематикой.

Таблица 23

Результаты экспериментально-психологического исследования больных шизофренией по данным ISTA

№ п.п.	Показатель	Среднее значение	
		В группе больных n = 100	В группе здоровых n = 204
88	Конструктивная агрессия	8,17 ± 0,33	9,50 ± 3,29
89	Дефицитарная агрессия	7,74 ± 0,31	7,36 ± 2,44
90	Деструктивная агрессия	9,08 ± 0,39	5,39 ± 3,43
91	Конструктивная тревога	7,24 ± 0,27	7,89 ± 2,16
92	Дефицитарная тревога	6,82 ± 0,23	5,35 ± 2,24
93	Деструктивная тревога	7,16 ± 0,35	5,61 ± 3,11
94	Внешнее Я-отграничение	6,79 ± 0,29	6,49 ± 2,39
95	Внутреннее Я-отграничение	7,97 ± 0,29	9,40 ± 3,27

Таблица 24

Результаты обследования больных шизофренией по данным ММРІ

№ п.п.	Показатель	Среднее значение	Ошибка среднего
96	1. Ипохондрия	1,51	0,06
97	2. Депрессия	2,16	0,07
98	3. Истерия	2,11	0,07
99	4. Психопатия	3,02	0,07
100	5. Мужественность/Женственность	1,73	0,06
101	6. Паранойя	3,00	0,07
102	7. Психастения	2,74	0,08
103	8. Шизофрения	3,24	0,07
104	9. Гипомания	3,05	0,07
105	10. Социальная интроверсия	2,24	0,06
106	Достоверность	2,48	0,05
107	Коррекция	1,45	0,05
108	Ложь	0,72	0,05

В среднем по группе больных шизофренией в профиле личности по данным ММРІ доминируют психотические шкалы, играющие ведущую роль в формировании

психического состояния. Наибольшее значение в структуре профиля имеют шкалы «шизофрения», «гипомания», «психопатия» и «паранойя». Отличительными особенностями изучаемой группы больных, таким образом, являются: аутизация с чертами эгоцентризма, эмоциональной холодности, низкими эмпатическими способностями; склонность к образованию мотивирующих поведение «психологических доминант», носящих субъективный характер; аффективная обусловленность поведения с недоучетом требований реальности и интересов окружающих людей, со склонностью к импульсивным аффективным реакциям и непредсказуемостью поведения; повышенный уровень общей психической активности.

Корреляционный анализ, проведенный между показателями ISTA и MMPI в группах здоровых и больных шизофренией, показал различия в психологических характеристиках, формирующих те или иные формы агрессивного поведения.

Конструктивному варианту реализации агрессивных тенденций в группе здоровых соответствовал высокий уровень психической активности, разнообразие интересов и широта социальных контактов, оптимизм, тенденция к отрицанию каких-либо затруднений и проблем ($p \leq 0,01$). В структуре психического состояния не характерны психопатологические черты, в частности, депрессивные ($p \leq 0,001$) и психастенические ($p \leq 0,01$). Преобладанию конструктивной агрессии в группе здоровых соответствовала адекватность полоролевого поведения ($p \leq 0,05$), а также интерес к окружающим лицам, интенсивная включенность в социальную среду, стремление к межличностным контактам ($p \leq 0,01$).

В группе больных шизофренией конструктивный вариант проявления агрессивных побуждений сопровождался увеличением уровня психической активности ($p \leq 0,05$), на фоне которой актуализировалась психопатологическая симптоматика: отмечался рост значений по шкалам «психопатия» ($p \leq 0,01$) и «паранойя» ($p \leq 0,05$) (табл. 25).

Конструктивная агрессия у больных шизофренией, хотя и носила черты внешне социализированного поведения, отличалась импульсивностью с преимущественной мотивацией в виде аффективно окрашенных психопатологических идей сверхценного или бредового содержания. Наряду с этим, отмечались отрицательные корреляционные связи показателя конструктивной агрессии со шкалами «психопатия» и «шизофрения» MMPI: для социализированной формы агрессии не характерно наличие в психическом состоянии черт тревожной мнительности ($p \leq 0,05$) и аутизма ($p \leq 0,05$).

Показатель конструктивной агрессии в группе больных шизофренией в отличие от здоровых лиц, имел специфическое социально-психологическое содержание, которое проявлялось, в частности, в высоких корреляционных связях данного показателя с такими социально-психологическими характеристиками формирования личности, как антисоциальные особенности поведения в детском возрасте больных ($p \leq 0,01$), наличие антисоциальных элементов в поведении родителей ($p \leq 0,05$), конфликтные отношения между родителями ($p \leq 0,01$), отсутствие одного из родителей (воспитание в неполной семье ($p \leq 0,05$), особенности формирования преморбидной личности больного ($p \leq 0,01$). Показатель конструктивной агрессии в группе больных шизофренией повышался при наличии антисоциального окружения ($p \leq 0,05$), а также тяжелых соматических заболеваний головного мозга в первые 5 лет жизни ($p \leq 0,05$).

**Корреляционные связи показателя «Конструктивная агрессия»
в группе больных шизофренией**

№ п.п.	Показатель	Коэффициент корреляции	p<=
15	Наличие антисоциального окружения	0,40	0,05
19	Особенности поведения в детском возрасте	0,62	0,01
20	Заболевания первых 5 лет жизни	0,44	0,05
21	Воспитывался в полной (неполной) семье	0,32	0,05
25	Отношения между родителями	0,51	0,01
26	Асоциальные элементы в поведении родителей	0,44	0,05
33	Преморбидные особенности личности	0,58	0,01
65	Степень выраженности агрессивности	0,75	0,01
67	Отношение окружающих к поведению больного	0,42	0,05
68	Отношение к агрессивному акту агрессора	0,44	0,05
72	Преимущественная форма выражения агрессии	0,41	0,05
74	Психопатологические расстройства, на фоне которых возникла агрессия	0,44	0,05
76	Характер аффективных нарушений, сопровождавших агрессию	0,59	0,01
85	Отношение медицинского персонала к больному	0,46	0,01
87	Отношение больного к агрессивным поступкам	0,48	0,01
89	Дефицитарная агрессия	-0,62	0,01
90	Деструктивная агрессия	0,82	0,01
91	Конструктивная тревога	0,67	0,01
92	Дефицитарная тревога	0,41	0,01
93	Деструктивная тревога	-0,62	0,01
94	Внешнее Я-отграничение	0,58	0,01
95	Внутреннее Я-отграничение	0,43	0,05
99	Психопатия	0,46	0,01
101	Паранойя	0,36	0,05
102	Психастения	-0,38	0,05
103	Шизофрения	-0,36	0,05
104	Гипомания	0,39	0,05
109	Результаты фармакотерапии	0,46	0,01
115	Выраженность клинических проявлений заболевания	0,46	0,01
120	Терапевтический эффект от приема лекарств	0,43	0,05
121	Нарастание черт гневливости	0,56	0,01
122	Ведущий психопатологический симптом в дебюте	0,36	0,05
123	Ведущий психопатологический симптом ко времени наблюдения	0,39	0,05
126	Наличие алкоголизации	0,68	0,01
129	Отношение к заболеванию	0,31	0,05

Полученные данные позволяют говорить о неполной (частичной) социализации агрессивных побуждений больных шизофренией с преимущественным усвоением по механизму подражания внешних, поведенческих алгоритмов реализации агрессии и

недостаточным формированием внутренних социально-позитивных установок, детерминирующих поведение в специфических агрессивных ситуациях.

Деструктивной форме агрессии в группе практически здоровых лиц соответствовала тенденция реализовывать эмоциональную напряженность в непосредственном поведении, недостаточная объективность в оценке реальности, недоучет требований окружающих, пренебрежение морально-этическими нормами, а также неумение организовывать целенаправленное поведение, извлекать пользу из жизненного опыта ($p < 0,01$). Эмоциональная сфера характеризовалась повышенной ригидностью аффекта, злопамятностью с чертами «застревающей» враждебности и критическим отношением к окружающим ($p \leq 0,05$). В структуре психического состояния отмечались черты неуверенности в себе и в окружающих, нарушающие стабильность внутренней «картины мира» и формирующие тревожную мнительность с пониженной способностью к вытеснению и повышенным вниманием к отрицательным сигналам ($p \leq 0,05$). Выявлялась склонность преувеличивать степень межличностных конфликтов, драматизировать ситуацию, переоценивать тяжесть симптомов и степень личной неадекватности.

Корреляционные связи деструктивной агрессии в группе больных шизофренией со шкалами ММРІ практически не отличались от корреляционных связей показателя конструктивной агрессии с показателями ММРІ (табл. 26). При деструктивном варианте реализации агрессии в группе больных шизофренией отмечалось повышение уровня психической активности с речевой и двигательной расторможенностью ($p \leq 0,05$), а также актуализация психопатологической симптоматики со склонностью к образованию аффективно окрашенных «психологических доминант», мотивирующих поведение, или, говоря психиатрическим языком, с тенденцией к формированию сверхценных или бредовых идей ($p \leq 0,05$). Было характерным наличие импульсивных реакций с избыточным субъективизмом и недоучетом требований реальности, непредсказуемостью действий ($p \leq 0,01$). Наряду с этим, с ростом деструктивной агрессии снижались значения по шкалам «шизофрения» ($p \leq 0,01$) и «психастения» ($p \leq 0,01$).

При высоких значениях деструктивной агрессии, выявляемых по методике ISTA, отстраненное, аутичное восприятие событий с эмоциональной холодностью и отгороженностью было не характерным; напротив, при низких значениях показателя деструктивной агрессии наблюдалось увеличение аутизации с чертами эмоциональной отстраненности и отгороженности.

Также не характерна для деструктивной агрессивности повышенная тревожность, хрупкость и уязвимость личности, связанная обычно с повышением по шкале «психастения».

Как и в случае конструктивной агрессии, показатель деструктивной агрессии у больных шизофренией определялся, наряду с другими, неблагоприятными социально-психологическими факторами формирования личности, которое происходило преимущественно в неполных семьях ($p \leq 0,05$), характеризующихся конфликтными взаимоотношениями между родителями ($p \leq 0,01$) с наличием антисоциальных элементов как в поведении самих родителей ($p \leq 0,05$), так и в поведении ребенка в родительской семье ($p \leq 0,01$). Высокие корреляционные связи показателя деструктивной агрессии отмечались с преморбидными особенностями личности ($p \leq 0,01$); деструктивный вариант реализации агрессии соответствовал преимущественно акцентуированному или психопатизированному личностному преморбиду. Показатель

деструктивной агрессивности увеличивался также при наличии антисоциального окружения ($p \leq 0,01$) и при злоупотреблении алкоголем членами семьи ($p \leq 0,05$).

Таблица 26

Корреляционные связи показателя «Деструктивная агрессия» в группе больных шизофренией

№ п.п.	Показатель	Коэффициент корреляции	$p \leq$
15	Наличие антисоциального окружения	0,48	0,01
16	Злоупотребление алкоголем	0,34	0,05
19	Особенности поведения в детском возрасте	0,67	0,01
20	Заболевания первых 5 лет жизни	0,54	0,01
21	Воспитывался в полной (неполной) семье	0,34	0,05
25	Отношения между родителями	0,57	0,01
26	Асоциальные элементы в поведении родителей	0,46	0,01
33	Преморбидные особенности личности	0,64	0,01
65	Степень выраженности агрессивности	0,89	0,01
67	Отношение окружающих к поведению больного	0,46	0,01
68	Отношение к агрессивному акту агрессора	0,62	0,01
72	Преимущественная форма выражения агрессии	0,40	0,05
74	Психопатологические расстройства, на фоне которых возникла агрессия	0,49	0,01
76	Характер аффективных нарушений, сопровождавших агрессию	0,61	0,01
85	Отношение медицинского персонала к больному	0,42	0,05
87	Отношение больного к агрессивным поступкам	0,63	0,01
88	Конструктивная агрессия	0,82	0,01
89	Дефицитарная агрессия	-0,74	0,01
91	Конструктивная тревога	0,65	0,01
92	Дефицитарная тревога	0,60	0,01
93	Деструктивная тревога	-0,72	0,01
94	Внешнее Я-отграничение	0,72	0,01
95	Внутреннее Я-отграничение	0,58	0,01
99	Психопатия	0,47	0,01
101	Параноя	0,40	0,05
102	Психастения	-0,52	0,01
103	Шизофрения	-0,49	0,01
104	Гипомания	0,41	0,05
109	Результаты фармакотерапии	0,48	0,01
115	Выраженность клинических проявлений заболевания	0,50	0,01
120	Терапевтический эффект от приема лекарств	0,40	0,05
121	Нарастание черт гневливости	0,69	0,01
122	Ведущий психопатологический симптом в дебюте	0,40	0,05
123	Ведущий психопатологический симптом ко времени наблюдения	0,41	0,05
126	Наличие алкоголизации	0,73	0,01
129	Отношение к заболеванию	0,35	0,05

При сравнении показателей, формирующих конструктивный и деструктивный варианты агрессивного поведения больных шизофренией, обращает на себя внимание определенное сходство между ними, а именно психопатологические черты психического состояния, соответствующего той или иной форме реализации агрессии. На основании этих данных возникает предположение об отсутствии истинной социализации агрессивности у больных шизофренией: обучаясь, по-видимому, по механизму подражания, социально приемлемым (конструктивным) вариантам агрессивного поведения, больные, в то же время, находясь под влиянием десоциализирующих воздействий психопатологических факторов, не усваивают глубинных морально-этических норм, культуральных и национальных ценностей, составляющих «ядро» социализации как процесса усвоения социального опыта. «Конструктивная агрессия» у больных шизофренией проявляется стереотипным воспроизведением заученных алгоритмов поведения, без осознания формирующих это поведение морально-этических ценностей и социально-позитивных установок.

При дефицитарном варианте агрессивного поведения у практически здоровых лиц выявлялась избыточная эмоциональная загруженность психического состояния с переживанием неудовлетворенности и психологического дискомфорта, с тенденцией к драматизации событий и преувеличению личностной неадекватности в ситуации неуспеха ($p \leq 0,05$). Дефицитарному варианту агрессивного реагирования соответствовало повышение тревожности, неуверенности, нерешительности, нестабильности «картины мира» и образа «Я» ($p \leq 0,01$), а также нарастание склонности к аутизации, эмоциональному дистанцированию, неучастию в решении внешних по отношению к собственной личности конфликтов ($p \leq 0,01$). В то же время отличительной особенностью психического состояния здоровых лиц при дефицитарной агрессии являлась представленность в его структуре невротических черт: переживаний безрадостности, безнадежности и пессимизма ($p \leq 0,01$), повышенной эмоциональной лабильности, с быстрой сменой настроения ($p \leq 0,05$), фиксированности на телесных ощущениях с преувеличенным беспокойством о состоянии здоровья, сопровождающимся избыточным самоконтролем поведенческих реакций ($p \leq 0,01$). Дефицитарный вариант проявления агрессии был связан также с нарастанием социальной изолированности, отстраненности, с недостаточным интересом к межличностному общению, со сниженной способностью устанавливать и развивать взаимоотношения с другими людьми ($p \leq 0,01$). Ограниченность опыта социального взаимодействия сопровождается, по-видимому, недостаточностью поведенческих навыков.

При дефицитарном варианте агрессивного поведения больных шизофренией, в отличие от здоровых лиц, шкалы невротического регистра не имеют никакого значения (табл. 27). В структуре психического состояния преобладают шкалы психотической тетрады ММРІ. Дефицитарной агрессии при шизофрении соответствуют черты неуверенности, нерешительности, тревожной мнительности со склонностью к колебаниям и трудностью в принятии решений, а также тенденция к аутизации, эмоциональная отстраненность и холодность в межличностных отношениях. При этом наблюдается снижение общей психической активности ($p \leq 0,05$), что может быть интерпретировано, например, в терминах «редукции энергетического потенциала» при шизофрении, либо может указывать на снижение мотивационного компонента деятельности, приводящего к падению продуктивности психической деятельности.

Корреляционные связи показателя «Дефицитарная агрессия» в группе
больных шизофренией

№ п.п.	Показатель	Коэффициент корреляции	p<=
15	Наличие антисоциального окружения	-0,47	0,01
16	Злоупотребление алкоголем	-0,36	0,05
19	Особенности поведения в детском возрасте	-0,52	0,01
20	Заболевания первых 5 лет жизни	-0,46	0,01
21	Воспитывался в полной (неполной) семье	-0,31	0,05
25	Отношения между родителями	-0,45	0,01
26	Асоциальные элементы в поведении родителей	-0,41	0,05
33	Преморбидные особенности личности	-0,55	0,01
65	Степень выраженности агрессивности	-0,71	0,01
68	Отношение к агрессивному акту агрессора	-0,46	0,01
74	Психопатологические расстройства, на фоне которых возникла агрессия	-0,38	0,05
76	Характер аффективных нарушений, сопровождавших агрессию	-0,51	0,01
77	Характер галлюцинаторных расстройств	0,32	0,05
85	Отношение медицинского персонала к больному	-0,41	0,05
86	Отношение больного к медицинскому персоналу	-0,36	0,05
87	Отношение больного к агрессивным поступкам	-0,58	0,01
88	Конструктивная агрессия	-0,62	0,01
90	Деструктивная агрессия	-0,74	0,01
91	Конструктивная тревога	-0,50	0,01
92	Дефицитарная тревога	-0,58	0,01
93	Деструктивная тревога	0,80	0,01
94	Внешнее Я-отграничение	-0,67	0,01
95	Внутреннее Я-отграничение	-0,51	0,01
99	Психопатия	-0,43	0,05
101	Паранойя	-0,39	0,05
102	Психастения	0,37	0,05
103	Шизофрения	0,44	0,05
104	Гипомания	-0,35	0,05
109	Результаты фармакотерапии	-0,40	0,05
115	Выраженность клинических проявлений заболевания	-0,44	0,05
120	Терапевтический эффект от приема лекарств	-0,45	0,01
121	Наращение черт гневливости	-0,56	0,01
122	Ведущий психопатологический симптом в дебюте	-0,40	0,05
123	Ведущий психопатологический симптом ко времени наблюдения	-0,47	0,01
126	Наличие алкоголизации	-0,59	0,01
129	Отношение к заболеванию	-0,42	0,05

Дефицитарный вариант агрессивного поведения больных шизофренией сопровождался снижением по шкалам «психопатия» ($p \leq 0,05$) и «паранойя» ММРІ ($p \leq 0,05$). Таким образом, в данном случае наблюдалось уменьшение эмоциональной насыщенности психического состояния больных с недостаточной стеничностью, целенаправленностью поведения, настойчивости в достижении целей. «Рисунок поведения» терял свою яркость и выразительность, укладываясь в рамки шаблонного стандартного поведения.

В отличие от показателей конструктивной и деструктивной форм поведения при шизофрении, дефицитарный вариант реализации агрессии формируется под влиянием совершенно иных социально-психологических условий развития личности. Показатель дефицитарной агрессии у больных шизофренией имеет отрицательные корреляционные связи с такими факторами, как воспитание в неполной семье ($p \leq 0,05$), конфликтные отношения между родителями ($p \leq 0,01$), наличие антисоциальных элементов в поведении родителей ($p \leq 0,05$) и в поведении ребенка ($p \leq 0,01$), наличие антисоциального окружения ($p \leq 0,01$), акцентуированный или психопатизированный преморбид ($p \leq 0,01$), злоупотребление алкоголем ($p \leq 0,05$). На основании полученных данных можно предполагать, что формирование активных форм агрессии (конструктивной, деструктивной) происходит при воздействии неблагоприятных социально-психологических и биологических условий развития личности больного шизофренией, в то время как появление пассивной формы агрессивного поведения с отсутствием (несформированностью) соответствующих поведенческих навыков складывается при отсутствии таких условий.

Таким образом, по данным экспериментально-психологического исследования, при конструктивном и деструктивном вариантах агрессивного поведения на фоне повышения психической активности у больных шизофренией актуализировалась психопатологическая симптоматика, обнаруживающая себя в структуре психического состояния как при социализированных, так и при асоциальных вариантах поведения. При дефицитарном варианте реализации агрессии у больных шизофренией снижение психической активности сопровождалось ростом аутизации и черт тревожной мнительности со склонностью к пассивным формам реагирования.

При сравнении групп с низкой, средней и высокой агрессивностью по показателям конструктивной и деструктивной агрессивности на основании данных экспериментально-психологических исследований отмечается их достоверное увеличение: в группе больных со средним уровнем агрессии значения конструктивной и деструктивной агрессии достоверно выше, чем в группе больных с низким уровнем агрессии, и достоверно ниже, чем в группе больных с высоким уровнем агрессии. В отношении дефицитарной агрессии отмечается противоположная тенденция: в группе больных со средним уровнем агрессии показатель дефицитарной агрессивности достоверно ниже, чем в группе больных с низким уровнем агрессии, и достоверно выше, чем в группе больных с высоким уровнем агрессии. Таким образом, с ростом уровня агрессивности у больных шизофренией увеличиваются конструктивный и деструктивный варианты реализации агрессии и уменьшается ее дефицитарный компонент.

Сравнение групп по данным ММРІ показывало, что с ростом уровня агрессии отмечалось достоверное увеличение показателей по шкалам «психопатия», «паранойя» и «гипомания»: повышение агрессивности сопровождалось общим увеличением психической активности с экспансивностью и стеничностью поведения, моти-

вированного аффективно окрашенными доминирующими идеями субъективного характера, без учета требований реальности и интересов окружающих людей.

Анализ проведенного экспериментально-психологического исследования при сравнении больных шизофренией с низким, средним и высоким уровнем агрессии показал, что с увеличением уровня агрессии отмечается рост показателя внешнего Я-отграничения методики ISTA: рост агрессивности сопровождается своеобразной экспансивностью со стремлением контролировать внешнюю ситуацию, оказывая давление на окружающих людей, с тенденцией влиять на ход событий в соответствии со своими интересами.

В рамках экспериментально-психологического исследования было проведено также сравнение между собой групп больных шизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым и психопатоподобным синдромами. Больные шизофренией с ведущим психопатоподобным синдромом в отличие от больных с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, характеризовались достоверно более высоким уровнем деструктивной ($12,15 \pm 0,57$) и конструктивной ($10,46 \pm 0,54$) агрессии со снижением дефицитарной агрессивности, а также снижением шкалы деструктивной тревоги и повышением шкал конструктивной и дефицитарной тревоги. Эта группа отличалась достоверным повышением показателей внешнего Я-отграничения и внутреннего Я-отграничения. Таким образом, в группе больных шизофренией с ведущим психопатоподобным синдромом, за счет таких характеристик, как черствость, эгоизм, отсутствие эмпатии и интереса к другим людям, формировалась внутренняя отгороженность Я-структуры, ее невысокая проницаемость и избирательная уязвимость. Больные также обнаруживали внешнюю отгороженность Я-структуры с давящим прессинговым экспансивным стилем, контролирующим ситуацию в соответствии со своими личными интересами. Речь идет, таким образом, о субъективной автономности больных шизофренией с ведущим психопатоподобным дефектом, с тенденцией решать собственные проблемы за счет проблем окружающих людей.

Данные, полученные по методике ISTA, в целом соответствовали результатам ММРІ. По показателям ММРІ, в группе больных шизофренией с ведущим психопатоподобным синдромом, достоверно выше были значения шкал «психопатия», «паранойя» и «гипомания»: группа отличалась высоким уровнем психической активности с импульсивностью реакций, субъективизмом, тенденцией к образованию аффективно окрашенных психологических и психопатологических «доминант», мотивирующих поведение больного, при снижении значимости не относящихся к доминирующим идеям событий.

Сравнение групп больных шизофренией и шизоаффективной формами в последнем случае показало достоверно более высокий уровень депрессии ($t = -2,38$). По показателям агрессивности различий между группами получено не было.

Также не было получено достоверных различий по формам реализации агрессии при сравнении групп с периодическим и с непрерывно-прогредиентным течением заболевания.

Итак, проведенное экспериментально-психологическое обследование показало доминирование в группе больных шизофренией, по сравнению со здоровыми, деструктивного варианта реализации агрессии с высокой психической активностью, расторможенностью, с актуализацией психопатологической симптоматики, мотивирующей агрессивное поведение субъективизмом, импульсивностью и непредсказуемо-

стью действий. Наряду с деструктивным вариантом реализации агрессии, также был выражен и его конструктивный вариант. При сравнении конструктивной и деструктивной агрессии больных шизофренией отмечается сходство психопатологических факторов, определяющих оба варианта реализации агрессии, поскольку за предъявляемой больным конструктивной формой реализации агрессии выявляется психопатологическая феноменология. Можно предполагать на основе полученных данных наличие неполной (частичной) социализации агрессивных побуждений у больных шизофренией с преимущественным усвоением по механизму подражания внешних, поведенческих алгоритмов реализации агрессии и недостаточным формированием внутренних социально-позитивных установок, детерминирующих поведение в специфических агрессогенных ситуациях.

Дополнительное исследование, направленное на сравнение между собой групп больных шизофренией с низким, средним и высоким уровнем агрессии, показало, что с ростом агрессивности увеличиваются соответственно деструктивный и конструктивный варианты реализации агрессии и уменьшается ее дефицитарный компонент.

10.3.2. Экспериментально-психологические показатели агрессии у больных ишемической болезнью сердца

Результаты экспериментально-психологического обследования больных ишемической болезнью сердца (ИБС) по методикам ISTA и MMPI представлены в табл. 28 и 29.

Таблица 28

Результаты экспериментально-психологического исследования больных ИБС по данным ISTA

№ п.п.	Показатель	Среднее значение	
		В группе больных п = 50	В группе здоровых п = 204
88	Конструктивная агрессия	8,48 ± 0,37	9,50 ± 3,29
89	Дефицитарная агрессия	8,88 ± 0,37	7,36 ± 2,44
90	Деструктивная агрессия	6,90 ± 0,56	5,93 ± 3,43
91	Конструктивная тревога	6,54 ± 0,22	7,89 ± 2,16
92	Дефицитарная тревога	6,28 ± 0,27	5,35 ± 2,24
93	Деструктивная тревога	8,02 ± 0,41	5,61 ± 3,11
94	Внешнее Я-отграничение	5,90 ± 0,28	6,49 ± 2,39
95	Внутреннее Я-отграничение	9,02 ± 0,44	9,40 ± 3,27

Таблица 29

Результаты экспериментально-психологического исследования
больных ИБС по данным ММРІ

№ п.п.	Показатель	Среднее значение	Ошибка среднего
96	Ипохондрия	3,00	0,11
97	Депрессия	2,76	0,13
98	Истерия	2,80	0,09
99	Психопатия	2,62	0,16
100	Мужественность/Женственность	1,86	0,11
101	Паранойя	2,82	0,13
102	Психастения	2,74	0,10
103	Шизофрения	2,24	0,13
104	Гипомания	1,60	0,11
105	Социальная интроверсия	1,56	0,11
106	Достоверность	2,44	0,07
107	Коррекция	1,48	0,08
108	Ложь	0,58	0,07

В группе больных ИБС, в отличие от здоровых, преобладает дефицитарный вариант реализации агрессии при снижении конструктивной и повышении деструктивной форм выражения агрессивных побуждений.

Если в группе здоровых испытуемых доминирует конструктивный, социализированный вариант агрессии с эмоциональным и поведенческим отреагированием, то в группе больных ИБС агрессивные побуждения не находят адекватного выражения и полной реализации, накапливаясь в виде аффективно заряженных неотреагированных стеничных психических состояний, создавая, тем самым, источник хронического эмоционального напряжения. Дефицитарной форме реализации агрессии соответствует недостаточный уровень сформированности («дефицит») поведенческих навыков, затрудняющий проявление агрессивных побуждений в непосредственном поведении.

С преобладанием в группе больных ИБС дефицитарной формы агрессии сочетается снижение способности к конструктивному отреагированию агрессивных побуждений и увеличивается вероятность деструктивного агрессивного поведения с нарушением морально-этических норм, социальных запретов и ограничений.

При этом в группе больных ИБС по сравнению со здоровыми отмечается значительное увеличение деструктивной тревоги, указывающее на дезадаптивное повышение уровня тревоги с дезорганизацией психических функций на фоне аффектив-

ной загруженности психического состояния, со сниженной способностью к продуктивному контакту и сотрудничеству с окружающими людьми, а также с недостаточным уровнем организации контроля своего поведения при высокой значимости соответствия предъявляемым социальным нормативам.

По данным ММРІ, обследованная группа больных ИБС обнаруживает наиболее высокие показатели по шкале «ипохондрия», или, в терминологии Л. Н. Собчик, применяемой к относительно психически здоровым людям, когда речь не идет о выраженных психических нарушениях, по шкале «невротический сверхконтроль поведения». Избыточный контроль поведенческих реакций, повышенное внимание соответствия поведения социальным нормативам с тенденцией к ограничению и подавлению непосредственного выражения эмоций может служить одним из механизмов формирования выявленного в ходе обследования дефицитарного варианта реагирования у больных ИБС.

Также высокие значения в личностном профиле больных ИБС получены по шкале «паранойя» или «психическая ригидность», отражающей тенденцию к «застреванию» на негативных переживаниях с образованием застойных эмоционально-негативных состояний. Если в норме это качество реализуется в виде целенаправленности и целеустремленности поведения, настойчивости в достижении целей, то в случае его чрезмерной выраженности речь идет о тенденции к стереотипности реакций, своеобразной «алгоритмизации» поведения с недостаточной гибкостью, пластичностью, вариативностью.

Одновременно высокие значения получены по шкале «истерия» или шкале «эмоциональная лабильность», что указывает на наличие эгоцентрических тенденций с демонстрацией потребности во внимании и помощи, а также склонности к лабильности эмоциональных реакций. Эмоциональная сфера больных ИБС, таким образом, отличается чертами некоторой амбивалентности, противоречивости, отражающими дезорганизованность эмоций, сочетающими одновременно свойства лабильности и ригидности. Возможно, речь идет о разных уровнях организации эмоций: психическая ригидность на уровне состояния сочетается с лабильностью текущих эмоциональных реакций.

В целом в структуре профиля личности по данным ММРІ наибольшее значение имеют шкалы невротической триады, а также шкалы «психическая ригидность» (шкала «паранойя») и «импульсивность» (шкала «психопатия»), что указывает на повышенную вероятность спонтанных эмоциональных реакций у больных ИБС, элементов непредсказуемости в поведении при сниженном эмоциональном самоконтроле, избыточный субъективизм с недоучетом требований реальности и интересов окружающих людей.

Между показателями психодиагностических методик ISTA и ММРІ в группах здоровых и больных ИБС был проведен корреляционный анализ, позволивший уточнить психологическое содержание трех изучаемых форм агрессивного поведения больных.

В группе практически здоровых лиц конструктивной агрессии соответствовал высокий уровень психической активности, разнообразие и широта интересов и социальных контактов, оптимистическая тенденция к отрицанию затруднений и проблем ($p \leq 0,01$). В структуре психического состояния какие-либо психопатологические черты были не характерны. Отмечалась также адекватность полоролевого поведения

($p \leq 0,05$), интерес к окружающим людям, включенность в социальные отношения, стремление к межличностным контактам ($p \leq 0,01$).

В отличие от группы здоровых, в группе больных ИБС конструктивный вариант реализации агрессии актуализировался при снижении показателя деструктивной тревоги с его дезорганизующими, дисрегулирующими воздействиями ($p \leq 0,05$), а также при ограничении социальных контактов, сужении круга друзей и знакомых (шкала «социальная интроверсия»; $p \leq 0,05$) с возможностью контролировать ситуацию, оказывать давление на окружающих, определенным образом организовывая и структурируя внешнюю среду, таким образом, например, чтобы избежать потенциальных конфликтов (показатель внешнее Я-отграничение, ISTA; $p \leq 0,05$ (табл. 29).

Таким образом, и в данной группе больных можно говорить об «условной социализации» агрессивных побуждений, распространяющейся на ограниченный круг лиц и социальных ситуаций, реализуемых в определенном психическом состоянии.

Деструктивному варианту агрессивного поведения в группе здоровых соответствовала склонность к непосредственной реализации эмоционального напряжения в поведении, недостаточная объективность в оценке реальности с недоучетом интересов окружающих людей и пренебрежением морально-этическими нормами, неумение организовать целенаправленное поведение, извлекать пользу из жизненного опыта ($p \leq 0,01$). При этом эмоциональная сфера характеризовалась повышенной ригидностью аффекта, злопамятностью с чертами «застевающей» враждебности и критическими установками в отношении окружающих людей ($p \leq 0,05$). В структуре психического состояния отмечались черты неуверенности в себе и в окружающих, формирующие нестабильность внутренней «картины мира», тревожную мнительность с пониженной способностью к вытеснению и повышенным вниманием к отрицательным сигналам ($p \leq 0,05$).

Таблица 29

Корреляционные связи показателя «Конструктивная агрессия» в группе больных ИБС

№ п.п.	Показатель	Коэффициент корреляции	p
93	Деструктивная тревога	-0,41	$p \leq 0,05$
94	Внешнее Я-отграничение	0,31	$p \leq 0,05$
105	Социальная интроверсия	0,36	$p \leq 0,05$

В группе больных ИБС деструктивный вариант реализации агрессии соответствовал, с одной стороны, высокому уровню психической активности ($p \leq 0,05$), и с другой стороны, избирательности общения, ограниченности социальных контактов ($p \leq 0,01$). Деструктивному варианту реализации агрессии в группе больных ИБС не сопутствовала актуализация какой бы то ни было психопатологической симптоматики. Акты социальной агрессии совершались на фоне повышенной социальной активности и адресовались узкому кругу лиц (табл. 30).

Корреляционные связи показателя «Деструктивная агрессия» в группе
больных ИБС

№ п.п.	Показатель	Коэффициент корреляции	p<=
10	Материальное положение	0,36	0,05
13	Проживает (в своей семье или один)	0,50	0,01
15	Наличие антисоциального окружения	0,38	0,05
16	Злоупотребление алкоголем	0,31	0,05
19	Особенности поведения в детском возрасте	0,59	0,01
20	Заболевания первых 5 лет жизни	0,38	0,05
25	Отношения между родителями	0,68	0,001
26	Асоциальные элементы в поведении родителей	0,54	0,01
33	Преморбидные особенности личности	0,53	0,01
65	Степень выраженности агрессивности	0,83	0,001
68	Отношение к агрессивному акту агрессора	0,70	0,001
72	Преимущественная форма выражения агрессии	0,54	0,01
74	Психопатологические расстройства, на фоне которых возникла агрессия	0,55	0,01
76	Характер аффективных нарушений, сопровождавших агрессию	0,37	0,05
85	Отношение медицинского персонала к больному	0,54	0,01
86	Отношение больного к медперсоналу	0,66	0,01
87	Отношение больного к агрессивным поступкам	0,73	0,001
89	Дефицитарная агрессия	-0,32	0,05
92	Дефицитарная тревога	0,48	0,05
104	Гипомания	0,33	0,05
105	Социальная интроверсия	0,52	0,01
117	Течение заболевания	-0,35	0,05
120	Терапевтический эффект от приема лекарств	0,38	0,05
121	Нарастание черт гневливости	0,59	0,01
122	Ведущий психопатологический симптом в дебюте	0,38	0,05
123	Ведущий психопатологический симптом ко времени наблюдения	0,58	0,01
126	Наличие алкоголизации	0,42	0,05
129	Отношение к заболеванию	0,40	0,05
132	Результаты обследования по IAS (опросник Дженкинса)	0,41	0,05

Формированию деструктивного стиля агрессивного поведения у больных ИБС способствовало наличие таких неблагоприятных условий развития личности, как

трудное материальное положение ($p \leq 0,05$), отсутствие собственной семьи ($p \leq 0,01$), наличие антисоциального окружения ($p \leq 0,05$), асоциальное поведение в детском возрасте ($p \leq 0,01$), асоциальное поведение родителей ($p \leq 0,01$), конфликтные взаимоотношения между родителями ($p \leq 0,01$), злоупотребление алкоголем ($p \leq 0,05$). Лица, демонстрирующие деструктивную агрессию, достоверно чаще имели акцентуированный или психопатизированный преморбид ($p \leq 0,01$).

Дефицитарный вариант агрессивного поведения здоровых сопровождался чрезмерной эмоциональной загруженностью с переживанием психологического дискомфорта и тенденцией драматизировать события ($p \leq 0,05$). Дефицитарной агрессии соответствовало повышение тревожности, неуверенности, нерешительности ($p \leq 0,01$), склонность к аутизации, эмоциональному дистанцированию ($p \leq 0,01$). Отличительной особенностью психического состояния здоровых, демонстрирующих дефицитарный тип агрессивного реагирования, являлось наличие в его структуре невротических черт: переживание безрадостности, безнадежности и пессимизма ($p \leq 0,01$), повышенной эмоциональной лабильности с быстрой сменой настроения ($p \leq 0,05$), фиксированности на телесных ощущениях с преувеличенным беспокойством о состоянии здоровья, сопровождающемся избыточным самоконтролем поведения ($p \leq 0,01$). Дефицитарный вариант проявления агрессии был связан также с нарастанием социальной изолированности, с недостаточным интересом к межличностному общению ($p \leq 0,01$).

При исследовании коорреляционных связей показателя дефицитарной агрессии в группе больных ИБС обращает на себя внимание наличие не только трех корреляций с факторами, имеющими психологическое содержание: отрицательная корреляционная связь с показателем деструктивной тревоги ($p \leq 0,01$) и отрицательная корреляционная связь с показателем внешнего Я-отграничения ISTA. Недостаточное отреагирование стеничных агрессивных состояний с образованием хронического источника внутреннего психологического напряжения, выражаемое увеличением показателя дефицитарной агрессии, может приводить к рассогласованию, разрегулированности психических функций, субъективно отражаемому в феномене разрушительной тревоги.

Низкие показатели деструктивной агрессии у лиц с преобладанием дефицитарного варианта агрессивности могут объясняться повышенной нормативностью, социальностью этих лиц. Высказанное предположение подтверждается при анализе корреляционных связей показателя дефицитарной агрессии в группе больных ИБС (табл. 31).

Дефицитарной форме реализации агрессии в группе больных ИБС соответствовало отсутствие асоциальных элементов поведения в детском возрасте ($p \leq 0,01$), отсутствие алкоголизации ($p \leq 0,01$), каких-либо других неблагоприятных социально-психологических факторов.

Отрицательная корреляционная связь показателя внешнего Я-отграничения с дефицитарным вариантом реализации агрессии указывает на зависимость больных ИБС от поведения окружающих людей и складывающейся внешней ситуации, открытость социальным контактам.

Таким образом, анализ показателей психодиагностических методик ISTA и ММРІ в группе больных ИБС выявил преобладание в структуре агрессивного поведения дефицитарной формы реализации агрессии с недостаточным выражением аг-

рессивных побуждений, приводящим к накоплению аффективно заряженных неотреагированных психических состояний, создающих источник эмоционального напряжения. Дефицитарной агрессии, по данным исследования, соответствовала несогласованность, разрегулированность психических функций, субъективно отражаемая в переживании тревоги, повышенная зависимость от поведения окружающих и складывающейся внешней ситуации.

Таблица 31

Корреляционные связи показателя «Дефицитарная агрессия» в группе больных ИБС

№ п.п.	Показатель	Коэффициент корреляции	p <=
19	Особенности поведения в детском возрасте	-0,46	0,01
65	Степень выраженности агрессивности	-0,31	0,05
72	Преимущественная форма выражения агрессии	-0,32	0,05
90	Деструктивная агрессия	-0,32	0,05
93	Деструктивная тревога	-0,47	0,01
94	Внешнее Я-отграничение	-0,30	0,05
121	Нарастание черт гневливости	-0,38	0,05
123	Ведущий психопатологический симптом ко времени наблюдения	-0,34	0,05
126	Наличие алкоголизации	-0,51	0,001
129	Отношение к заболеванию	-0,37	0,05

Дефицитарный вариант реализации агрессии наблюдался преимущественно у больных ИБС с тенденцией к невротическому сверхконтролю поведения, с элементами психической ригидности с тенденцией к застойности переживаний и образованию эмоционально-негативных состояний при повышенной лабильности текущих эмоциональных реакций с чертами импульсивности в поведении.

По показателям психодиагностических методик было проведено сравнение групп больных ИБС с низким, средним и высоким уровнем агрессии. Наиболее выраженной была тенденция к росту показателя деструктивной агрессии с повышением общего уровня агрессивности:

Показатель дефицитарной агрессии был наиболее высоким в группе с низким уровнем агрессии и наиболее низким в группе с высоким уровнем агрессии. В группе с низким уровнем агрессивности показатель дефицитарной агрессии был достоверно выше, чем в группе с высоким уровнем агрессии ($t = -2,73$).

Показатель конструктивной агрессии обнаруживал наиболее низкие значения в группе больных с низким уровнем агрессии и наиболее высокие значения в группе с высоким уровнем агрессивности. В группе с низким уровнем агрессии показатель конструктивной агрессивности был достоверно ниже, чем в группе со средним уровнем агрессии ($t = -2,23$).

По данным ММРІ, с повышением уровня агрессии достоверно увеличивался показатель социальной интроверсии: с ростом агрессивности уменьшалась потреб-

ность во взаимодействии с окружающими, в установлении и развитии контактов, отмечались черты изолированности и отстраненности, снижался интерес к людям.

Таким образом, с ростом уровня агрессивности в группе больных ИБС отмечается достоверное увеличение показателя деструктивной агрессии, тенденция к увеличению показателя конструктивной агрессии, тенденция к уменьшению показателя дефицитарной агрессии и достоверное нарастание показателя социальной интроверсии.

По данным регрессионного анализа, уровень агрессивности преимущественно формируется деструктивной формой агрессии.

10.3.3. Сравнительная характеристика экспериментально-психологических показателей агрессии у здоровых лиц, больных с психическими и психосоматическими нарушениями

Помимо изучения особенностей агрессивных проявлений у больных шизофренией и у больных ИБС, с помощью психодиагностической методики ISTA было проведено также экспериментально-психологическое исследование агрессивного поведения в группах больных неврозами и эпилепсией. Характерные черты реализации агрессии у больных с различными психическими нарушениями определены в сравнении с группой практически здоровых лиц. Выявлены достоверные различия, отличающие обследованные контингенты больных от группы здоровых. При проведении исследования больные ИБС объединены с больными гипертонической болезнью (ГБ), составив, таким образом, группу больных с психосоматическими нарушениями сердечно-сосудистой системы. Результаты исследования приведены в табл. 32

Таблица 32

Результаты исследования агрессии в группах здоровых и больных с психическими и психосоматическими нарушениями по данным ISTA

Показатель	Средние значения показателей в группах				
	Здоровых п = 204	Больных			
		неврозами п = 34	ИБС и ГБ п = 66	эпилепсией п = 30	шизофренией п = 100
Конструктивная агрессия	9,50 ± 3,29	6,86 ± 2,74xx	8,63 ± 3,38	10,23 ± 2,59x	8,17 ± 0,33
Дефицитарная агрессия	7,36 ± 2,44	10,14 ± 2,38xx	9,95 ± 2,78x	9,73 ± 2,59xx	7,74 ± 0,31
Деструктивная агрессия	5,93 ± 3,43	6,57 ± 3,59	5,95 ± 2,48	6,80 ± 3,79x	9,08 ± 0,39xx
Конструктивная тревога	7,89 ± 2,16	6,28 ± 2,64x	6,58 ± 1,83	7,40 ± 2,42	7,24 ± 0,27
Дефицитарная тревога	5,35 ± 2,24	6,12 ± 2,63	6,00 ± 1,97	6,80 ± 2,58x	6,82 ± 0,23
Деструктивная тревога	5,61 ± 3,11	8,50 ± 2,76x	8,95 ± 2,79x	5,68 ± 3,37	7,16 ± 0,35x
Внешнее Я-отграничение	6,49 ± 2,39	5,64 ± 1,69x	6,00 ± 2,11	5,80 ± 2,36x	6,79 ± 0,29
Внутреннее Я-отграничение	9,40 ± 3,27	6,00 ± 3,28x	9,74 ± 3,81	8,70 ± 2,90	7,97 ± 0,29x

Знаком «х» обозначается достоверность различий показателей в группах больных с группой здоровых: х (p ≤ 0,05); xx (p ≤ 0,01).

Наиболее высокий уровень агрессии среди всех обследованных групп выявлен у больных эпилепсией. По сравнению с контрольной группой, у данных больных отмечалось увеличение всех трех показателей агрессивности: конструктивного ($p \leq 0,05$), деструктивного ($p \leq 0,05$) и дефицитарного ($p \leq 0,01$). Наиболее значимое увеличение показателя дефицитарной агрессии в контексте общего высокого уровня агрессивности указывает на недостаточную степень отреагирования стеничных эмоций гнева, мотивирующих акты агрессии, с накоплением эмоций и созданием напряженных эмоционально-негативных застойных состояний, формирующих психологическую «почву» для возможных криминальных эксцессов.

Наблюдаемый при этом рост показателя дефицитарной тревоги свидетельствовал о наличии у больных эпилепсией неосознаваемой, не реализуемой в поведении эмоции тревоги. Снижение показателя внешнего Я-отграничения указывало на недостаточный контакт с окружающими людьми со снижением эмпатии, нарушением коммуникативных функций, при формировании давящего, «прессингового» стиля с тенденцией к сохранению контроля над партнером в ситуации общения.

Повышенный по сравнению с контрольной группой уровень агрессивности наблюдался также у больных шизофренией. Агрессия реализовывалась преимущественно в деструктивной форме, при относительном снижении конструктивного компонента. У больных шизофренией, в отличие от больных эпилепсией, в меньшей степени происходит накопление неотреагированных агрессивных побуждений: агрессия реализуется у них преимущественно в непосредственном поведении с нарушением морально-этических и правовых норм, недоучетом требований реальности и интересов окружающих людей. Преобладание деструктивной формы реализации агрессии может рассматриваться как своеобразная «десоциализация» агрессивного поведения больных шизофренией, мотивированного, как показало проведенное исследование, не столько социально опосредованными целями и ценностями личности, сколько психопатологическими факторами.

В группе больных шизофренией отмечалось достоверное по сравнению со здоровыми увеличение показателя деструктивной тревоги ($p \leq 0,05$) свидетельствующее о дезорганизации психических функций со снижением адаптивных и компенсаторных способностей личности. Уменьшается показатель внутреннего Я-отграничения, характеризуя снижение уровня стабильности и организованности личностной структуры с недостаточной способностью к проработке психотравмирующих событий и овладению актуальной психологической проблематикой.

Общей чертой агрессивного поведения больных шизофренией и больных эпилепсией, отличающей их от больных неврозами, ИБС, ГБ, является повышенная роль в организации поведения деструктивных, разрушительных функций агрессии, что отражается в увеличении показателя деструктивной агрессии психодиагностической методики ISTA.

Уровень агрессии у больных неврозами существенно не отличается от общего уровня лиц контрольной группы. При этом соотношение различных форм агрессии в структуре агрессивного поведения было другим. У больных неврозами, по сравнению со здоровыми, отмечалось уменьшение конструктивного компонента агрессии ($p \leq 0,01$), что указывает на снижение социально-психологической адаптации больных, недостаточную стеничность, целенаправленность поведения, недостаточную эффективность межличностных контактов с формированием психологических кон-

фликтов или социально-психологических проблем, а также снижение защитных функций, обеспечивающих целостность личности.

Одновременно с этим, в группе больных неврозами отмечалось увеличение показателя дефицитарной агрессии ($p \leq 0,01$). Повышение дефицитарных функций со снижением конструктивных указывает на ограниченную способность к выражению агрессивных побуждений в непосредственном поведении, связанную со снижением целенаправленности и организованности поведения, появлением у больных неврозами чувства неуверенности в собственных силах, неспособности справиться с жизненными трудностями, формированием пассивно-оборонительного стиля реагирования с вероятным ограничением социальных контактов и сужением круга интересов.

При этом в группе больных неврозами отмечалось снижение показателей внешнего Я-отграничения и внутреннего Я-отграничения, что указывает на эмоциональную нестабильность, неустойчивость, недостаточность эмоционального самоконтроля, а также повышенную зависимость от мнения окружающих, от складывающейся внешней ситуации, беспокойство, неуверенность в себе, беспомощность в решении жизненных проблем. Наблюдалось также увеличение уровня тревоги за счет повышения деструктивной и отчасти конструктивной тревоги. Повышенная тревожность сопровождалась, таким образом, дезорганизацией психических функций, снижением адаптивных и компенсаторных способностей личности. Полученные данные позволяют характеризовать больных неврозами как лиц, у которых снижение психической активности на уровне поведения сочетается с повышением интенсивности эмоциональных переживаний.

По сравнению со здоровыми лицами у больных ИБС и ГБ наблюдалось увеличение показателя дефицитарной агрессии ($p \leq 0,05$). Показатели конструктивной агрессии существенно не различались: у больных психосоматическими нарушениями сердечно-сосудистой системы, в отличие от больных неврозами, сохранялась способность к эффективному взаимодействию с окружающими, к организации целенаправленного поведения, ориентированного на значимые для личности ценности, к конструктивному разрешению жизненных проблем. Вместе с тем, агрессивные побуждения не находили полной реализации в непосредственном поведении больных, накапливаясь в виде негативных эмоций и создавая источник хронического психологического напряжения. Эмоциональное напряжение, как результат накопления неотреагированных стеничных эмоций, в частности, эмоций гнева, мотивирующих агрессивное поведение, традиционно рассматривается в литературе как одно из звеньев этиопатогенеза психосоматических заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Как и в группе больных неврозами, у больных ИБС и ГБ, по сравнению со здоровыми, отмечалось значительное увеличение показателя деструктивной тревоги ($p \leq 0,05$), указывающее на дезадаптивное повышение уровня тревоги с дезорганизацией психических функций на фоне аффективной загруженности психического состояния, со сниженной способностью к продуктивному контакту и сотрудничеству с окружающими людьми, а также с недостаточным уровнем организации контроля своего поведения при высокой значимости соответствия предъявляемым социальным нормативам.

Таким образом, экспериментально-психологическое исследование агрессии позволило установить различия как по уровню агрессивности, так и по структуре агрессивного поведения не только между здоровыми испытуемыми и больными, но и

выявить специфический характер влияния того или иного заболевания на агрессивные компоненты поведения.

При этом обнаружены некоторые черты сходства в агрессивном поведении различных групп больных с психическими нарушениями. Практически во всех группах больных по сравнению со здоровыми выявлено более или менее выраженное увеличение дефицитарного компонента, указывающее на затруднение отреагирования в непосредственном поведении агрессивных побуждений. Роль деструктивного компонента агрессии в организации поведения возрастала у больных психозами — эпилепсией и особенно в группе больных шизофренией.

Решение задач, связанных с прогнозированием вероятности агрессивного поведения у исследованных больных, осуществлялось путем применения методов многомерной математической статистики и при помощи психодиагностических опросников ISTA и MMPI. С этой целью результаты социально-демографического, социально- и экспериментально-психологического исследования, клинического и клинико-психопатологического динамического наблюдения за агрессивными больными были подвергнуты процедуре корреляционного и множественного регрессионного анализа, по итогам которого были составлены уравнения регрессии отдельно для больных шизофренией и ИБС. В качестве зависимой переменной использовался показатель «Выраженность агрессивности». На основании диапазонов изменения зависимой переменной по каждой группе факторов (социально-демографических, клинических и т. д.) была составлена прогностическая таблица.

Расширяя теоретические представления об агрессии, полученные данные могут быть использованы и в практическом плане, в частности, при разработке направлений социально-психологической реабилитации в системе комплексной терапии больных.

10.4. Оценка центральных личностных функций пациентов и их родителей в сравнении со здоровыми лицами

С помощью Я-структурного теста Аммона (ISTA) были исследованы центральные личностные функции больных, страдающих эндогенными психозами, и их родителей, а также проведено сравнение показателей этих групп испытуемых с данными обследования здорового населения России (Залуцкая Н. М., 2003). База данных здоровой выборки по Я-структурному тесту Аммона была предоставлена Отделением организации научных исследований, новых технологий и подготовки кадров Института им. В. М. Бехтерева.

Сравнение показателей ISTA больных эндогенными психозами и здорового контингента. Результаты сравнения данных групп, имеющие достоверные различия ($p < 0,05$), представлены в табл. 33.

Как следует из данных, представленных в табл. 33, лица, страдающие эндогенными психозами, обнаружили достоверные различия по большинству шкал ISTA. Установлено, что значения конструктивных шкал данного контингента больных достоверно ниже ($p < 0,05$), а деструктивных и дефицитарных шкал — достоверно выше ($p < 0,05$), чем у здорового населения. Не обнаружено достоверных различий значений лишь по одной шкале — деструктивной сексуальности — у больных эндогенными психозами по сравнению со здоровой выборкой.

**Показатели Я-структурного теста Аммона больных эндогенными психозами
и здорового контингента**

Шкалы	Показатели больных, п=57	Здоровые лица, п=1112	t	p
Конструктивная агрессия	7,140351	9,394535	-6,76971	0,000000
Деструктивная агрессия	6,017544	4,434014	4,09779	0,000045
Дефицитарная агрессия	7,350877	3,759715	12,90206	0,000000
Конструктивная тревога	6,456140	8,222617	-6,41343	0,000000
Деструктивная тревога	4,105263	1,771636	8,41928	0,000000
Дефицитарная тревога	4,912281	3,454137	5,43038	0,000000
Конструктивное внешнее Я-отграничение	6,192982	8,285971	-8,37490	0,000000
Деструктивное внешнее Я-отграничение	6,017544	3,956835	8,32944	0,000000
Дефицитарное внешнее Я-отграничение	5,333333	3,214029	6,74019	0,000000
Конструктивное внутреннее Я-отграничение	7,140351	8,133993	-4,13947	0,000037
Деструктивное внутренне Я-отграничение	3,754386	2,990930	3,50749	0,000470
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	6,122807	4,749214	3,36655	0,000786
Конструктивный нарциссизм	6,701754	8,802589	-6,76956	0,000000
Деструктивный нарциссизм	4,035088	3,350773	2,28588	0,022440
Дефицитарный нарциссизм	5,070175	2,392086	8,80416	0,000000
Конструктивная сексуальность	6,684211	8,457282	-3,58558	0,000350
Дефицитарная сексуальность	3,491228	2,676419	2,75754	0,005915

Сравнение показателей ISTA матерей больных эндогенными психозами и здорового контингента. Результаты сравнительного анализа, обнаружившие достоверные различия ($p < 0,05$), представлены в табл. 34.

Данные, установленные у матерей больных эндогенными психозами, достоверно различаются с показателями, полученными у здоровой выборки, по ряду критериев. Матери пациентов обнаруживают достоверно более низкие показатели ($p < 0,05$) по большинству конструктивных шкал ISTA по сравнению со здоровыми лицами, а именно по шкалам конструктивной агрессии, конструктивной тревоги, конструктивного внешнего Я-отграничения, конструктивного нарциссизма и конструктивной сексуальности. Достоверно более высокими ($p < 0,05$), чем у здоровой выборки, оказались у них значения по параметрам дефицитарной агрессии, деструктивной тревоги, деструктивного и дефицитарного внешнего Я-отграничения, дефицитарного нарциссизма и сексуальности.

Показатели Я-структурного теста Аммона матерей больных эндогенными психозами и здорового контингента

Шкалы	Показатели матерей больных эндогенными психозами, п=58	Показатели здоровых лиц, п=1112	t	p
Конструктивная агрессия	7,421034	9,394535	-5,9690	0,000000
Дефицитарная агрессия	5,896552	3,759715	7,9255	0,000000
Конструктивная тревога	6,689655	8,222617	-5,6638	0,000000
Деструктивная тревога	2,620690	1,771636	3,1487	0,001681
Конструктивное внешнее Я-отграничение	6,344828	8,285971	-7,9712	0,000000
Деструктивное внешнее Я-отграничение	6,000000	3,956835	8,4059	0,000000
Дефицитарное внешнее Я-отграничение	4,827586	3,214029	5,1967	0,000000
Конструктивный нарциссизм	6,706897	8,802589	-6,8674	0,000000
Дефицитарный нарциссизм	4,017241	2,392086	5,5214	0,000000
Конструктивная сексуальность	3,534483	8,457282	-11,6507	0,000000
Дефицитарная сексуальность	4,879310	2,676419	7,4625	0,000000

Сравнение показателей ISTA отцов больных эндогенными психозами и здорового контингента. Результаты сравнительного анализа, выявившие по 8 из 18 шкал достоверные различия ($p < 0,05$), представлены в табл. 35.

Таблица 35

Показатели Я-структурного теста Аммона отцов больных эндогенными психозами и здорового контингента

Шкалы	Показатели отцов больных эндогенными психозами, п=38	Здоровые лица, 0-1112	t	p
Конструктивная агрессия	7,710526	9,394535	-4,22902	0,000025
Дефицитарная агрессия	5,657895	3,759715	5,76856	0,000000
Конструктивная тревога	7,052632	8,222617	-3,50878	0,000468
Конструктивное внешнее Я-отграничение	7,026316	8,285971	-4,22926	0,000025
Деструктивное внешнее Я-отграничение	5,157895	3,956835	4,03525	0,000058
Конструктивный нарциссизм	5,789474	8,802589	-8,07701	0,000000
Конструктивная сексуальность	6,342105	8,457282	-4,08543	0,000047
Деструктивная сексуальность	2,894737	4,306384	-3,31534	0,000944

Отцы больных эндогенными психозами обнаруживают достоверно более низкие ($p < 0,05$) показатели по сравнению со здоровыми лицами по большинству конструктивных шкал, а именно по шкалам конструктивной агрессии, конструктивной тревоги, конструктивного внешнего Я-отграничения, конструктивного нарциссизма и конструктивной сексуальности. Достоверно более высокими по сравнению со здоровыми лицами ($p < 0,05$) оказались у них значения дефицитарной агрессии, деструктивного внешнего Я-отграничения и деструктивной сексуальности.

Взаимосвязь показателей центральных личностных функций больных психозами и родителей. Корреляционный анализ показателей центральных личностных функций больных эндогенными психозами и их родителей позволил обнаружить достоверную связь между данными ряда шкал больных эндогенными психозами как с параметрами ISTA матерей, так и отцов ($p < 0,05$). Результаты корреляционного анализа ($p < 0,05$) представлены в табл. 36.

Наибольшее количество достоверных корреляций со шкалами матерей установлено по шкале конструктивной тревоги у детей, при этом положительная связь обнаружена с конструктивными шкалами (тревоги, внутреннего Я-отграничения, нарциссизма). Выявлена отрицательная корреляция показателей данной личностной функции больных эндогенными психозами с деструктивными шкалами (тревоги, внутреннего Я-отграничения, нарциссизма) и дефицитарным внутренним Я-отграничением у матерей. Конструктивное внешнее Я-отграничение детей положительно коррелирует с конструктивной тревогой, конструктивным нарциссизмом и конструктивной сексуальностью матерей. Отрицательная корреляция отмечена между конструктивным внешним Я-отграничением больных и деструктивным и дефицитарным внутренним Я-отграничением у матерей. Конструктивная агрессия у пациентов положительно коррелирует с конструктивными шкалами (агрессия, тревога, нарциссизм) матерей.

Шкала деструктивной тревоги больных эндогенными психозами положительно коррелирует с дефицитарным внутренним Я-отграничением и дефицитарной сексуальностью матерей. Деструктивное внешнее Я-отграничение детей отрицательно коррелирует с конструктивным внешним Я-отграничением и сексуальностью и положительно с дефицитарной сексуальностью.

Таким образом, конструктивные шкалы пациентов обнаруживают положительную зависимость от конструктивных шкал матерей и отрицательно коррелируют с их деструктивными и дефицитарными шкалами. Деструктивные и дефицитарные шкалы детей отрицательно взаимосвязаны с конструктивными шкалами матерей. Лишь у одной деструктивной шкалы — тревоги — установлена достоверная корреляция с дефицитарными шкалами матерей.

Наибольшее количество корреляций ($p < 0,05$) с данными обследования отцов выявлено у шкалы дефицитарной тревоги пациентов: обнаружены положительные линейные связи с дефицитарной агрессией, деструктивной тревогой, деструктивным внутренним Я-отграничением отцов. Отрицательно коррелирует данная личностная функция пациентов с конструктивными внешним и внутренним Я-отграничением отцов. Конструктивная агрессия пациентов положительно коррелирует с деструктивной тревогой отцов. Положительно связаны деструктивное внешнее Я-отграничение пациентов и дефицитарное внешнее Я-отграничение отцов. Шкала дефицитарного нарциссизма отцов выявила положительную связь с деструктивным внутренним Я-отграничением и деструктивным нарциссизмом пациентов.

Следует отметить, что наиболее выраженная положительная связь установлена между конструктивной агрессией пациентов и деструктивной агрессией отцов, а отрицательная — между дефицитарной тревогой больных и конструктивным внутренним Я-отграничением родителя.

Обсуждение полученных результатов. При сравнительном анализе данных ISTA, полученных при обследовании родителей больных эндогенными психозами и здоровых, отмечено наличие достоверных различий по ряду показателей.

Так, матери больных характеризуются достоверно более низкими, чем у здоровых лиц, значениями по ряду конструктивных шкал, а именно по шкалам конструктивной агрессии, конструктивной тревоги, конструктивного внешнего Я-отграничения, конструктивного нарциссизма и конструктивной сексуальности. В то же время у них достоверно выше по сравнению со здоровыми значения дефицитарной агрессии, деструктивной тревоги, деструктивного и дефицитарного внешнего Я-отграничения, дефицитарного нарциссизма и дефицитарной сексуальности.

Отцы больных эндогенными психозами отличаются от здоровой выборки достоверно более низкими значениями конструктивной агрессии, конструктивной тревоги, конструктивного внешнего Я-отграничения, конструктивного нарциссизма и конструктивной сексуальности. У них достоверно выше значения дефицитарной агрессии, деструктивного внешнего Я-отграничения и деструктивной сексуальности по сравнению со здоровыми лицами.

Таблица 36

Взаимосвязь показателей центральных личностных функций больных психозами и их родителей

Шкалы больных эндогенными психозами	A1	.31*	.49		.26*						.26*						
	C1				.3K*	-.32*			.28*	-.45*	-.36*	.33*	-.28*				
	C2										.27*			.26*			
	C3			.36		.36	-.37		-.26* I-52	.37					-.27*		
	O1				.27*					-.35*	-.35*	.26*			.28*		
	O2						-.32*	.38							-.34*		.30*
	O//1														.36*		
	O//2						-.27*							.35	-.43*		
	H1									-.26*					.40*	.29*	
	H2													.36			.27*
	H3														-.32*		.32*
	Ce2													.29*			
	Ce3												.28*		-.29*		
		A1	A2	A3	C1	C2	O1	O3	O//1	O//2	O//3	H1	H2	ИВ	Ce1	Ce2	Ce3
Шкалы родителей больных эндогенными психозами																	

* Отмечены коэффициенты корреляции показателей пациентов и матерей. Названия шкал: А — агрессия, С — тревога, О — внешнее отграничение, О// — внутреннее отграничение, Н — нарциссизм, Се — сексуальность.

Таким образом, можно констатировать тот факт, что как матери, так и отцы больных эндогенными психозами характеризуются меньшей конструктивностью по

сравнению со здоровой выборкой. Вместе с тем, у матерей наблюдается повышение показателей по сравнению со здоровыми преимущественно по дефицитарным шкалам, что характеризует матерей как неспособных устанавливать межличностные контакты, испытывающих трудности проявления эмоций, чувств, опасющихся принимать на себя ответственность, бессильных, ощущающих пустоту и скуку. Им в большей степени, чем здоровым, свойственны склонность к симбиотическому слиянию и трудности в поддержании устойчивых продуктивных контактов, ощущения собственной слабости, беспомощности и незащищенности. Матери больных эндогенными психозами отличаются более низкой самооценкой и зависимостью от окружающих, чем здоровые лица. Они в большей степени склонны к неприятию собственной и чужой телесности и нарушению способности ощущать межчеловеческую основу сексуальности. Одновременно с этим, матерям больных эндогенными психозами в большей мере, чем здоровым, свойственна переоценка реальных угроз, чрезмерная выраженность телесных вегетативных компонентов эмоциональных реакций, плохая организация активности в ситуациях опасности, боязнь установления новых контактов и близких отношений, затруднения в концентрации внимания. Важным представляется также более выраженное, чем у здоровых, стремление к избеганию социальных контактов, нежелание вести конструктивную дискуссию, неприятие своей и чужой эмоциональной экспрессии, неприятие проблем окружающих, недостаточная ориентация в сложной интерперсональной действительности, ощущение эмоциональной пустоты и общее снижение предметной активности.

Дефицит конструктивности отцов сочетается с возрастанием показателей преимущественно по деструктивным шкалам, что указывает на более выраженные, чем в здоровой выборке, стремления к избеганию контактов, тенденции к гиперконтролю проявлений собственных переживаний и чувств, неспособность к совместному поиску компромиссов, реактивную неприязнь к чужой эмоциональной экспрессии, неприятие проблем окружающих, недостаточную ориентацию в сложной интерперсональной действительности, ощущение эмоциональной пустоты и общее снижение предметной активности. Отцы больных эндогенными психозами отличаются от здоровой выборки более выраженными нарушениями способности к глубоким, интимным отношениям, которые могут восприниматься ими как потеря индивидуальной автономии. Деструктивная сексуальность может проявляться в различных формах агрессивного поведения: от выраженной конфликтности вплоть до открытых проявлений физического насилия или склонности к саморазрушающим действиям. Отцам больных эндогенными психозами в большей степени, чем лицам здоровой выборки, свойственны трудности установления межличностных контактов, неспособность брать на себя ответственность и принимать решения, склонность жертвовать собственными интересами, чувство пустоты, безучастности, «хроническая неудовлетворенность» всем происходящим, ощущение бесперспективности существования и непреодолимости жизненных трудностей.

В рамках гуманструктуральной теории личности G. Amnion деформация или недоразвитие центральных Я-функций являются следствием проблем симбиотической стадии становления личности. При этом дефицитарная сформированность Я-функций Эго признается более грубым нарушением, чем деструктивное их развитие, поскольку порождает нарушения дифференциации психических функций, снижает интенсивность динамических межличностных взаимодействий. Полученные результа-

ты показывают, что матери отличаются от здоровой выборки преимущественно более высокой дефицитарностью, отцы — более выраженной деструктивностью. Данные сравнительного анализа показателей ISTA здорового русского населения и родителей больных эндогенными психозами пациентов дают основание констатировать наличие у них признаков нарушений сформированности Я-функций, т. е. позволяют предполагать нарушения презипального периода развития. Вероятно, именно это недостаточное развитие центральных функций «Я» может предопределять последующие проблемы межличностного взаимодействия родителей больных эндогенными психозами.

Сравнительный анализ данных ISTA больных эндогенными психозами и здорового населения показал недостаточное развитие конструктивных составляющих Я-функций пациентов по сравнению со здоровыми лицами. При этом значения всех дефицитарных и деструктивных шкал за исключением шкалы деструктивной сексуальности у больных достоверно более высокие, чем у здоровых лиц. Эти данные позволяют говорить о глубоких нарушениях «Я» у пациентов, страдающих эндогенными психозами, что согласуется с современными психодинамическими представлениями о данной группе заболеваний. G. Amnion полагал, что решающим фактором в формировании центральных функций «Я» является характер взаимодействия в первичной группе (прежде всего, в родительской семье). Вместе с тем, интерперсональное поведение воспитывающих ребенка лиц во многом предопределяется уровнем развития их собственных центральных функций «Я». В этом контексте представляется очень важным изучение взаимосвязи центральных личностных функций больных эндогенными психозами и их родителей.

Корреляционный анализ данных, характеризующих центральные личностные функции больных эндогенными психозами и их родителей (ISTA), установил наличие достоверной линейной зависимости ряда показателей пациентов и их матерей и отцов.

Значения конструктивной агрессии, отражающей наличие развитой эмпатической способности, широкого круга интересов, креативности и способности к конструктивному преодолению трудностей, у больных эндогенными психозами наиболее выраженную положительную взаимосвязь имели с параметрами деструктивной агрессии у их отцов. Деструктивная агрессия является следствием враждебного, отвергающего отношения первичной группы к потребностям ребенка, представляя собой деформацию нормальной способности к деятельному, активному взаимодействию с окружающей средой. Это проявляется деструкцией, направленной против собственной личности или окружающего. В то же время, значения конструктивной агрессии у пациентов возрастают с увеличением параметров конструктивной агрессии, и в меньшей степени, конструктивных тревоги и нарциссизма у матерей. Таким образом, способность пациентов к конструктивному преодолению трудностей возрастает с увеличением возможностей матерей конструктивно справляться с проблемами, с улучшением их способности выдерживать переживания, связанные с тревогой, и использовать ее для решения адаптационных задач без потери интеграции, а также с возрастанием позитивных представлений матерей о себе, базирующихся на ощущении собственной значимости и опирающихся на положительный опыт интерперсональных контактов. Положительная зависимость конструктивной агрессии больных и деструктивной агрессии их отцов оказалась неожиданной и была бы трудно инте-

претируемой вне рассмотрения семейной системы в целом. Вероятно, вышеперечисленные Я-функции матерей в их конструктивной составляющей создают условия для нейтрализации деструктивной роли отцов.

Параметры конструктивной тревоги, отражающие способность личности выдерживать переживания, связанные с тревогой, использовать ее для решения адаптационных задач без потери интеграции, целостности, идентичности, возрастают у пациентов с увеличением показателей конструктивных тревоги, внутреннего Я-отграничения и нарциссизма у матерей и снижаются с увеличением у них параметров деструктивной тревоги, деструктивного и дефицитарного внутреннего Я-отграничения, деструктивного нарциссизма. При этом наиболее выраженная зависимость данной функции «Я» пациентов обнаружена с параметрами деструктивного внутреннего Я-отграничения и конструктивной тревоги у матерей. Следовательно, чем выше толерантность к тревоге у матерей, и чем лучше они могут использовать тревогу в целях адаптации, чем выше их способность различать внешнее и внутреннее, и чем более позитивное представление о самих себе имеют матери, тем большей способностью переносить тревогу обладают больные эндогенными психозами. В то же время, чем большая степень переоценки степени реальных угроз и нарушения базисного доверия свойственна матерям, чем более ориентированы они на сугубо рациональное постижение действительности, чем более хаотично, непоследовательно и несоразмерно реальной жизни их поведение, и чем более характерна для них временная и интенсивностная нестабильность отношения к самим себе, тем хуже больные эндогенными психозами справляются с переживаниями тревоги, и тем слабее возможности использования тревоги в приспособительных целях у пациентов.

Значения деструктивной тревоги, характеризующей нарушение способности переносить определенный уровень тревоги, необходимый для дифференцированной оценки степени опасности ситуации, у пациентов обнаружили невысокие положительные корреляции с параметрами дефицитарных внутреннего Я-отграничения и нарциссизма матерей. Таким образом, нарушения возможностей толерантности тревоги у пациентов возрастают с увеличением недостаточности развития идентичности у матерей и, как следствие, степени хаотичности и непоследовательности их поведения, а также с усилением у матерей переживаний собственной неценности и выраженной зависимости от окружающих.

Уровень дефицитарной тревоги больных эндогенными психозами возрастает с увеличением дефицитарной агрессии, деструктивной тревоги, деструктивного внутреннего Я-отграничения у отцов и снижается с возрастанием показателей по шкалам конструктивного внешнего Я-отграничения и, в наибольшей мере, с уменьшением значений конструктивного внутреннего Я-отграничения у последних. Кроме того, значения данной шкалы у больных увеличиваются по мере снижения конструктивных внутреннего Я-отграничения и сексуальности у матерей. Следовательно, дефицит переживаний страха у пациентов возрастает по мере снижения способности отцов дифференцировать объекты внешнего и внутреннего мира и собственные представления о них, а также по мере уменьшения у них общительности, эмоциональной зрелости, способности к постановке собственных целей и задач, выбора адекватной стратегии поведения в соответствии с актуальной ситуацией. Усиление ощущений усталости, скуки и душевной пустоты у пациентов, характеризующих данную Я-функцию, происходит с возрастанием у отцов неспособности к установлению меж-

личностных контактов и принятию ответственности за собственные решения и по мере усиления у них жесткой ориентации на сугубо рациональное постижение действительности, недопускающее интуитивных и чувственных решений. Кроме того, дефицитарное переживание страха у больных эндогенными психозами возрастает с увеличением степени обеднения эмоциональных переживаний и ориентированности на сугубо рациональное постижение действительности у матерей, а также по мере снижения у последних способности получать удовлетворение от сексуального взаимодействия как свободного от страхов и чувства вины.

Значения конструктивного внешнего Я-отграничения детей возрастают с увеличением значений конструктивных тревоги, нарциссизма и сексуальности у матерей и снижаются с увеличением деструктивного и дефицитарного внутреннего Я-отграничения у них. Конструктивное внешнее Я-отграничение подразумевает хорошее «чувство реальности», способность вступать в контакты, в том числе симбиотические, без угрозы переидентификации и выходить из них без последующего чувства вины. Ухудшение возможностей дифференциации «Я» от «Не-Я» у больных эндогенными психозами возрастало по мере усиления ригидно фиксированного «барьера», отделяющего «Я» матерей от их остальных интрапсихических структур, характеризующего невозможность адекватно воспринимать собственные чувства и потребности с одновременной нечувствительностью к эмоциям и потребностям других, а также с возрастанием у них импульсивности, недостаточной взвешенности поступков и принимаемых решений, непоследовательности в интерперсональных отношениях. Чем более способны матери действовать в реальном мире, ощущая его действительные опасности, случайности, непредсказуемость и возможность стечения неблагоприятных обстоятельств, чем более позитивные представления они имеют о себе, и чем выше их возможности получать удовольствие от физического, телесного и сексуального взаимодействия без возникновения чувств вины и страха, тем лучше выражена функция конструктивного внешнего отграничения у их детей.

Параметры деструктивного внешнего Я-отграничения больных положительно коррелируют с дефицитарным внешним Я-отграничением отцов и значениями шкал дефицитарной сексуальности матерей. Отрицательная связь установлена у данной шкалы ISTA пациентов с параметрами конструктивных внешнего Я-отграничения и сексуальности у матерей. Деструктивное внешнее Я-отграничение выражается в стремлении к избеганию контактов, неспособностью к поиску компромиссов, реактивной неприязнью к чужой эмоциональной экспрессии, неприятием проблем окружающих, недостаточной ориентацией в сложной интерперсональной действительности, ощущением эмоциональной пустоты и общим снижением предметной активности. Следовательно, чем более склонны к гиперадаптации к внешней среде отцы пациентов, чем в меньшей степени они способны устанавливать и контролировать межличностную дистанцию, чем в меньшей степени они могут отслеживать и отстаивать собственные интересы, и чем в большей степени выражены у матерей запреты на проявления сексуальной активности, неприятие своей и чужой телесности, тем более нарушенным оказывается взаимодействие больных эндогенными психозами с окружающей группой и событиями внешнего мира. Напротив, чем лучше сформировано у матерей «чувство реальности», чем лучше их эмоциональный контакт с внешней средой, чем адекватнее реальной ситуации стратегии их поведения, и чем выше способности матерей получать удовольствие от физического, телесного, сексуального

взаимодействия, тем менее выражены у пациентов жесткое эмоциональное дистанцирование, проблемы гибкого регулирования межличностных отношений, ориентация на сверхконтроль экспрессивности, безынициативность и пассивность.

Показатели конструктивного внутреннего Я-отграничения пациентов возрастают с увеличением значений конструктивной сексуальности у матерей. Таким образом, способность пациентов отличать собственные фантазии от реальных событий и действий, дифференцировать различные телесные состояния, возможность разделения временных аспектов переживаний при сохранении непрерывности чувства «Я», способность различать мысли и чувства, отношения и действия при удержании ощущения их целостной субъектной принадлежности возрастает при улучшении возможностей у матерей получать удовольствие от физического, телесного и сексуального взаимодействия без возникновения страхов и чувства вины.

Деструктивное внутреннее Я-отграничение у больных, характеризующее наличие ригидно фиксированного барьера, отделяющего центр осознаваемых переживаний от остальных интрапсихических структур, обнаружило достоверную отрицательную связь с конструктивной сексуальностью и внешним Я-отграничением у матерей и положительную — с дефицитарным нарциссизмом у отцов. Следовательно, чем ниже возможности получения матерями удовольствия от физического, телесного и сексуального взаимодействия и чем неудачнее попытки выстраивания ими коммуникативной границы с другими людьми, а также чем ниже самооценка отцов и больше их зависимость от окружающих, тем более нарушенными оказываются возможности адекватного восприятия собственных чувств и потребностей у их детей, и тем более выраженной становится степень нечувствительности больных эндогенными психозами к эмоциям и потребностям других людей и их склонность к чрезмерной рационализации сознания.

Значения конструктивного нарциссизма больных эндогенными психозами возрастают с увеличением конструктивной сексуальности матерей и снижаются с ростом значений деструктивного внутреннего Я-отграничения и деструктивной сексуальности у матерей. Способность к адекватной оценке самого себя, к полноте восприятия своих возможностей и реализации их, ощущение собственной силы и компетентности, способность прощать себе ошибки и промахи, которые подразумевает конструктивный нарциссизм, улучшаются с возрастанием возможностей получения удовольствия от физического, телесного и сексуального взаимодействия матерями больных эндогенными психозами. В то же время, чем более выраженной становится степень нечувствительности матерей пациентов к эмоциям и потребностям других людей, и чем выше их склонность к чрезмерной рационализации сознания, чем более выражена у них неспособность к глубоким, интимным взаимоотношениям, чем в большей степени человеческая близость воспринимается ими как угроза потери аутистической автономии, тем ниже у пациентов самооценка, меньше открытость в межличностных контактах, хуже возможности противостояния недоброжелательным оценкам без необходимости использовать защитные механизмы, искажающие действительность.

Искажение или нарушение возможности реалистично ощущать, воспринимать и оценивать самого себя возрастает у пациентов с увеличением сомнений в собственной ценности у их отцов и по мере возрастания у последних зависимости от окружающих, трудностей выделения собственных мотивов и желаний, чрезмерной иден-

тификации с нормами, потребностями и целями ближайшего окружения, непереносимости одиночества и стремления к симбиотическим отношениям. Кроме того, возрастание степени неприятия своей и чужой телесности, запретов на проявление сексуальной активности у матерей связано с возрастанием у пациентов нестабильности отношения к самому себе, чрезмерной настороженности к окружающим, низкой толерантности к фрустрациям, потребности в общественном подтверждении собственной значимости и ценности, склонности к построению аутистического мира, отгораживающего от реальных интерперсональных взаимодействий.

Дефицитарный нарциссизм понимается как недостаточность способности формировать целостное отношение к себе, развивать дифференцированное представление о собственной личности, своих способностях и возможностях, равно как и реалистично оценивать себя. Установлено, что у больных эндогенными психозами снижение интенсивности вышеперечисленных характеристик происходит по мере увеличения конструктивной сексуальности у матерей, а возрастание — с увеличением у последних дефицитарной сексуальности. Следовательно, чем в большей степени способны матери получать удовольствие от физического или сексуального взаимодействия, чем в большей степени принимают они свою и чужую телесность, тем выше самооценка и больше независимость от окружающих у их детей.

Нежелание или неспособность пациентов к глубоким, интимным отношениям, которые воспринимаются как угроза потери аутистической автономии, характеризующие шкалу деструктивной сексуальности, возрастают по мере увеличения у матерей сомнений в собственной ценности, зависимости от окружающих, невозможности поддерживать полноценные межличностные контакты, бедности эмоциональных переживаний, чрезмерной идентификации с нормами ближайшего окружения, непереносимости одиночества и выраженного неосознанного стремления к симбиотическим контактам, в которых они стремятся укрыть себя от невыносимых страхов реальной жизни, личной ответственности и собственной идентичности.

Чем менее способны матери устанавливать тесные партнерские отношения, чем хуже понимают они свои собственные потребности и потребности другого, чем менее способны они к взаимообогащающему обмену чувственными переживаниями, тем более выраженный генерализованный запрет на проявление сексуальной активности имеют их дети. Напротив, чем более выражена способность матерей к установлению зрелых партнерских отношений, понимание ими собственных потребностей и желаний другого, возможность реализовывать сексуальные желания без эксплуатации и манипулирования другими, тем менее выражено у пациентов нарушение способности ощущать межчеловеческую основу сексуальных действий, и тем большую глубину межличностных контактов могут позволить себе пациенты.

Таким образом, полученные данные демонстрируют наличие зависимости между показателями Я-функций больных эндогенными психозами и их родителей. При этом все конструктивные составляющие центральных личностных функций пациентов возрастают по мере увеличения конструктивных характеристик их матерей. Уменьшение же конструктивных тревоги и внешнего Я-отграничения у больных эндогенными психозами происходит с увеличением у их матерей дефицитарных и деструктивных составляющих центральных личностных функций. Возрастание дефицитарности и деструктивноеTM функционирования пациентов обнаруживается преимущественно по мере снижения конструктивных характеристик матерей и увеличе-

ния значений дефицитарных и деструктивных составляющих центральных личностных функций их отцов.

В целом, из вышеизложенного следует, что существует зависимость между Я-функциями пациентов и их родителей, в первую очередь, матерей, и, следовательно, можно предполагать, что уровень сформированности Я-функций родителей может служить одним из факторов, оказывающих влияние на развитие «Я» больных эндогенными психозами.

10.5. Специфические эффекты терапии средой по Г. Аммону

Психоаналитическая терапия средой как метод лечения известна, начиная с 20-х г. XX в., когда она впервые была проведена Е. Simmel в Берлине. Под этим тогда понимали невербальную групповую терапию с последующей интерпретацией содержания взаимодействия больных. Тем самым существенно расширялись возможности традиционной модели индивидуального психоанализа за счет введения двух важных новшеств: использования группового взаимодействия больных и анализа невербальных элементов их поведения. С другой стороны, коррекция психодинамических механизмов в рамках трудотерапии и терапии занятостью значительно повышала действенность новых лечебных подходов, традиционно использовавшихся ранее как неаналитические. Это объясняет широкое признание и растущее применение данных методов в последующие десятилетия, чему немало способствовали также дальнейшие теоретические разработки, в особенности идеи М. Jones о терапевтическом сообществе, концепции реабилитации Н. Gastager, К. Doerner и М. М. Кабанова. Однако, лишь идеи Г. Ammon внесли принципиально иное качество в теоретическую концепцию терапии средой, сделав ее наиболее дифференцированной моделью, далеко превосходящей все предшествующие по своим терапевтическим возможностям.

Принципиальное отличие от всех других концепций заключается в том, что здесь терапия средой (милие-терапия) проводится не автономно и изолированно от других компонентов целостной программы лечения и реабилитации больных. Г. Ammon утверждает, что нет изолированного метода лечения средой, поскольку милие-группа является интегративной составной частью терапевтической системы, все компоненты которой функционируют в теснейшей взаимосвязи. Деятельность милие-группы полностью погружена в целостное поле социальной энергии и групповой динамики всего лечебного учреждения, в котором проводится терапия средой. Это — ключ к пониманию механизма данного метода. Для больных это означает, что они полностью воспринимают клинику как свой собственный дом с той существенной разницей, что атмосфера в ней, как правило, в значительно большей степени благоприятствует личностному росту пациента, чем эмоциональный климат его собственной семьи. Постепенное распознавание этих отличий приводит в действие и стимулирует процесс саногенеза, способствует интеграции структуры рассогласованных личностных механизмов, что в особенности важно в случаях психозов и расстройств личности.

Еще одной важной характерной особенностью метода является то, что больной включен не в случайно предложенную и не отвечающую его личным интересам занятость, не имеющую ни начала, ни конца и никак не соотносящуюся с аналогичным монотонным делом, с помощью которого убивают время находящиеся рядом паци-

енты. Стержнем деятельности милие-группы является какой-то конкретный проект (строительство небольшого объекта, благоустройство территории, ремонт и оформление интерьера помещения и др.). Проект не навязывается группе, пациенты сами создают и принимают его в ходе совместных обсуждений. Это очень важная деталь, поскольку, таким образом обеспечивается соответствие деятельности общегрупповым интересам. Не менее важным является то, что проект должен быть доведен до конца в обозримые сроки. Торжественная демонстрация результата всем остальным пациентам клиники дает возможность члену милие-группы получить весьма позитивный личностный опыт — наглядное подтверждение силы собственной продуктивности, слитой с синэргической деятельностью всей группы, подтверждение того, что больной не изолирован от других людей, а может с ними плодотворно сотрудничать. Взаимодействие больных в ходе совместного выполнения проекта дает психотерапевту прекрасные возможности вскрыть и подвергнуть коррекции механизмы их дезадаптации в продуктивном поведении и общении.

Метод, с одной стороны, является полностью аналитическим, поскольку здесь решающее значение придается интерпретации сопротивления больного лечению, его тревоги и деструктивной агрессии, проявляющихся в рамках преимущественно невербального взаимодействия с ним окружающих пациентов и психотерапевта. С другой стороны, больной получает возможность раскрыть и развивать конструктивные аспекты собственной личности в то время, как психотерапевт помогает ему научиться дифференцировать здоровые компоненты личностной структуры от патологических.

Таковы характерные признаки модели терапии средой G. Amnion, которые принципиально отличают ее от всех прочих. Это те принципы, в соответствии с которыми проводится терапия средой в комплексной программе лечения и реабилитации психически больных основанного М. М. Кабановым Отделения восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева (1966). Отработка терапии средой проводилась при участии сотрудников Клиники Ментершвайге.

Общая эффективность комплексной программы лечения больных психозами и расстройствами личности, проводимой в Клинике Ментершвайге, уже давно и убедительно продемонстрирована в литературе (Burbiel I. et al., 1990).

Задача настоящего исследования заключалась в выявлении специфических эффектов терапии средой в отличие от других методов лечения и реабилитации психически больных (Вид В. Д., Лутова Н. Б., 2001).

Материал исследования составили 30 больных, из них 18 с диагнозом шизофрении с различным типом течения и 12 с аффективными расстройствами эндогенного круга. Все больные получали психофармакологическое лечение и психодинамически ориентированную индивидуальную и групповую психотерапию; с большинством пациентов проводилась также семейная терапия. 15 пациентов были включены в милие-терапию, остальные составили контрольную группу. Экспериментальная и контрольная группа статистически не отличались между собой по таким параметрам, как нозологическая принадлежность, возраст, пол, длительность заболевания и выраженность симптоматики. Участие пациентов в милие-терапии было единственной переменной, различавшей эти две группы между собой.

Поведение пациентов в милие-группе в целом следовало известным уже из опыта Клиники Ментершвайге стереотипам. В начале терапии больные эксперименталь-

ной группы демонстрировали крайне пассивное и зависимое поведение, ожидали конкретной стимуляции и наставлений со стороны врача и более активных членов группы. Они не проявляли заинтересованности в обсуждении групповых проектов, часто старались уклониться от непосредственного участия в работе, ссылаясь на отсутствие навыков, неуверенность в своих возможностях, страх перед ожидаемой негативной оценкой результатов труда окружающими или симптоматически обусловленную невозможность работать. Они часто пытались также подвергнуть всю терапию средой обесцениванию, представляя ее как бессмысленную и не способствующую выздоровлению.

Для таких больных было в особенности важно создать атмосферу интенсивного эмоционального тепла и поддержки со стороны врача и более активных членов милие-группы, четко очертить их личные функции в рамках группового проекта, конкретно сформулировать поручаемые им задачи. Психотерапевт стремится при этом активировать творческий потенциал больного, стимулировать конструктивную, целенаправленную деятельность, интерпретируя ее как важный личный вклад больного в общую работу. Важно также подчеркнуть субъективное улучшение самочувствия больного как выражение удовлетворенности успешно проделанной работой в группе. Обсуждаются и неосознаваемые психические механизмы неконструктивного поведения и связанных с ним отрицательных эмоций. Приведенные клинические примеры иллюстрируют этот процесс.

1. Пациентка И. демонстрировала в ходе терапии тенденции к инфантильной регрессии, крайне нестабильное отношение к психотерапевту и другим членам группы. Она стремилась привлечь к себе внимание группы и предъявляла нереалистичные требования к выполнению проекта. После того, как ей была доверена функция лидера группы, она стала вести себя более стабильно и продуктивно, более внимательно относиться к установкам и проблемам окружающих; в дальнейшем она смогла лучше контролировать свои эмоциональные всплески.

2. Больная К. была вначале в милие-группе крайне пассивна, ссылаясь на отсутствие навыков или на отрицательные побочные действия принимаемых препаратов. У нее не было осознания собственной роли в ее социальной дезадаптации. Сначала она была подключена к активно работавшим членам группы в качестве наблюдателя, а затем и помощницы. В дальнейшем, после получения опыта успешного решения определенных задач и сопутствовавшей эмоциональной поддержки и одобрения других членов группы, она смогла глубже понять психологические причины своих реальных трудностей, а также имеющиеся у нее возможности стать полноценным членом группы.

3. Пациентка О. была поначалу в группе активна, но индивидуалистически изолирована, не проявляла интереса к работе других членов группы, игнорировала их корректирующие замечания и предложения, выключая себя из общей эмоциональной атмосферы группового процесса. Она была склонна переоценивать свои достижения и игнорировать неудачи. Ее деструктивные тенденции неоднократно подвергались активной критике со стороны других членов группы. Это способствовало в конце концов формированию у больной реалистической оценки своего поведения, и в дальнейшем она смогла ориентировать себя на более тесное взаимодействие с окружающими и эмоционально интегрированную групповую работу.

В целом можно сказать, что в процессе милие-терапии больные демонстрировали все большую активность в групповых обсуждениях, делали больше творческих предложений, все в меньшей степени нуждались в прямой стимуляции психотерапевта и все меньше были склонны к неконструктивным реакциям во фрустрирующих ситуациях.

Терапевтическая динамика подверглась также экспериментально-психологическому изучению. Использовались методики для измерения психодинамических защитных механизмов (FKBS и SBAK) и стратегий совладания с проблемными ситуациями (тест Lazarus). Измерения проводились при поступлении и при выписке больных.

Что касается механизмов психологической защиты, то в ходе терапии как в экспериментальной, так и контрольной группе зарегистрирована тенденция к возрастанию таких типов защиты, как рационализация, интеллектуализация и проекция. Не обнаружено статистически достоверных различий между группами. При исследовании динамики стратегий совладания с проблемными ситуациями установлено статистически достоверное различие в пользу экспериментальной группы. Больные, прошедшие милие-терапию, демонстрировали более высокий уровень стратегии «принятие ответственности» ($p < 0,02$).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что модель милие-терапии по G. Amnion обладает специфическими возможностями терапевтического воздействия на больных психозами, по крайней мере в области приспособительного поведения, которые превосходят по результативности уровень, достигаемый при использовании комбинации психофармакологической и групповой разговорной терапии. Целью дальнейших исследований должно стать более углубленное изучение роли милие-терапии в коррекции механизмов дезадаптивной психологической защиты.

10.6. Внедрение динамической психиатрии в деятельность психиатрических учреждений Оренбургской области

Сотрудничество специалистов Оренбурга и Оренбургской области с Клиникой динамической психиатрии Ментершвайге началось в 1997 г. Для того чтобы понять, каким образом это стало возможным в далеком Оренбурге, городе, расположенном на географической границе между Европой и Азией, необходимо кратко остановиться на истории вопроса.

Оренбургская область является одним из тех регионов России, где наиболее динамично развивается психотерапевтическая помощь. Так, по последним имеющимся статистическим данным, опубликованным в сборнике «Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994-1999 гг.)» (М, 2000):

1) по числу врачей-психотерапевтов (62 чел.) Оренбургская область находилась на третьем месте среди субъектов Российской Федерации, уступая лишь Москве (225 чел.) и Санкт-Петербургу (105 чел.);

2) Обеспеченность населения врачами-психотерапевтами. Число физических лиц (на 10000 населения) составляло в среднем по Российской Федерации — 0,1, в Оренбургской области — 0,3, регион входил в четверку ведущих по этому показателю;

3) по числу занятых должностей врачей-психотерапевтов (на 10000 населения) показатель 0,4 был в два раза выше среднероссийского (0,2).

4) число занятых должностей врачей-психотерапевтов (1998 г.) — 92, 5-е место в Российской Федерации;

5) число посещений на 1 занятую должность психотерапевта по Российской Федерации — 1774,5, по Оренбургской области — 1784,2;

6) 26 учреждений области имели в 1998 г. в своем составе кабинеты психотерапии;

7) 63% врачей-психотерапевтов области имели сертификаты и по психиатрии, и по психотерапии.

За прошедшие 4 года ситуация с обеспеченностью населения региона психотерапевтической помощью улучшилась. В настоящее время в области работают 87 врачей-психотерапевтов, из них в двух психиатрических стационарах 27 человек или 30 % от общего числа. Функционируют два отделения неврозов в психиатрических больницах, открыто первое стационарное отделение психотерапии в общесоматическом лечебно-профилактическом учреждении, формируется первое в области детское отделение психотерапии в Областной детской психоневрологической больнице, 7 специалистов работают в Областном наркологическом диспансере. Психотерапевтические кабинеты существуют в 5 городах и в 6 районах области, где работают 14 психотерапевтов.

10.6.1. Развитие психотерапии в Оренбургской области

Развитие современной психотерапии в регионе имеет свою историю (Портнов Л. М., 2001). Первые методы психотерапии, применявшиеся в Оренбургской области, были преимущественно гипносуггестивной направленности, как, впрочем, и в большинстве регионов Советского Союза в 40-е — 50-е гг. XX в. Одним из первых психиатров, активно применявшим психотерапию в своей работе, был А. Б. Чемный, более 30 лет возглавлявший одну из оренбургских психиатрических больниц. А. Б. Чемный в своей лечебной практике широко использовал техники классического гипноза применительно к пациентам с невротическими расстройствами и зависимостями от психоактивных веществ.

В. С. Григорьевских, ученик известного советского психиатра Ю. Е. Рахальского, возглавил после него кафедру психиатрии Оренбургской медицинской академии, а позднее руководил кафедрой психиатрии Челябинской медицинской академии. Активно применял психотерапевтические методы в своей практической и научной работе. Именно с его именем связано начало сотрудничества региональной психиатрической службы с Клиникой Ментершвайге. Избрание В. С. Григорьевских вице-президентом Российской психотерапевтической ассоциации (РПА) подтвердило его большой вклад в улучшение психиатрической и психотерапевтической помощи в России и Уральском регионе. К сожалению, преждевременная смерть оборвала эту деятельность.

С именем главного психотерапевта области И. Б. Трегубова связано дальнейшее развитие психотерапии, ориентация на динамически ориентированные модели терапии, на личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию. И. Б. Трегубов одним из первых начал широко применять групповую, семейную и супружескую терапию. Он готовил психотерапевтические кадры, впервые в области стал ре-

гулярно вести балинтовские группы, способствовал созданию профессионального психотерапевтического сообщества. Именно И. Б. Трегубое установил тесные научные и практические контакты с Санкт-Петербургской школой психотерапии.

Развитию психотерапии и психиатрии в области способствовало многолетнее сотрудничество с Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева, Федеральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России, Российской психотерапевтической ассоциацией, под научным руководством и при активном участии Б. Д. Карвасарского и его сотрудников. Оренбургские психотерапевты считают себя учениками и последователями Ленинградской (Санкт-Петербургской) школы психотерапии.

В 1991 г. в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 1 было открыто отделение неврозов и психотерапии. У истоков его создания стояли главный врач больницы А. Б. Чемный, главный психотерапевт области И. Б. Трегубое, главный психиатр области Г. Б. Прусс, который в течение 7 лет и возглавлял отделение. В своей работе оренбургские специалисты ориентировались на опыт подобного отделения в Институте им. В. М. Бехтерева.

За эти годы отделение неврозов и психотерапии прошло долгий путь, постепенно складывался подход к отбору пациентов, росли профессиональные знания и мастерство сотрудников, расширялся спектр используемых методов психотерапевтических воздействий. В контексте данной монографии представляется особенно важным, что базовым методом работы врачей отделения стала именно личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия — единственная отечественная школа психотерапии, сохранившая ряд аспектов динамического направления психотерапии. Именно этим объясняется тот факт, что оренбургские психиатры и психотерапевты изначально были достаточно подготовлены, для того чтобы воспринять идеи динамической психиатрии G. Amnion.

Сотрудники отделения неврозов и психотерапии активно участвовали в формировании и развитии психотерапии в Оренбурге и области, делились своим опытом. Отделение многие годы является неформальным центром психотерапии региона. С начала 90-х гг. XX в. именно на базе отделения ежемесячно проходят заседания Оренбургского общества психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов.

Учитывая возросший объем задач, в 1997 году решением Главного управления здравоохранения администрации Оренбургской области на базе отделения неврозов и психотерапии создан Областной организационно-методический и консультативный центр по психотерапии и медицинской (клинической) психологии (далее — Психотерапевтический центр), который возглавил главный психотерапевт области С. М. Бабин. Сотрудники отделения неврозов и психотерапии совместно со своими молодыми коллегами составили основу Психотерапевтического центра, с деятельностью которого и связано дальнейшее развитие и совершенствование психотерапевтической службы в Оренбургской области.

Функциями и задачами Психотерапевтического центра являются: оказание организационно-методической, лечебно-консультативной помощи лечебно-профилактическим учреждениям области по вопросам психотерапии и медицинской (клинической) психологии; координация деятельности психотерапевтической, медико-пси-

хологической службы на территории области, курация психотерапевтических кабинетов лечебно-профилактических учреждений области; подготовка информационных, инструктивно-методических материалов; организация обучения и повышения квалификации врачей психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов, супервизоров, персонала для лечебно-профилактических учреждений области, в том числе врачей интернов; проведение дифференциально-диагностических и лечебных мероприятий в сложных клинических случаях, внедрение в практику новейших достижений в области психотерапии и медицинской (клинической) психологии; научно-исследовательская работа по вопросам психотерапии и медицинской (клинической) психологии. В соответствии с решением Межведомственного координационного совета по медицинской психологии при Минздраве России от 11.12.99 г. и по соглашению о совместной деятельности, Психотерапевтический центр выполняет функции регионального филиала Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России (Санкт-Петербург).

Оренбургские психотерапевты были среди учредителей первого профессионального объединения специалистов в нашей стране — Российской психотерапевтической ассоциации и принимали участие в работе ее первого съезда в г. Тюмени в 1994 г. и второго съезда в г. Смоленске в 1998 г. (Чехлатый Е. И., 1999). Подтверждением большой работы, которую проводят ведущие психотерапевты области не только в рамках отделения или отдельного лечебного учреждения, но в масштабах всего региона, стал факт присвоения трем представителям Оренбургской области (Бабину С. М., Тевелевой Т. А., Шуваловой Т. В.) звания «Супервизор РПА» на Координационном совете РПА в г. Иваново в мае 1999 г. во время работы российской психотерапевтической конференции. Оренбургское региональное отделение — единственное в РПА, не считая столичных, имеющее в своем составе трех сертифицированных супервизоров.

В настоящее время в области постепенно формируется современная система супервизии психотерапевтической практики. С 2000 г. врачи-психотерапевты, медицинские (клинические) психологи, осуществляющие психокоррекционные мероприятия, и врачи-интерны обязаны в течение года проходить супервизию в объеме минимум 15 часов. Супервизия осуществляется в индивидуальном и, преимущественно, групповом варианте. На протяжении этих лет функционируют три супервизионные группы, ежемесячно объединяющие психотерапевтов и психологов различных лечебных учреждений. Именно на супервизионных группах специалисты из разных лечебных учреждений получают возможность обменяться опытом, получить обратную связь, помощь и поддержку от коллег, расширить спектр используемых приемов и методик. Это особенно значимо для психотерапевтов амбулаторной сети. Супервизию осуществляют сертифицированные специалисты, входящие в штат Психотерапевтического центра. В условиях, когда психотерапевтическая помощь в массе своей финансируется из бюджета, супервизия для оренбургских специалистов фактически бесплатна. Это позволит постепенно выработать потребность в профессиональной поддержке, и одновременно повысить качество оказания психотерапевтической помощи в области.

Психотерапия в психиатрии. Начиная с 90-х гг. XX в., особенно после принятия в 1993 г. Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при

ее оказании», гуманизация лечения является основной задачей современного этапа реформирования отечественной психиатрии. Реализация этой задачи неразрывно связана с попытками перехода от чисто медицинской модели оказания помощи к биопсихосоциальному подходу, в котором реальное внимание уделяется не только клиническим, но и психологическим, социальным, личностным факторам в их взаимосвязи. Именно появление в психиатрических больницах врачей-психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов, социальных работников создает возможности реформирования и приближения к мировым стандартам существующей системы оказания психиатрической помощи. Не отрицая значения постепенного развития внебольничной психиатрии, шире — психиатрии с опорой на сообщество, вне узких рамок медицинской модели, — необходимо констатировать, что на сегодняшнем этапе развития психиатрической службы это почти единственно возможный вариант, позволяющий постепенно, но отнюдь не безболезненно изменить сложившуюся десятилетиями достаточно ригидную систему.

Логика развития биопсихосоциального подхода неизбежно приводит к необходимости организации полипрофессионального бригадного (командного) ведения пациента в психиатрическом учреждении, где роль врача-психиатра, может быть, останется ведущей, но далеко не единственной (Краснов В. Н., 2001).

В настоящее время можно выделить несколько этапов реформы психиатрической службы. Во-первых, — это организация психотерапевтической, или шире — психосоциальной, работы с психически больными, расширение контингента пациентов, которым оказывается психотерапевтическая помощь, освоение различных методик работы и, самое главное, создание новых взаимоотношений между профессионалами и последних с больными. Во-вторых, — это реальная организация многопрофильной бригады специалистов в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь и постепенное расширение состава участников бригады (психотерапевт, психолог, социальный работник, средний медицинский персонал и др.). В третьих, — это формирование терапевтической среды, когда каждый сотрудник психиатрического учреждения участвует в лечебной и реабилитационной работе. В четвертых, — это перенос «центра тяжести» оказания помощи душевнобольным во внебольничные условия, с постепенным вовлечением в эту деятельность ближайшего социального окружения пациента. Это наиболее сложная задача, так как речь идет не столько о реформе внутри самой психиатрии, сколько о создании общественно-ориентированной службы — так называемой службы с опорой на сообщество. Организационно реформа психиатрии неразрывно связана с такими понятиями как децентрализация и деинституализация службы, амбулаторные и стационарзамещающие технологии помощи, общественная психиатрия и помощь с опорой на общество и т. п., которые подробно раскрыты в современной отечественной и зарубежной литературе (Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., 2003; Казаковцев Б. А., 2001; Ньюфельдт О. Г., 2002).

Все этапы реформы последовательно связаны и взаимозависимы. В идеале их необходимо реализовывать постепенно и последовательно. Однако такой возможности у нас нет. Поэтому появление психотерапевта в психиатрическом стационаре происходит одновременно с введением бригадной формы работы, формирование терапевтической среды в стационаре соседствует с попыткой организации внебольничной помощи и т. д. Наряду с понятными финансовыми, материальными и кадровыми трудностями, это позволяет ускорить процесс реформ.

Постепенное расширение психотерапевтической службы в Оренбургской области привело к пониманию необходимости развития психотерапии и в «большой» психиатрии. Естественно, этому способствовал выход приказа Минздрава России № 27 от 13.02.95 г.. В области в штатное расписание всех психиатрических больниц были введены должности психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов, социальных работников и специалистов по социальной работе. Это объясняется отнюдь не лучшим финансовым положением области на фоне других регионов страны, а тем, что администрация на протяжении целого ряда лет систематически «приучалась» к самому понятию психотерапия и видела реальные достижения службы в других областях здравоохранения. Психотерапевтическая помощь преимущественно развивается в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 1 (главный врач Г. Б. Прусс) и Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 2 (главный врач В. П. Сировская). К настоящему времени в областных психиатрических больницах, соответственно на 550 и 900 коек, работают 27 врачей-психотерапевтов, из них 17 — в общепсихиатрических отделениях.

Особое внимание развитию психотерапии и реабилитации душевнобольных уделяется в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 2. Именно в этом стационаре в 1995 г. был принят в штат психиатрического отделения принудительного лечения специализированного типа первый врач-психотерапевт. В настоящее время Ю. Л. Пустотин возглавляет всю психотерапевтическую службу стационара, а с 2001 г. и отделение «Динамической психиатрии (психотерапии)». Развитию психосоциальной реабилитации предшествовало значительное улучшение материально-технической базы психиатрической больницы, строительство новых корпусов стационара. Так за 4 года сдано в эксплуатацию 4 тыс. кв. м. полезных площадей, в том числе помещения под танцевальный и спортивный залы, выделены помещения для проведения групповой психотерапии, изотерапии, развернуты кабинеты специалистов (психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов), частично развернуты койки в 2-3-местных палатах. В новом лечебном корпусе, введенном в строй в 2000 г. было открыто, наряду с другими, отделение «Динамической психиатрии (психотерапии)».

В этой связи хотелось бы остановиться на одной довольно распространенной иллюзии, что внедрение психотерапии в психиатрию не требует значительных материальных затрат. Самая дорогостоящая составляющая этой медицинской помощи — многолетняя и постоянная подготовка высококвалифицированного профессионала-психотерапевта, специализирующегося в узкой и специфической области психотерапии душевнобольных. Фактически это весьма затруднительно в наших условиях; невозможно представить себе эффективное психосоциальное воздействие, осуществляемое в скученных, не приспособленных условиях «обычного» психиатрического стационара. Без существенного улучшения оснащенности и оборудования психиатрической клиники невозможно широкое использование всех возможностей психотерапии в психиатрии (Казаковцев Б. А., 2000).

Применительно к Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 2 это принципиальное положение выразилось в том, что были значительно улучшены условия пребывания пациентов в стационаре, каждому психотерапевту и медицинскому (клиническому) психологу были выделены отдельные помещения, достаточные для проведения групповой работы. Психотерапевтические кабинеты со-

ответствующие оборудованы (кресла, аудио/видео аппаратура и т. п.). Специалисты оснащаются компьютерами, создана общебольничная компьютерная сеть. Это, конечно, не означает, что все финансовые и материально-технические проблемы решены. Остается повышенной скученность пациентов, не хватает помещений для проведения досуга больными, требуют существенного расширения площади для психосоциальной работы, иногда просто нет расходных материалов для психотерапии и миле-терапии (краски, кисти, материалы, инструменты и т. п.). Однако развитие психотерапевтической службы в больнице стало возможным только после существенного и дорогостоящего улучшения материально-технической базы.

Появление психотерапевта в психиатрическом отделении заставило активно искать и осваивать конкретные методики и техники работы с весьма специфическими пациентами. В условиях тотального дефицита соответствующей литературы и обучающих программ (речь идет о 1996 г.), фактически единственным местом в России, где работали специалисты по психотерапии душевнобольных, являлся Институт им. В. М. Бехтерева. Начиная с 60-х гг. XX в. и по настоящее время, М. М. Кабанов и его сотрудники активно разрабатывали концепцию реабилитации психически больных (Кабанов М. М., 1985; 1998; Ломаченков А. С, Михайлов В. А., 2001, и др.). Основные понятия процесса реабилитации, принципы реабилитации (партнерства, равносторонности воздействий, единства психосоциальных и биологических методов, ступенчатости, преемственности) и ее основные этапы (восстановительной терапии, реадaptации, ресoциализации) именно благодаря работам этой школы стали составной частью отечественной психиатрии. В отделении восстановительной терапии психически больных и отделении внебольничной психиатрии Института им. В. М. Бехтерева разрабатывались различные аспекты психосоциальной работы с душевнобольными, организационные формы этого процесса, понятие функционального диагноза, стратегии работы с семьей и семейная психотерапия, вопросы терапии средой и организации терапевтического коллектива, конкретные методы психотерапии и реабилитации психически больных, подготовка профессиональных кадров и др. (Кабанов М. М., Вайзе К., 1980; Вид В. Д., Воловик В. М, Гончарская Т. В., Днепроvская С. В., 1982; Вид В. Д., 1993, 2001, и др.).

В 1996 г. на сертификационном цикле по психотерапии Российской психотерапевтической ассоциации в Оренбурге специалистами Института им. В. М. Бехтерева и Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования впервые были показаны техники работы с душевнобольными. Именно с этого времени началось освоение специфических форм и методов работы, приходилось буквально выискивать описание новых техник, адаптировать уже известные методики, постоянно расширяя и обновляя психотерапевтический арсенал. Психотерапевты работали не только с «острыми» пациентами, но и с больными, длительное время находившимися на стационарном лечении, например, в условиях отделения принудительного лечения специализированного типа. Это объясняет интерес не только к краткосрочным техникам, но и к методикам длительной глубинной работы с душевнобольными.

На указанном цикле оренбургские специалисты услышали более подробное описание работы Клиники Ментершвайге, руководимой G. Amnion. К этому времени в переводе на русский язык вышла книга G. Amnion «Динамическая психиатрия» небольшим тиражом в издательстве Института им. В. М. Бехтерева (Аммон Г., 1995).

Научно-практическое сотрудничество с Клиникой динамической психиатрии Ментершвайге. Возрастанию интереса к школе динамической психиатрии способствовало посещение в марте 1997 в г. Мюнхене XI конгресса Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP) и XXIV Международного симпозиума Немецкой академии психоанализа (DAP), которое стало возможным благодаря участию в работе форума делегации Российской психотерапевтической ассоциации. Впервые большая группа молодых психотерапевтов из разных регионов страны смогла принять участие в работе подобного научного форума. Специалисты из Оренбурга побывали непосредственно в Клинике Ментершвайге, смогли наблюдать за работой немецких коллег. Особый интерес вызвал ряд методов психотерапии, мало применяемых в России, таких как танцевальная и активная музыкальная терапия. Организация работы Клиники Ментершвайге, центральная роль специфической динамически ориентированной терапии средой — милые-терапии, новые формы работы с персоналом требовали тщательного внимания и изучения. С этого времени в Новгороде, Челябинске, Воронеже, Оренбурге были сделаны попытки внедрения модели динамической психиатрии в практику работы психиатрического стационара. В силу целого ряда объективных причин Оренбургская область наиболее успешно справляется с этой задачей. На протяжении всех этих лет опыт Клиники Ментершвайге служит ориентиром в развитии психотерапии в психиатрическом стационаре.

Оренбургские психиатры и психотерапевты с 1997 г. регулярно участвуют в работе конгрессов Всемирной ассоциации динамической психиатрии. Так в марте 1999 г. в Берлине проходил XII конгресс WADP, на котором присутствовала представительная делегация российских психиатров и психотерапевтов, в том числе группа Российской психотерапевтической ассоциации, включая трех оренбургских специалистов. Для ознакомления с современными методами психотерапии в вечернее время для участников конгресса был организован ряд семинаров по театртерапии с больными шизофренией, арттерапии в психиатрии, музыкотерапии и др. Президент WADP M. Amnion провела семинар, посвященный применению танцевальной терапии в лечении психически больных. Большое значение имело посещение балета И. Стравинского «Жар-птица» в постановке пациентов Клиники Ментершвайге. Отличная игра непрофессиональных актеров еще раз продемонстрировала большой созидательный потенциал, заключенный в каждом пациенте, и реабилитационные возможности, открывающиеся перед терапией, фокусирующейся на сохранных здоровых сторонах личности. После окончания работы конгресса группа российских специалистов вышла в Мюнхен в Клинику Ментершвайге, где была продемонстрирована организация работы с пациентами, представлены семинары, посвященные групп-анализу и невербальным методам психотерапии. Много внимания было уделено терапии средой, которой придается особое значение в клинике, знакомству с конкретными «проектами», осуществляемыми группами пациентов в рамках терапии средой.

Еще в Берлине при участии президента Российской психотерапевтической ассоциации Б. Д. Карвасарского и в Мюнхене были проведены переговоры с руководством WADP и Клиники Ментершвайге относительно соглашений о будущем долгосрочном сотрудничестве. Было принято принципиальное решение, предусматривающее совместную работу оренбургских психиатров, психотерапевтов с коллегами из Клиники Ментершвайге, намечены основные этапы сотрудничества.

Итогом этих переговоров явилось заключение соглашения о научно-практическом сотрудничестве между Оренбургской областью и Клиникой Ментершвайге. Стороны взяли на себя обязательства проводить научно-исследовательскую, организационно-методическую и образовательную работу с целью создания в регионе специализированных отделений психотерапии психических расстройств (отделений динамической психиатрии) в качестве подразделений лечебно-профилактических учреждений или в качестве самостоятельных клиник. Данная программа курировалась Российской психотерапевтической ассоциацией.

В рамках реализации первого этапа соглашения о научно-практическом сотрудничестве в Оренбурге в ноябре-декабре 1999 г. проведен уникальный обучающий семинар по теме «Динамическая психиатрия и психотерапия в лечении психических и психосоматических расстройств». Семинар проводился сотрудниками Клиники Ментершвайге и Немецкой академии психоанализа совместно с Оренбургским областным организационно-методическим и консультативным центром по психотерапии и медицинской психологии. С немецкой стороны участвовали врач-психиатр, психотерапевт, психоаналитик Е. Fabian и дипломированный психолог, психоаналитик М. Rettenberger. В цикле принимали участие более 100 специалистов Оренбурга и Оренбургской области. Среди них врачи-психиатры и медицинские (клинические) психологи психиатрических больниц, врачи-психотерапевты областных, городских, районных больниц, городские и областные психологи, работающие в системе лечебно-профилактических учреждений, социальной защиты, УВД. Участникам семинара выданы удостоверения о прохождении тематического усовершенствования (40 часов), с зачетом в программу государственного образовательного стандарта по специальности «Психотерапия» и «Клиническая психология».

Благодаря широкому представительству сотрудников различных структур и ведомств, идеи и методики динамической психиатрии и психотерапии получили распространение не только в психиатрических стационарах, но и в практике амбулаторной психотерапии, психологического консультирования, социальной работы и т. п. Большая подготовительная работа, проведенная сотрудниками Психотерапевтического центра, позволила участникам семинара приобрести новые знания и более целенаправленно их использовать. Немецкие коллеги рассказали о принципах организации работы Клиники Ментершвайге, основных теоретических положениях используемого ими подхода и понятии пограничного личностного расстройства и методах психотерапии, психотерапии психотических расстройств, формах работы с персоналом в условиях терапевтического сообщества. Основное внимание на семинаре было уделено практическим занятиям с демонстрацией различных методик психотерапии. Семинары по танцевальной терапии и активной музыкальной терапии значительно обогатили опыт и расширили спектр терапевтических возможностей российских специалистов.

В апреле 2000 г. в рамках соглашения о научно-практическом сотрудничестве представители Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2 посетили с рабочим визитом Клинику Ментершвайге. Визит был посвящен конкретным вопросам организации работы стационара. За 10 дней сотрудники больницы детально ознакомились с распорядком дня клиники, приняли непосредственное участие в деятельности милитерапевтической группы, участвовали в заседании так называемой «большой группы», групп танцевальной и музыкальной терапии, увидели

стиль ведения арттерапевтической группы. Благодаря такой интенсивной программе специалисты смогли почувствовать своеобразную атмосферу этой уникальной клиники, проникнуться ее духом и энтузиазмом.

Много внимания было уделено милие-терапии. Дипломированные специалисты, включая представителей руководства Оренбургской больницы, приняли непосредственное участие в работе милиетерапевтической группы над проектом создания так называемой «философской тропы» — участка в парке вокруг клиники. Ежедневное присутствие на заседаниях милие-группы, активная работа над проектом в парке, обсуждение результатов совместно со специалистами клиники и пациентами имели для понимания этого метода большее значение, чем просто теоретическое изучение методики. Погружение пациента в терапевтическую среду, фактически включение в терапевтическое поле обычной жизни и деятельности пациента, объединение лечебного процесса, групповой психотерапии и трудовой реабилитации с опорой на сохраненную креативность и активность, повышенное внимание к взаимоотношениям пациента с окружающими — вот главные особенности методики. Знакомство с клиникой стало возможным только благодаря активному участию в этой работе А. В. Васильевой, врача-психотерапевта Института им. В. М. Бехтерева, которая выступала не только в качестве переводчика, но и эксперта во время всех посещений немецких коллег.

Успешным результатам поездки способствовали искренний интерес к совместной работе, эмоциональная поддержка и внимание к российской делегации М. Amnion, I. Burbiel, E. Fabian, G. Wolfrum, H. Krieger и других немецких коллег. Их профессиональный опыт и советы оказались весьма ценными и при организации подобной работы в России.

В марте 2001 г. российские врачи и психологи участвовали в ХИТ конгрессе WADP непосредственно в Мюнхене. Развитие психотерапии в Оренбурге, уже приобретенный опыт собственной работы позволил расширить состав делегации, и в работе форума приняли участие 5 специалистов из оренбургских психиатрических больниц. Они ознакомились с изобразительными работами пациентов клиники, приняли участие в семинаре по танцевальной терапии. Новые и уже законченные милие-проекты, посещение спектакля «Фауст» В. Еете, в постановке театра-студии Клиники Ментершвайге вновь продемонстрировали лечебно-реабилитационные возможности театртерапии. На конгрессе в докладе было сообщено об открытии в Оренбурге отделения «Динамической психиатрии/психотерапии» и первых результатах его работы. Пациенты этого отделения, знавшие о деятельности клиники, послужившей моделью создания оренбургского стационара, подготовили специальное послание (с приветствием и фотографиями) немецким специалистам и пациентам, с которым были ознакомлены участники конгресса.

Развитие психотерапии в оренбургской психиатрической службе. Общие принципы организации. За прошедшие годы психотерапевтическая служба в психиатрии Оренбурга прошла большой путь. Постепенно были сформированы организационные принципы работы психотерапевта в психиатрическом стационаре, определена нагрузка врача-психотерапевта в отделении психиатрии, выделены конкретные группы пациентов, в первую очередь направляемые на психотерапию. Разработана стандартная документация, выделены мишени психотерапевтических воздействий, критерии оценки эффективности работы, что позволяет более четко структурировать

и оценивать деятельность специалистов (Бабин С. М., Сировская В. П., Пустотин Ю. Л., 2001). Все это отражено в изданных методических рекомендациях, посвященных организации психотерапевтической помощи в общепсихиатрическом стационаре (Бабин С. М., 1998). Ниже эти вопросы освещаются с учетом тех изменений, которые произошли за это время.

Прежде чем говорить об организационных вопросах, необходимо кратко остановиться на основных принципиальных положениях психотерапии психически больных (Карвасарский Б. Д., 2000).

При терапии неврозов психотерапия является основным или даже единственным методом лечения. В психиатрии речь идет лишь об интеграции психотерапии в комплексное лечение психозов. Причем термин «комплексное» не означает в данном случае механическое включение психотерапии в основную биологическую терапию. Биопсихосоциальный подход к пациенту предполагает органическое сочетание медикаментозных, психологических (психотерапевтических) и социальных (социотерапевтических) лечебных мероприятий. Неизбежно, следовательно, и постепенное изменение традиционной преимущественно биологически ориентированной модели лечения психозов, принятой в российской психиатрии.

Психотерапия психически больных должна носить реалистический характер, т. е. преследовать конкретные цели на каждом этапе лечения у данного пациента (например, не психотерапия шизофрении вообще, а восстановление нарушенной идентичности, рост эмпатической способности, восстановление коммуникативных навыков, коррекция когнитивного дефицита, нормализация проблемно-решающего поведения, уменьшение тревоги, улучшение взаимодействия в семье и т. п.).

Психотерапия психически больных, в отличие от работы с более полноценно функционирующими пациентами, эффективна и целесообразна в структуре определенных организационных форм (многопрофильная бригада специалистов, терапевтическое сообщество, психиатрия с опорой на сообщество и др.).

При проведении психотерапии пациентам с психотическими расстройствами чаще всего используются сочетания методов и техник различных психотерапевтических направлений, объединенных единой задачей и организационной структурой работы, т. е. подобная психотерапия изначально носит интегративный характер. Это объясняется в том числе необходимостью комплексного воздействия на пациента. Например, не только на вербальном когнитивном уровне, но и на довербальном предэдипальном, где традиционные методики оказываются малоэффективными.

Самое важное — научиться рассматривать пациента как субъекта, личность, а не как объект лечебных манипуляций, пусть даже и психотерапевтических.

Говоря о взаимодействии психотерапии и психиатрии, необходимо затронуть вопросы не столько медицинского, сколько социально-политического характера. Постепенная гуманизация психиатрической помощи, происходящая в нашей стране параллельно с процессом перехода от тоталитарной системы к демократическому устройству общества, неизбежно поднимает вопросы ответственности, власти, зависимости и/или независимости от государственных структур и др. Тоталитарная организация, идет ли речь о стране в целом или психиатрическом стационаре, в частности, создает иллюзию порядка и безопасности. Демократическое устройство изначально несет в себе больше потенциального риска, но, соответственно, значительно эффективнее и жизнеспособнее. В конкретных социальных условиях общество каждый раз

выбирает меру свободы и/или ее ограничения, исходя из собственных предпочтений. Учитывая печальный опыт недавней истории страны, вряд ли можно ожидать от власти готовности безболезненно уступить часть своих гипертрофированных полномочий, так же как и от населения воспользоваться предоставленной свободой.

Применительно к данной теме, это приводит к преувеличению роли медицинской модели в системе оказания психиатрической помощи, сохранению патерналистских тенденций, нежеланию допустить «в святая святых» независимые негосударственные общественные организации. Это явно входит в противоречие с современными тенденциями развития мировой психиатрии, где речь идет о перемещении децентрализованной и деинституализированной психиатрической помощи непосредственно к ее потребителю, в его ближайшее социальное окружение, с максимальным привлечением всевозможных государственных и общественных структур. (Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., 1998). В этом плане понимание проблемы и желание наметить пути ее решения со стороны руководства российской психиатрии вступает в противоречие с неосознаваемыми установками значительной части психиатрической общественности. Бессознательная основа подобных взглядов, которые с трудом изменяются под действием рациональных аргументов, наводит на аналогию с распространением стигматизации в обществе и слабой эффективностью просветительских программ.

Психотерапия как специальность, и врачи-психотерапевты, психологи, социальные работники как профессионалы в системе оказания психиатрической помощи, менее всего подвержены давлению устоявшихся взглядов и более других способны реализовать биопсихосоциальный подход и принять активное участие в коренном реформировании отечественной психиатрии. Сама многоплановость понятия психотерапии, ее интердисциплинарный характер, определяет как специфику подготовки специалиста, так и потенциальную возможность справиться с новыми задачами, возникающими в российской психиатрии.

Соотношение психотерапии и психосоциального вмешательства. Само понятие психотерапии является далеко неоднозначным и отражает скорее попытку объединения медицинских, психологических, социальных и иных подходов к психике и поведению человека. Подтверждением этого положения служат около 400 известных определений психотерапии. Тем не менее, в отечественной традиции широко распространена классификация моделей психотерапии (медицинская, психологическая, социологическая и философская), позволяющая несколько упорядочить все многообразие концептуальных подходов (Карвасарский Б. Д., 1985).

В последнее время в психиатрии приобретает широкое распространение термин психосоциальное вмешательство, который иногда противопоставляется психотерапевтическому воздействию, или наоборот, рассматривается как его синоним. В рамках психосоциальной реабилитации под психосоциальным воздействием понимают комплекс различных форм и методов работы, направленных на восстановление потенциала самого пациента, активацию его собственных усилий для достижения более полного или равного с другими положения в обществе. В литературе подробно описаны возникновение психосоциального подхода, этапы и принципы психосоциальной реабилитации, содержание и формы возможных воздействий (Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., 2001; 2003; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 2002, и др.). Следовало бы более четко обсудить соотношение различных психотерапевтических методик и

форм психосоциального вмешательства, изначально признавая условность и искусственность любых классификаций.

И. Я. Гурович с соавт. (2001) перечисляет следующие формы психосоциального вмешательства: интенсивное лечение в сообществе посредством полипрофессиональной бригады; ведение (менеджмент) индивидуального случая, так называемого «case management», в виде брокерского и клинического варианта работы; личностная терапия; семейная терапия; различные формы тренинга социальных навыков; когнитивно-поведенческая терапия; трудоустройство с поддержкой и поддерживающая психосоциальная терапия и др. Большая часть перечисленных понятий имеет то или иное отношение к психотерапии или в более широком смысле слова к психологическому вмешательству. Именно понятие психотерапевтических моделей позволяет разобраться в этом многообразии методик и форм организации работы. Так, например, бригадная или командная работа и «case management» представляют собой скорее форму организационного подхода к оказанию психиатрической помощи, хотя и используют некоторые психотерапевтические понятия, такие как групповая работа, групповая динамика, формирование и тренинг бригады и т. п. Следовательно, речь идет лишь об отдельных элементах психологической и социологической модели психотерапии.

Такая широко распространенная форма психосоциального вмешательства как психообразование, также относится к психологической (педагогической) модели психотерапии, где наряду с содержательным, собственно образовательным аспектом, присутствует момент «психосоциальной поддержки», т. е. терапевтической среды. При проведении психообразовательных групп широко используются классические приемы и правила групповой терапии.

Семейная, когнитивно-поведенческая и личностная терапия являются разновидностями различных психотерапевтических направлений. Многочисленные тренинговые группы, в том числе применяемые в психиатрии, относятся преимущественно к поведенческому направлению психотерапии, хотя соединяют в себе еще и психокоррекционные и обучающие механизмы. Описание поддерживающей психосоциальной терапии напоминает долговременную суппортивную (поддерживающую) психодинамическую психотерапию.

Такое направление работы, как терапия средой, включая и специфический динамически ориентированный вариант миле-терапии с полным основанием можно отнести к психосоциальному вмешательству. Это, однако, не отрицает использования различных психотерапевтических приемов и техник для осуществления терапии средой и теоретический и практический подход к миле-терапии с точки зрения динамического направления психотерапии. Речь вновь идет о социологической и психологической модели психотерапии.

Выделение различных типов групп, таких как рабочие, обучающие, консультативные и психотерапевтические (Семенова Н. Д., 2002) помогает упорядочить многообразие групповой терапии, но несколько сужает понятие психотерапии, вновь сводя его исключительно к медицинской модели.

Фактически общепризнан недостаток одной лишь медицинской модели психического заболевания. Это же можно отнести и к преимущественно медицинской модели психотерапевтической помощи. Однако этой моделью далеко не исчерпывается репертуар психотерапевтических воздействий. Именно в терапии и реабилитации

психически больных наиболее полно может проявиться все разнообразие психотерапевтических моделей (подходов). Именно от их комплексного использования зависит, в конечном счете, эффективность работы.

Таким образом, понятие психосоциального вмешательства значительно шире, чем понятие психотерапии (в плане медицинской модели) и включает в себя психологический, социальный (общественно ориентированная и социальная психиатрия и т. п.) и организационный (бригада, «case management» и т. п.) компонент. Потребность в психологических вмешательствах при терапии и реабилитации психически больных настолько велика, что часто собственно психотерапевтические техники приходят в психиатрию под другим именем.

Объем работы врача-психотерапевта. Согласно приказу Минздрава России № 27 от 13.02.95 г. должность врача-психотерапевта устанавливается из расчета 1 должность на 50 коек общепсихиатрического отделения. Однако, согласно существующему опыту работы одновременно психотерапевт может курировать до 15 пациентов. При оценке нагрузки психотерапевта следует учитывать среднюю продолжительность курса лечения, которая составляет, например, при групповой психотерапии 1,5-2 месяца. Заведующему отделением целесообразно вести отдельный список пациентов, курируемых психотерапевтом за отчетный период (месяц, квартал и т. д.).

Недопустимой является практика, когда психотерапевт ведет пациента в качестве единственного лечащего врача с заполнением соответствующей медицинской документации, истории болезни и т. п. Подобное положение позволяет уменьшить нагрузку на остальных врачей отделения, но полностью извращает роль и функции психотерапевта, сводит к простой формальности бригадную форму работы. Врач-психотерапевт работает под руководством лечащего врача-психиатра в составе терапевтической бригады, решая свои специфические задачи.

Направление на психотерапию. Отбор пациентов на психотерапевтическое лечение должен осуществляться заведующим отделением и/или лечащим врачом-психиатром. При этом целесообразно формулировать цель направления с записью в истории болезни, как это делается, например, при психологическом исследовании. Очевидны трудности, с которыми столкнутся врачи-психиатры в этом случае, однако определение целей и задач психотерапии важны как для понимания ее места и роли в психиатрическом лечении, так и для постепенного формирования действительно бригадной формы работы. Карта функционального диагноза фактически является расширенным перечнем психотерапевтических мишеней и может помочь как психиатрам, так и психотерапевтам более ясно представить содержание психотерапевтических и психосоциальных мероприятий.

При направлении пациента к психотерапевту лечащему врачу необходимо учитывать продолжительность лечения, которое в среднем составляет 1,5 месяца, и с учетом этого планировать выписку больного. Не следует выписывать пациента, с которым начато, но не завершено длительное психотерапевтическое лечение, например, группа поведенческого тренинга, без согласования с психотерапевтом. Подобная ситуация может вызывать лишь ухудшение психического состояния больного. Поэтому, когда сроки госпитализации не позволяют провести психотерапию в полном объеме, ее лучше вообще не начинать. Разумеется, лечащий врач может направить пациента к психотерапевту не для продолжительного лечения, а непосредственно перед выпиской для краткосрочной психотерапии, состоящей из одной или нескольких встреч. Речь

идет не об обычном «разговоре» с пациентом, а именно о краткосрочной психотерапии со своими задачами. Однако в этом случае должна быть четко сформулирована цель направления, и врач-психотерапевт должен знать об имеющемся в его распоряжении времени. Продуктивнее использовать психотерапевта стационара для проведения интенсивной продолжительной групповой психотерапии.

Четкое взаимодействие психиатра, психотерапевта, других специалистов возможно в составе длительно существующей терапевтической бригады, когда все ее участники имеют единое представление о целях и задачах того или иного вмешательства. На первых порах неизбежны определенные трудности и конфликты, но иного пути кроме взаимодействия нет. Эти вопросы подробнее освещаются при описании бригадной формы работы.

В оренбургских психиатрических больницах отрабатываются различные модели отбора и направления пациентов на психотерапию. Так, в Оренбургской клинической психиатрической больнице № 2 выделены группы пациентов, которых преимущественно направляют на психотерапию и обслуживают в рамках полипрофессиональной бригады специалистов. В настоящее время это три группы пациентов, представляющие социальную опасность (за исключением острых состояний), находящиеся на принудительном лечении и первичные пациенты. Выделение именно этих групп, объясняется, с одной стороны, большой социальной значимостью предупреждения общественно опасных действий психически больных, а с другой, — стремлением включить в реабилитационный процесс пациента на максимально ранних сроках. Первые две группы подлежат обязательному осмотру и курации врачом-психотерапевтом. В отношении первичных пациентов решение по поводу каждого больного принимается врачом-психотерапевтом совместно с лечащим врачом-психиатром. По мере формирования бригадного подхода ставится задача расширения числа пациентов, охваченных подобной работой.

В Оренбургской клинической психиатрической больнице № 1 не выделены определенные группы пациентов, подлежащих обязательному психотерапевтическому лечению. В каждом конкретном случае лечащий врач-психиатр принимает решение об оказании полипрофессиональной помощи тому или иному пациенту, согласовывая это с врачом-психотерапевтом.

Обе указанные модели имеют свои плюсы и минусы. Выделение отдельных групп позволяет четко контролировать лечебный процесс, регулировать нагрузку психотерапевта, добиваться максимального охвата психотерапией социально-значимых категорий пациентов. В то же время жесткая регламентация работы может привести к формальному выполнению требований, например, обязательным осмотрам психотерапевта, без учета реальных показаний и мотивации к психотерапии и, соответственно, эффекта. Большой процент первичных пациентов в некоторых отделениях стационара, определенной части которых специализированная психотерапия не показана (призывники, экспертные больные и др.), также не способствует результативности подобных требований. Необходимо, учитывая экономическую сторону оказания психотерапевтической помощи, т.е. недостаток подготовленных психотерапевтов, невозможность оказания данной помощи всем нуждающимся, и, следовательно, необходимость отбора пациентов.

Отсутствие жестких регламентации наделяет большей ответственностью лечащих врачей и психотерапевтов. Подобная модель более эффективна при условии со-

гласия по принципиальным вопросам биологической и психологической терапии, неформальной заинтересованности лечащих врачей-психиатров в психотерапевтической помощи. К сожалению, эта картина далека от реальности, и эффективность подобной организации работы сильно варьируется в зависимости от того или иного отделения, т.е. от того сформирована ли настоящая бригада единомышленников.

Показания и противопоказания для психотерапии. В самом общем виде психотерапия противопоказана больным: 1) в остром психотическом состоянии; 2) в состоянии нарушенного сознания; 3) с выраженными степенями слабоумия.

Любые противопоказания для психотерапии могут быть лишь относительными. Речь здесь идет, например, о состояниях, не позволяющих пациенту определенное время удержаться на одном месте, или когда он мешает другим пациентам при групповой терапии. Однако, имеются описания психотерапевтической работы при выраженном психическом возбуждении на фоне расстроенного сознания (Хайкин Р. Б., 1992) или у больных со слабоумием (Спраг К., 1997).

Скорее можно говорить о применении того или иного метода психотерапии и/или формы организации лечебного процесса в зависимости от психического состояния пациента и, что особенно важно, в зависимости от квалификации персонала и готовности администрации клиники пойти на неизбежный, но чаще всего оправданный риск.

Имеют значение также чисто экономические соображения эффективности применения психотерапии и иных психосоциальных вмешательств, учитывая реальный дефицит подготовленных профессионалов. В идеальных условиях большинство пациентов, которым оказывается психиатрическая помощь, как стационарная, так и амбулаторная, должны быть охвачены психотерапией. В реальных условиях целесообразно выделять отдельные группы пациентов и/или организационные структуры, типа отделений реабилитации, для которых психотерапевтическая помощь будет оказываться изначально в большем объеме. В противном случае, существует опасность стремления объять необъятное, что в конечном итоге не даст никаких результатов и лишь дискредитирует психотерапию как метод. Указанная ситуация является временной и компромиссной и не должна приводить к созданию психотерапевтических оазисов в психиатрической пустыне.

В обычных условиях психиатрических стационаров на психотерапию могут быть направлены пациенты, находящиеся, например, на этапе становления ремиссии и/или на выходе из психоза. Чем раньше по отношению к началу заболевания начнутся любые лечебные мероприятия (как биологические, так и психосоциальные, включая психотерапевтические), тем лучше долгосрочный прогноз. Желательно, чтобы после выписки пациент имел возможность продолжить психотерапию в амбулаторных условиях. Для этого необходима развитая структура внебольничной помощи, с налаженной преемственностью со стационаром. Но это скорее задача ближайшего будущего.

Организация работы, общие положения. Деятельность врача-психотерапевта. Принятие биопсихосоциальной модели психического расстройства неизбежно требует как изменения теоретического понимания так называемого «психиатрического пациента», так и организационных изменений в психиатрических лечебных учреждениях. Как и у любой другой реформы, проводимой с основным «сверху», теоретическое осмысление происходящих перемен отстает от организационных нововведений.

Основные нормативные положения, штатное расписание, положения о специалистах, требования к оснащению кабинетов, рекомендации по организации полипрофессионального бригадного ведения пациента содержатся в последних приказах Минздрава России. Немедленное выполнение всех положений приказов просто невозможно в настоящее время, однако они указывают направления для дальнейшей работы.

Ниже описываются некоторые конкретные моменты организации психотерапевтической помощи и бригадной работы в оренбургских психиатрических больницах.

Первичный осмотр пациента осуществляется лечащим врачом-психиатром совместно с заведующим отделением, который выполняет свою часть реабилитационной программы (биологическое лечение) и при необходимости направляет пациента к психотерапевту и психологу. Не позже 5-го дня после направления, врач-психотерапевт проводит свой первичный осмотр, определяет целесообразность проведения психотерапии, формулирует функциональный диагноз пациента, намечает конкретные психотерапевтические мероприятия. Решение о целесообразности проведения психотерапии пациенту принимает врач-психотерапевт. При отрицательном заключении в истории болезни должно быть сделано мотивированное обоснование. В спорных случаях рекомендуется выносить эти вопросы на обсуждение во время рабочих встреч всех участников бригады, при необходимости привлекая дополнительных специалистов (заместителя главного врача по лечебной работе, главных специалистов, сотрудников психотерапевтического центра и кафедры психиатрии).

Врач-психотерапевт определяет:

- 1) конкретные задачи психотерапии;
- 2) форму психотерапии (индивидуальная и /или групповая или семейная);
- 3) психотерапевтические методы и методики.

С целью упорядочения деятельности психотерапевтической службы, преемственности в работе различных подразделений и специалистов были введены единые формулировки целей и задач психотерапии в психиатрическом лечебном учреждении. При понимании всей ограниченности подобного подхода, тем не менее, на данном этапе развития психотерапевтической помощи и бригадного метода работы это представляется оправданным. Используется известная классификация задач групповой психотерапии отечественных авторов из Института им. В. М. Бехтерева с некоторой модификацией применительно к индивидуальной работе и семейной терапии (Вид В. Д., Воловик В. М. и др., 1982). Специфические группы пациентов, например, в детском психиатрическом отделении или в отделении принудительного лечения специализированного типа требуют более значительного изменения указанной классификации.

Все три отмеченных параметра врач-психотерапевт фиксирует при своем первичном осмотре, кроме того, психотерапевт заполняет «карту функционального диагноза».

С целью координации работы врачей-психотерапевтов, учитывая особенности некоторых форм и методов психотерапии (групповая психотерапия), целесообразно объединение специалистов в единое подразделение в рамках стационара, аналогично существующим во многих лечебно-профилактических учреждениях психологиче-

ским лабораториям. В Оренбургской клинической психиатрической больнице № 2 единая психотерапевтическая лаборатория была образована в 2000 г. как логичное продолжение развития психотерапевтической службы стационара. Врачи-психотерапевты выведены из штатов отделений и включены в штат межбольничной психотерапевтической лаборатории.

Преимущества подобного слияния очевидны: в первую очередь, единое руководство дает возможность значительно больше времени и внимания уделять деятельности по совершенствованию профессионального мастерства и выработки навыков бригадной работы. Это не только освоение тех или иных терапевтических методик, что также существенно. Более значима работа по повышению компетентности в профессиональном общении с пациентом, устранении личностных «слепых пятен» у психотерапевта. Формирование и развитие бригады единомышленников требует длительной работы в профессиональной группе. Врачи-психотерапевты, «распыленные» по различным психиатрическим отделениям большой больницы, сталкиваются с проблемой профессиональной идентичности. Ситуация усугубляется, во-первых, недостаточной профессиональной зрелостью психотерапевтов — новое направление работы в психиатрической клинике привлекло преимущественно молодых специалистов. Во-вторых, единая давно сформированная превалирующая по численности психиатрическая профессиональная среда с преимущественно биологической «парадигмой» психического расстройства, пытается активно навязать свое понимание процесса терапии новым специалистам. Речь идет не столько о сознательных усилиях, сколько о бессознательной динамике внутри врачебного коллектива. Объединение психотерапевтов в единое подразделение в рамках одной больницы и целенаправленная работа по формированию новой профессиональной идентичности позволило справиться с подобными проблемами. Здесь помог опыт Клиники Ментершвайге, где функционирует сложная и разнообразная система постоянного совершенствования профессионального мастерства специалистов, включающая не только врачебный персонал, но и других сотрудников, направленная, в том числе на проработку частично неосознаваемых сторон взаимодействия в рабочем коллективе.

Помимо профессионального роста единая психотерапевтическая лаборатория дает возможность параллельной специализации по отдельным методикам психотерапии, актуальным для психиатрического стационара, наряду с сохранением и развитием единых «универсальных» навыков работы. Ряд психотерапевтов совершенствуется по таким методикам, как театртерапия и активная музыкотерапия.

Осваивая новые и оригинальные методики и техники психотерапии психически больных, некоторые врачи-психотерапевты выбирают, так называемые, «свои методы», мало внимания уделяя всем остальным. Так появляются «специалисты» исключительно по театртерапии, музыкотерапии, индивидуальной или групповой терапии и т. п. Возможно, применительно к частной практике или к работе в рамках единого психотерапевтического центра это и неплохо, однако, учитывая структуру обычной психиатрической больницы (малопрофилизированные отделения), это ведет к тому, что нарушается общедоступный комплексный интегративный характер психотерапевтической помощи. С целью предотвращения подобного развития событий была предложена четкая схема работы единой психотерапевтической лаборатории больницы. Так, четыре раза в неделю в определенное фиксированное время в каждом психиатрическом отделении в обязательном порядке проводятся открытые психотера-

певтические группы, причем 2 из них вербальные и 2 группы с использованием преимущественно невербальных техник (конкретные методики — на усмотрение психотерапевта). Для того чтобы добиться смешанных по полу групп, психиатрические мужские и женские отделения и, соответственно, их врачи-психотерапевты функционируют совместно.

Обоснованием подобной системы организации работы послужили следующие соображения. В психиатрических отделениях, учитывая небольшие с точки зрения динамической психотерапии сроки пребывания пациентов, групповая психотерапия позволяет охватить более широкий контингент больных, и к тому же сфокусировать лечебное воздействие на одной из самых болезненных сторон пациента с психическими расстройствами — нарушении межличностного общения. Для терапевтического сообщества групповые методы являются принципиальным условием работы. При этом индивидуальная терапия и поддержка рассматриваются в качестве базовых в психиатрии.

Акцент на невербальные психотерапевтические методики объясняется тем значением, которое придается в динамической психиатрии стадии довербального общения при так называемых архаических заболеваниях «Я» (психотические расстройства, пограничный синдром, деструктивная сексуальность). Не вдаваясь в теоретические тонкости, описанные в других разделах книги, можно сказать, что проблемы у лиц с психотическим уровнем расстройств возникли в тот период, когда речь еще не была сформирована, и, следовательно, переживания пациента нельзя описать вербально. М. Balint (2002) называл это состояние «базисным дефектом» и предлагал вместо классической словесной интерпретации вначале предоставить пациенту возможность пережить подобное состояние. С этой точки зрения, именно невербальные методики являются тем ключом, с помощью которого можно проникнуть и провести пациента на уровень «базисного дефекта». Однако необходимо ясно представлять, что понимание на вербальном уровне все равно необходимо, даже если основная терапия проводится в невербальной области. М. Balint в этой связи говорил о необходимости «донести свое понимание пациенту», а G. Amnion (1995) отмечал важность вербального закрепления в группе через языковые средства результатов невербальной терапии. Следовательно, невербальные методики более эффективны в комплексной системе лечения, объединяющей различные методы терапии.

Наличие в группе пациентов обоего пола диктуется требованиями воспроизведения в терапевтической ситуации реальной жизненной динамики пациента, в том числе его первичной родительской группы. Работа с искусственными однополюсными группами еще больше нарушает групповую динамику, искажает процесс множественного переноса и делает фактически невозможным восстановление идентичности пациента. В условиях психиатрических стационаров Оренбурга возникла масса трудностей, в том числе технического и организационного характера при выполнении данного требования. Например, мужские и женские психиатрические отделения находятся в разных корпусах, не соединенных между собой переходами, или помещение для групповой работы расположено таким образом, что женщины вынуждены проходить через все мужское отделение, прежде чем попасть в рабочую зону. Совместная групповая терапия пациентов из разных отделений потребовала согласования графика их работы и т. п. Все это лишний раз свидетельствует о том, что необходима коренная реорганизация деятельности психиатрической службы, в частности созда-

ние смешанных по полу отделений, страх перед которыми скорее объясняется иррациональными мотивами со стороны специалистов, например, подавлением и отрицанием сексуальности и/или стремлением к тотальному контролю, чем реальными опасностями и проблемами. Этот вопрос будет подробнее рассмотрен при описании отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)».

В заключение можно отметить, что четкая схема проведения групповой терапии (конкретные группы четыре раза в неделю) позволяет легче контролировать работу психотерапевтов отделений. При этом один день в неделю (при пятидневной рабочей неделе) специально выделяется для работы той или иной профессиональной группы специалистов (балинтовские группы, супервизии и др.).

Психотерапевтический диагноз. Функциональный диагноз. При формировании психотерапевтической службы психиатрического стационара много вопросов вызывал первичный осмотр психотерапевта. Следует ли повторять записи первичного осмотра психиатра? Как формулировать диагноз? Существует ли особый «психотерапевтический диагноз» и пр. Очевидно, что нет необходимости переписывать первичный осмотр психиатра, анамнез, статус. Если для этого есть основание, врач-психотерапевт может внести в историю болезни «Дополнение к анамнезу», в противном случае следует отметить, что он «с анамнезом ознакомлен». Что касается диагноза, то врач-психотерапевт лечит не параноидный или кататонический синдром — это задача врача-психиатра. Психотерапевтические мероприятия имеют несколько иную точку приложения. В связи с этим нет необходимости формально повторять клинический диагноз, однако особого «психотерапевтического диагноза» просто не существует.

Здесь уместно упомянуть кризис учения о диагнозе в современной психиатрии, одной из попыток преодоления которого является переход на Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Необходимость преодоления односторонности клинко-психопатологического метода осознавалось в психиатрии давно. Одну из наиболее интересных попыток такого рода представляет концепция многомерного диагноза Е. Kretschmer, сформулированная в связи с анализом сенситивного бреда отношения и получившая обоснование и развитие в современной немецкой психиатрии. Исходя из представлений о многофакторном генезе шизофрении в структуре многомерного диагноза выделяют соматический диагноз, клинический синдром-диагноз, психодинамический диагноз (характеризующий личность больного и механизмы психологической защиты) и социодинамический (отражающий особенности интеракций и актуальную социальную ситуацию больного) (Вайзе К., Воловик В. М., 1980).

С точки зрения указанных авторов многомерная диагностика Е. Kretschmer возникла в первую очередь из его психотерапевтического опыта работы с психически больными и ориентировалась на всесторонний охват условий, определяющих выбор лечебных методов. Она содержит элементы системного подхода и непосредственно связана с практикой лечения.

Существуют два принципа построения классификаций в медицине (Полтавец В. И., 1993). В отечественной психиатрии традиционно использовался подход, имеющий так называемый парадигматический характер. Это означает, что диагностика основывается на изучении и описании «типичных случаев» данного заболевания и его вариантов. Врач в процессе диагностики сравнивает новый случай с классическими

описаниями и выбирает наиболее сходный вариант, что и приводит к заключительному диагнозу. При проведении специальных сравнительных исследований было показано, что такой способ диагностики дает вдвое больший «диагностический разброс» по сравнению с операциональными диагностическими системами. Их главным компонентом является диагностический алгоритм, логическая операция включения и исключения из группы на основе жестко сформулированного перечня признаков или симптомов, что и позволяет при наличии соответствующей информации приходиться к одинаковым диагностическим заключениям. К наиболее известным операциональным классификациям в настоящее время относятся МКБ-10 и классификации американской психиатрической ассоциации DSM-III-R и DSM-IV.

Клинический диагноз включает обычно нозологическую и синдромальную характеристику. С целью преодоления одномерности подобного подхода в диагнозе могут указываться степень изменений личности, характер ремиссии и другие признаки, однако, подобная многомерность скорее случайная и хаотичная. Выгодной отличительной особенностью классификаций DSM-III-R и DSM-IV является их многомерный характер. Т. е. кроме клинического диагноза, система включает личностную ось, соматическую ось, ось психосоциальных факторов, вызывающих стресс и ось уровня социальной адаптации. (Например: Ось 1 — Депрессивное расстройство, единичный эпизод. Ось 2 — Шизоидная личность. Ось 3 — Гипертензия. Ось 4 — Экстремальный стрессовый фактор (смерть супруги). Ось 5 — Значительные нарушения трудовой деятельности (больной избегает близких отношений, часто не выходит на работу из-за сильных головных болей). Многомерность современных клинических подходов — существенный шаг вперед по пути индивидуализации диагноза и повышения его роли в выборе терапевтической тактики (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994). К сожалению, многоосевой вариант МКБ-10 пока не рекомендован к применению.

Любой диагноз несет конкретную информацию для определенной области медицинской деятельности. Следовательно, нельзя обсуждать проблему формирования диагноза в отрыве от тех целей, для которых эта диагностика предназначена. В медицине могут быть выделены «ургентный» диагноз, «статистический» диагноз, «топический» диагноз и т.д. Различные психиатрические/психотерапевтические школы подходят к диагностике, исходя из собственных теоретических представлений. В социальной психиатрии описаны «клинико-реабилитационный» и «клинико-экспертный» диагнозы (Войтенко Р. М., 2002). Учитывая потребности психотерапии и социальной реабилитации, в структуре многомерного психиатрического диагноза выделяют «психодинамический» диагноз (характеризующий личность больного и механизмы психологической защиты) и «социодинамический» диагноз (отражающий особенности интеракций и актуальную социальную ситуацию больного) (Вайзе К., Воловик В. М., 1980).

Современный системный подход к психически больному человеку предполагает анализ соматобиологического, психологического и социального аспектов его функционирования, как единого целого. В отечественной психиатрии основное внимание традиционно уделялось лишь биологической составляющей (клинический диагноз), однако было сформулировано и понятие «функционального диагноза». С точки зрения К. Вайзе и В. М. Воловика (1980) «диагностические определения, отражающие индивидуальные особенности патодинамической структуры (связанные с реактивностью организма и его компенсаторно-приспособительными возможностями

ми), а также личность больного в ее взаимной переплетенности с социальной ситуацией и соответственно индивидуальный (психологический) и социальный прогноз заболевания в каждый момент, целесообразнее всего обозначить как функциональный диагноз. В отличие от нозологического, сохраняющего относительную стабильность минимального числа привлекаемых обозначений на протяжении всей болезни, функциональный диагноз представляет собой понятие динамическое, охватывающее широкий круг изменчивых признаков и зависимостей». Формулировка этого диагноза — задача не отдельного специалиста, а результат работы всей терапевтической бригады на определенном этапе.

Таким образом, нет и не может быть единого общего для всех «функционального диагноза». Он формулируется каждый раз, исходя из конкретных потребностей диагностического и лечебного процесса. С этой точки зрения, только клинико-статистический диагноз в соответствии с принятыми международными нормативами (МКБ-10) является общим и объединяющим для психиатрического сообщества. И только на его основе могут формулироваться различные функциональные диагнозы. Следует отметить достаточную сложность их формулировки. Так, например, карта функционального диагноза, разработанная в Институте им. В. М. Бехтерева, содержит 313 признаков, которые вместе с различными вариантами и степенями выраженности дают в итоге 572 единицы информации. Для использования в обычных психиатрических стационарах врачами-психотерапевтами, психиатрами, психологами, социальными работниками она была сокращена и модифицирована. Этот адаптированный вариант карты включает 5 основных блоков, состоящих более чем из 150 пунктов (Бабин С. М., 1998).

Первый блок — «Внутренняя картина болезни и лечения» — включает подразделы «Факторы нарушения внутренней картины болезни», «Отношение к прогнозу и к лечению». Второй блок — «Деадаптирующие интрапсихические конфликты», с подразделами «Искажение важнейших потребностей и мотивов», «Варианты первичной и вторичной психологической защиты», «Межличностные конфликты» и др. Третий блок — «Социальная компетенция» включает описание «Социальной перцепции», «Самооценки», «Уровня притязаний», «Реализации социальной компетенции» в различных областях жизни, «Семейной ситуации», «Стиля воспитания» и «Коммуникативных отклонений» в собственной семье пациента и в родительской семье. Четвертый блок посвящен описанию «Вторичных ограничений» и включает личностные отклонения и характеристику ролевых нарушений, а также «Проявления дезадаптивных защит в поведении» с подразделом «Нарушения стратегии и тактики проблемно-решающего поведения». В пятом блоке говорится о «Внешних факторах функциональной недостаточности».

Отдельные положения карты функционального диагноза помимо диагностической ценности являются точкой приложения психотерапевтических интервенций и характеризуют те интрапсихические и психосоциальные аспекты, которые определяют течение психотического расстройства и эффективность психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий. Нет необходимости использовать в практике все разделы карты функционального диагноза. Скорее она является ориентиром в работе для членов терапевтической бригады. Врачам-психотерапевтам рекомендуется использовать в своих записях конкретные формулировки отдельных пунктов карты, что упрощает работу и позволяет ее унифицировать, не снижая научной ценности ма-

териала. Постепенно будет увеличиваться количество используемых параметров карты и будут расширяться характеристики разделов. Разделы карты неоднократно пересматривались, что объяснялось расширением психотерапевтической активности. Например, в начале работы в условиях загородного стационара фактически отсутствовала семейная психотерапия, поэтому раздел «Семейная ситуация» был существенно расширен только после того, как стала более широко применяться работа с семьями. Для работы с некоторыми аспектами карты, например, с вариантами первичных и вторичных психологических защит, потребовалась серьезная предварительная теоретическая подготовка специалистов.

Используемые формулировки карты не исчерпывают всего многообразия функционального диагноза. Например, такие понятия динамической психиатрии G. Ammon, как три качества социальной энергии и соответствующие им три составляющие функциональной организации «Я» — конструктивность, деструктивность, дефицитарность, а также перечень центральных Я-функций хорошо сочетаются с используемым перечнем составляющих функционального диагноза. В карту эти термины не включены, так как они фактически используются при работе с Я-структурным тестом Аммона (ИСТА). С учетом таких понятий, как конструктивность, деструктивность и дефицитарность, психотерапевтическая работа становится более целенаправленной и осмысленной.

Дальнейшее развитие психотерапевтической помощи, работа с новыми контингентами пациентов потребовала дополнений и расширений положений функционального диагноза. В этой связи представляется весьма продуктивным подход O. Kernberg (2000) к структурной диагностике, сочетающий как диагностические, так и терапевтические интервенции (прояснение, интерпретация, конфронтация) в ходе так называемого структурного интервью. Развиваясь в рамках психоаналитического направления, интегрируя теории анализа объектных отношений и идеи школы M. Klein, подход O. Kernberg во многом близок как к динамической психиатрии G. Ammon, так и к Санкт-Петербургской школе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Проблема пограничной личности и ее терапия становится все более актуальной в настоящее время. Динамически ориентированные подходы O. Kernberg и G. Ammon удачно дополняют друг друга, как в понимании уровней организации личности (невротический, пограничный и психотический), так и в конкретных терапевтических подходах к пограничным больным и более глубоко регрессированным пациентам.

Клинический психолог. Внедрение бригадного подхода к работе делает весьма актуальной проблему взаимоотношений между различными специалистами психиатрической клиники. Пациенты, отобранные на психотерапевтическое лечение, должны быть обязательно обследованы психологом, который составляет и реализует свою часть лечебной и реабилитационной программы с соответствующими записями в истории болезни. Работа медицинского (клинического) психолога в терапевтической бригаде является необходимой и исключительно важной. При первичном психологическом обследовании формируется и уточняется функциональный диагноз пациента (отношение к болезни и лечению, зоны внутриличностных конфликтов, степень дезадаптации и др.) Психологическое исследование в динамике позволяет уточнить эффективность проводимых лечебных (в том числе психотерапевтических)

мероприятий и при необходимости их скорректировать. Обязательным является психологическое исследование в динамике, как минимум в начале и по окончании психотерапевтической работы с пациентом.

Вновь возникли проблемы, как организационного, так и в значительной степени психологического характера. Недостаточная укомплектованность штатов психиатрической службы медицинскими (клиническими) психологами, их загруженность диагностической и экспертной работой делает весьма затруднительным не только привлечение психологов к проведению каких-либо психосоциальных вмешательств, но и проведение ими обследования в рамках бригадного подхода. Следует учитывать, что традиционно именно диагностические и экспертные вопросы в психиатрии стоят на первом месте и подобное положение устраивает психиатров. Руководство психиатрической больницы, декларируя биопсихосоциальный подход и бригадную организацию работы, часто в реальности административно и материально стимулирует именно экспертную деятельность психолога в ущерб психосоциальным мероприятиям.

Требование обязательной психологической диагностики пациентов, проходящих психотерапию, не говоря уже об участии в введении терапевтических групп, существенно повышает привычную нагрузку клинического психолога, без дополнительной материальной поддержки. Кроме того, сами психологи, занимаясь исключительно диагностикой, не проявляют активного желания развивать психокоррекционные техники, а врачи-психотерапевты, в свою очередь, видят смысл медицинской (клинической) психологии лишь в дифференциальной диагностике и серьезно не воспринимают иную деятельность психологов в рамках единой бригады. Очевидно, это связано с нечетким пониманием предмета медицинской (клинической) психологии в клинике и его возможностей (Александров А. А., Балашова Т. Н., 2000). Здесь существенно, во-первых, добиться соответствия психологического исследования и заключения (для бригады) формулировкам и понятиям функционального диагноза, с чем непосредственно работает психотерапевт, и что позволит лучше направлять и оценивать его терапию; во-вторых, расширить спектр деятельности психологов в клинике за счет их участия в качестве котерапевтов (или единственных ведущих) в групповой работе и принятия ими на себя ответственности за организацию терапии средой в отделении.

Благодаря сотрудничеству с Институтом им. В. М. Бехтерева в настоящее время в практику активно внедряются Я-структурный тест Аммона (Тупицын Ю. Я., Бочаров В. В., Алхазова Т. В. и др., 1998), опросник для определения качества жизни (ВОЗКЖ-100), в том числе его русская версия специфического модуля для психически больных (Бурковский Г.В., Кабанов М.М., Коцюбинский А.П. и др., 1998), а также шкала исследования осознания психического расстройства (SUMD). Указанные методики особенно эффективны в комплексном подходе к терапии психически больных, включающем психотерапевтические и психосоциальные мероприятия.

Изменению отношения к традиционной психологической диагностике в психиатрии способствовал перевод и издание на русском языке работы И. Бурбиля (I. Burbiel) «Терапия и психологическая диагностика в клинике динамической психиатрии» (2002). В этом пособии автор кратко рассматривает основные теоретические положения динамической психиатрии, основное внимание уделяя описанию практиче-

ской работы клиники и, главное, организации экспериментально-психологической деятельности в динамической психиатрии.

Соединение в единое целое исследовательских и терапевтических задач проявляется в том, что психологическое обследование рассматривается как процесс группового взаимодействия между психологом и пациентом. Его результаты таким образом, значимы не только сами по себе, но и как дополнительный материал о взаимодействии с пациентом и контрпереносных реакциях исследователя. Интеграция этой информации, включение ее в единую групповую динамику в клинике объединяет психологическое исследование и другие групповые процессы (психотерапия, общее собрание, клинические разборы и др.) в целостную диагностическую и терапевтическую структуру. Фактически на примере психологического исследования может быть показана модель бригадного взаимодействия и терапевтического средового эффекта. Результаты исследования, также как материал индивидуальной и групповой терапии, процессы в малых-группе и в большой группе, контрпереносные (в широком значении) реакции специалистов и пр. интегрируются в единое целое для понимания и терапии пациента. Подобной интеграции в клинике уделяется особое внимание. С точки зрения автора, объединяющим фактором в деятельности клиники являются производственные совещания сотрудников, клинические разборы с участием всех заинтересованных специалистов и общие собрания пациентов и сотрудников. Эти соображения были использованы при планировании работы отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» в оренбургской больнице.

Стратегическим решением перечисленных проблем взаимодействия психотерапии и медицинской (клинической) психологии в российских условиях должна стать планомерная работа по реальному реформированию психиатрической службы, в том числе и по отчетным показателям деятельности. Привлечение к работе в психиатрии выпускников психологических факультетов вузов, ориентированных преимущественно на психотерапию, позволит уменьшить кадровый дефицит, но заостряет вопрос о повышении квалификации специалистов в медицинской (клинической) психологии с учетом действующих требований. В качестве переходной меры возможно выделение конкретных психологов в составе психологической лаборатории больницы для проведения диагностики и психотерапии в рамках бригадной работы.

Взаимодействие специалистов в бригаде. Весь опыт мировой психиатрии свидетельствует, что только в рамках полипрофессиональной терапевтической бригады возможна реализация лечебной помощи при биопсихосоциальной модели психического расстройства. Однако формирование бригадной модели работы требует длительных и кропотливых усилий, как со стороны специалистов, так и администрации психиатрических лечебных учреждений. Попытки быстрой «психотерапевтической революции» способны лишь усилить негативное отношение основной массы психиатров, и также неконструктивны, как и тенденция вернуться к прежнему положению вещей.

В настоящее время весьма актуальна организация бригадного взаимодействия профессионалов в рамках отдельных подразделений психиатрического стационара. В перспективе задачи значительно сложнее. Сам принцип полипрофессиональной психиатрической помощи считается наиболее подходящим для организации службы с опорой на сообщество. Речь идет о постепенном расширении психиатрической помощи за условные границы стационаров и диспансеров, работе непосредственно в

месте проживания пациента. Существуют такие формы организации бригадной работы как ведение случая (case management) и бригады настойчивого лечения в сообществе, которые, к сожалению, еще не получили широкого распространения в нашей стране (Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., 2003). Развитие службы с опорой на сообщество неизбежно приведет к существенному изменению и расширению полипрофессиональной бригады.

Для формирования лечебно-реабилитационной полипрофессиональной бригады важны регулярные рабочие встречи всех участников (например, раз в неделю), во время которых обсуждается настоящее состояние пациента, его динамика, особенности участия в мероприятиях, проводимых различными специалистами, дальнейшая тактика лечения. Во время таких встреч психиатр, психотерапевт, психолог, социальный работник получают возможность, иногда впервые, взглянуть на «своего» пациента с иной точки зрения, что позволяет более целостно воспринять личность больного, рассматривать различные аспекты его функционирования в качестве одинаково значимых. Это становится реальным в том случае, когда психолог, медицинская сестра, трудинструктор и др. являются для руководителя бригады — врача — собеседниками, партнерами, а не просто поставщиками информации.

Во время рабочих встреч могут обсуждаться не только состояние и терапия больного, но и проблемы, связанные с профессиональной деятельностью членов бригады, их взаимодействие с пациентом и друг с другом. В этой связи представляется, что наиболее адекватным методом подготовки специалиста для работы в бригаде является опыт той или иной групповой терапии. Фактически встреча специалистов в рамках единой бригады это модель групповой работы со всеми вытекающими последствиями, например, групповой динамикой, фазами формирования группы, влиянием других групп и пр. Психотерапевты и медицинские (клинические) психологи в силу особенностей своего профессионального образования и ежедневной деятельности лучше подготовлены к такой работе, чем психиатры и социальные работники. Это ставит конкретные задачи перед системой последипломного психиатрического образования.

Сопоставление бригадного подхода с работой группы приводит к необходимости сформулировать определенные требования к организации такой деятельности в лечебном учреждении. Так, состав бригады должен быть относительно стабильным (по аналогии с закрытой группой), включать всех сотрудников, работающих с пациентом. Число сотрудников в бригаде от 3-5 человек до 10-15. Возможна работа в большой группе, объединяющей всех сотрудников клиники и пациентов (несколько десятков человек), как, например, в Клинике Ментершвайге, здесь будет наблюдаться дополнительная групповая динамика, но в любом случае работа большой группы эффективна при условии параллельного существования обычных групп. Бригада должна иметь специально выделенное помещение для встреч, конкретное заранее установленное время совместной дискуссии. Длительность подобной встречи специалистов может быть меньше стандартной для терапевтической группы (90-120 минут), но должна давать возможность высказаться каждому участнику группы, и, следовательно, зависит от состава бригады. Частота совместных обсуждений не может быть меньше одного раза в неделю, это определяется конкретными условиями лечебного учреждения, интенсивностью терапевтического процесса, сменой пациентов и пр. Важно, чтобы во время бригадной дискуссии обсуждался актуальный терапевти-

ческий процесс (принцип «здесь-и-сейчас»), а не события, имевшие место «на прошлой неделе». С точки зрения групповой динамики должно пройти определенное время для того, чтобы вновь созданная группа специалистов образовала работающую бригаду.

Существующие групповые нормы, регулирующие взаимодействие и взаимоотношения между участниками группы, представляются актуальными и для бригады специалистов. Разумеется, есть значимые отличия полипрофессионального подхода и групповой терапии, главным образом касающиеся вскрытия и работы с личными проблемами участников. Уместнее аналогия с групповой супервизией или балинтовской группой. Объединение в бригаду лиц, находящихся в административных отношениях друг с другом, например, заведующего отделением и врача-психиатра, вносит дополнительную сложность в деятельность группы. Вновь возникает вопрос о подготовке, как отдельных участников бригады, так и ее руководителя (по аналогии с подготовкой группового терапевта). Когда руководителем бригады обычно выступает лечащий врач-психиатр или заведующий подразделением лечебно-профилактического учреждения, следует констатировать, что их психотерапевтическая и психологическая подготовка чаще всего далека от требуемой.

В существующих условиях с целью формирования и закрепления бригадного подхода представляется целесообразным выделять конкретное время для проведения рабочей встречи всех членов бригады. Это становится особенно значимым с точки зрения групповой динамики и это же диктует необходимость привлекать к работе средний и младший медицинский персонал. Результаты обсуждения фиксируются в истории болезни.

Разумеется, «совместные осмотры» в бригаде не требуют обязательного одновременного присутствия нескольких специалистов в момент беседы с пациентом, хотя это и возможно. Беседа с пациентом одновременно 2-х или 3-х специалистов (психиатра, психотерапевта, социального работника) может быть весьма полезной для больного и является наилучшей возможностью профессиональной подготовки для всех членов бригады (контроль контрпереноса, супервизия и др.) (Дёрнер К., Плог У., 1997). Учитывая необходимость формирования новых отношений с пациентом, целесообразно говорить именно о «беседе», а не о «совместном осмотре».

Какие специалисты могут входить в состав терапевтической бригады? В настоящее время это определяется конкретными условиями лечебного учреждения, степенью подготовленности его сотрудников.

В качестве ориентира приведем мнение К. Дёрнер и У. Плог (1997), которые считают, что бригаду образуют «представители следующих профессиональных групп: средний и младший медицинский персонал, врач, социальный работник, специалист по терапии занятием, психолог, специалист по лечебной физкультуре... — ядро бригады. Далее, в зависимости от задач отделения к бригаде могут относиться социологи, педагоги, священники, добровольные помощники без специального образования, музыканты, биохимик, специалист по труду, воспитатели». В конечном счете, речь должна идти о том, чтобы все сотрудники психиатрического стационара так или иначе участвовали в работе терапевтической бригады.

Таким образом, бригадная форма работы создает условия для обмена знаниями и навыками между различными специалистами; демонстрирует модель разнообразных и открытых отношений, как пациенту, так и членам бригады; вносит вклад не толь-

ко в улучшение оказания психиатрической помощи, но и способствует личностному росту занятых там работников. Однако этот процесс весьма сложен и требует существенного реформирования существующей системы работы. Уместно привести слова немецких специалистов по социальной психиатрии: «Не может просто собраться два человека и решить: мы являемся бригадой. Можно задаться целью стать бригадой. Такая цель предполагает, однако, готовность долгое время терпеливо работать с собой и другими в направлении задуманной цели» (Дёрнер К., Плог У, 1997).

Медицинская документация. Обязательным элементом взаимодействия бригады является ведение единой медицинской документации пациента — истории болезни. Результаты работы психотерапевта оформляются в истории болезни не реже 1 раза в 7 дней и должны содержать конкретные сведения о проводимых психотерапевтических мероприятиях (задачи психотерапии, формы, методы работы, используемые методики и техники, прорабатываемая проблематика, динамика состояния пациента). Указанную задачу облегчает использование карты функционального диагноза. Первичный и заключительный осмотр психотерапевта оформляется в виде специально разработанного стандартного бланка «Первичного осмотра врача-психотерапевта», куда включены следующие разделы: паспортные данные пациента; карта функционального диагноза; дополнения к анамнезу; вид/методы, форма и цель/задачи психотерапии; регистрация исходного состояния, задач и эффективности психотерапии. Отрывной талон бланка первичного осмотра врача-психотерапевта позволяет заведующему психотерапевтической лабораторией оперативно контролировать работу и нагрузку сотрудников.

В методических рекомендациях в приказе Минздрава России № 391 от 26.11.96 г. говорится об «индивидуальной лечебной и реабилитационной программе, которая приобщается к медицинской документации пациента вместе с отчетами о проведенных мероприятиях». В настоящее время такой программой являются:

- 1) первичный осмотр пациента лечащим врачом совместно с заведующим отделением (клинико-функциональный раздел);
- 2) первичный осмотр пациента психотерапевтом (психотерапевтический раздел);
- 3) первичное патопсихологическое исследование (психологический раздел);
- 4) данные обследования социального статуса (социального функционирования) пациента, осуществляемого социальным работником (социальный раздел).

При отсутствии специалиста по социальной работе (с высшим образованием) профессионально-трудовые и социально-бытовые данные оцениваются лечащим врачом.

Использование в истории болезни стандартных бланков, таких как «бланк первичного осмотра психотерапевта» или «бланк психологического исследования процесса психотерапии» позволяет каждому члену бригады оперативно и наглядно получать конкретную информацию о пациенте. С целью оценки эффективности проводимой терапии и возможности сравнительных исследований, лечащие врачи-психиатры Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1, в рамках бригадного ведения заполняют шкалу «Общего клинического впечатления» (CGI). В стандартный «бланк психологического исследования процесса психотерапии» входят: 1) шкала определения качества жизни, составленная из наиболее информативных пунктов базового опросника ВОЗЖ-100 и русской версии специфического модуля

для психически больных (КЖ-СМ); 2) шкала исследования осознания психического расстройства (SUMD); 3) Я-структурный тест Аммона с возможностью графического изображения всех 18 шкал. Результаты совместных обсуждений в бригаде регулярно (раз в неделю) вносятся в историю болезни.

Окончательные результаты работы с пациентом (обычно при выписке) оформляются совместным расширенным дневником в истории болезни, где должно быть отражено настоящее состояние пациента, результаты и эффективность проведенных лечебных мероприятий (медикаментозных, психотерапевтических, социотерапевтических) и рекомендации.

Помимо записей в единой медицинской документации — истории болезни, врач-психотерапевт ведет «журнал психотерапевта» («журнал работы кабинета»), который позволяет оперативно фиксировать и оценивать нагрузку врача, спектр применяемых методик, их эффективность и т.п. Журнал содержит следующие графы: 1) фамилия, имя, отчество пациента; 2) год рождения; 3) место работы; 4) клинический диагноз; 5) вид психотерапии (конкретные методики); 6) задачи психотерапии (кратко, используя терминологию из раздела «Функциональный диагноз»); 7) результаты психотерапии (эффективность); 8) длительность психотерапии (даты начала и окончания лечения); 9) часы индивидуальной и групповой психотерапии; 10) участие психолога / социального работника в проведении терапии (часы).

Оценка эффективности психотерапии. Вопрос оценки эффективности психотерапии является одним из наиболее сложных и спорных. В практической работе учитывается тот факт, что в условиях психиатрического стационара у конкретного пациента в действительности оценивается эффективность всего комплекса лечебных мероприятий (включая, медикаментозные и социотерапевтические), а не изолированно эффективность одной психотерапии. Следовательно, клиническая оценка результатов лечения является, в том числе и оценкой психотерапии. Тем не менее, могут быть использованы две группы методов для непосредственной оценки психотерапевтических мероприятий. Во-первых, это модифицированная для условий психиатрического стационара клиническая шкала оценки эффективности психотерапии больных неврозами (Карвасарский Б. Д., 1990), которая уже внедрена в практику работы оренбургских психиатрических больниц. Допустимо использовать только 2 или 3 критерия из 4, составляющих шкалу. Простота при заполнении таблицы регистрационного листа результатов лечения облегчает задачу, как психотерапевта, так и эксперта.

Во-вторых, для определения эффективности психотерапии используется широкий спектр экспериментально-психологических методик. Целесообразно оценивать те же методики, которые применяются медицинским (клиническим) психологом при первичном психологическом обследовании и/или существующие диагностические шкалы (CGI, PANSS, SUMD и др.).

При осуществлении различных психосоциальных мероприятий особо значимой становится оценка особенностей социального функционирования и качества жизни пациента, в том числе и его субъективная оценка указанных параметров и изменений в своем состоянии. Для регистрации этих показателей используются имеющиеся версии опросников «Качества жизни» и оценки социального функционирования психически больных.

Отделение динамической психиатрии (психотерапии). Обзор существующих моделей. До недавнего времени лишь единичные лечебные учреждения страны обладали возможностью проводить реабилитационные и психотерапевтические мероприятия применительно к психически больным. Одним из ведущих учреждений в этом плане являлся Институт им. В. М. Бехтерева, где в отделениях восстановительной терапии психически больных и внебольничной терапии создана целостная система комплексной реабилитации душевнобольных (Кабанов М. М., 1998). Реформа службы психиатрической помощи в России, больший акцент на психосоциальные и реабилитационные программы привели к появлению новых моделей организации психиатрических лечебных структур (Казаковцев Б. А, 2001). Так, в некоторых регионах активно развиваются реабилитационные программы в условиях внебольничной помощи. Речь преимущественно идет о психообразовательных группах, клубной деятельности, привлечении родственников душевнобольных к совместной работе, правовой и социальной поддержке (Виноградова Р. Н., Логунова А. М., 2001; Кольцов А. П., Ландышев М. А., 2003, и др.). В последнее время получают распространение различные тренинговые методики, например, тренинг коммуникативных навыков, тренинг самостоятельного проживания и др.

В стационарных и полустационарных условиях также можно условно выделить несколько моделей организации работы. Так, в Тамбовской психиатрической больнице создано отделение психосоциальной реабилитации, работа которого строится по следующим направлениям: восстановление документов, психообразование, привлечение ресурсов сообщества, терапия праздниками, терапия творческим самовыражением (Раю Н. А., Гажа А. К., 2003). Следующая модель — это различные реабилитационные отделения для хронически психически больных. В Тамбове разработана поровневая программа реабилитации, внедряющаяся в загородном психиатрическом отделении для этих больных. Одним из уровней программы является прообраз так называемого «жилья с поддержкой», расположенного, однако, на территории больницы. Стройная система реабилитационных мероприятий разрабатывается в Санкт-Петербургской психиатрической больнице № 1 им. П. П. Кашенко в реабилитационном отделении с общежитием для больных, утративших социальные связи (Лиманкин О. В., Лаптева К. М., 2003). Основные блоки работы в отделении это — создание терапевтической среды, психообразовательные группы, индивидуальная и групповая психотерапевтическая работа, направленная на повышение ответственности за свое социальное поведение, преодоление анозогнозии и выработку адекватной мотивации к лечению, социальная реабилитация и трудовая адаптация. Работа с каждым пациентом строится по типу «case management». В Московской психиатрической больнице №10 внедряются такие методы работы с хронически психически больными как психообразовательные группы и тренинг социальных навыков (Меркель В. А., Соловьева Н. В., 2003).

Другая форма организации — работа с более «острыми» пациентами, в том числе, с впервые обратившимися за психиатрической помощью (Омск, Ставрополь). Наиболее полно эта модель получила развитие в отделении первого психотического эпизода в Московском научно-исследовательском институте психиатрии Минздрава России, где впервые в нашей стране внедряется новая форма работы — специализированная программа обслуживания пациентов на раннем этапе возникновения психотического расстройства (Сторожакова Я. А., Холодова О. Е., 2000). В отделении,

наряду с современной биологической терапией, применяются такие виды психосоциального и психотерапевтического воздействия как психообразовательные группы, группы нейрокогнитивного тренинга, тренинг уверенного поведения (общения), семейная терапия, различные досуговые программы и др.

В ряде территорий (Санкт-Петербург, Тверь, Первоуральск, Оренбург) начата работа по внедрению психотерапевтических и реабилитационных технологий в систему терапии пациентов с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия (Казаковцев Б. А. и др., 2001).

В силу целого ряда объективных причин, в большинстве регионов (за исключением Института им. В. М. Бехтерева) различные психосоциальные программы в психиатрии реализуются преимущественно психиатрами, психологами и специалистами по социальной работе, и в меньшей степени врачами-психотерапевтами. Это накладывает определенный отпечаток на проводимую работу и объясняет своеобразие оренбургского опыта.

10.6.2. Создание отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» в Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №2

Развитие в Оренбурге психотерапевтической службы, широкое использование различных психотерапевтических методик в психиатрической практике, знакомство с работой Клиники Ментершвайге способствовали тому, что именно подход динамической психиатрии/психотерапии лег в основу разрабатываемой модели оказания стационарной (на первом этапе) реабилитационной психиатрической помощи. Речь идет о работе с различными контингентами пациентов (как это и понимается в русле традиции динамической психиатрии) — остро заболевшими и длительно болеющими, с психотическими расстройствами и более «легкой» патологией пограничного уровня. Именно различные психотерапевтические мероприятия в последующем расширенные за счет терапии средой и других психосоциальных воздействий легли в основу работы.

В качестве модели психиатрического стационара, специализирующегося на психотерапии психически больных, была выбрана Клиника Ментершвайге, созданная известным психиатром, психоаналитиком, психотерапевтом G. Amnion в Мюнхене (Германия). Организация работы в этой клинике может считаться современным эталоном терапии средой и психотерапии в психиатрической больнице. Однако механический перенос немецкого опыта в российскую психиатрию вряд ли возможен, поэтому возникла задача адаптировать эту модель применительно к российским условиям, взяв все лучшее из того, что уже наработано отечественными специалистами.

Официальное открытие отделения в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 2 (главный врач — В. П. Сировская) состоялось 24 января 2001 г., на нем присутствовали главный психиатр Минздрава России Б. А. Казаковцев и главный психотерапевт того же министерства Б. Д. Карвасарский, а также исполнительный директор Российской психотерапевтической ассоциации Е. И. Чехлатый. Отделение открылось на первых этажах вновь построенного корпуса. Этому способствовало как улучшение материально-технической базы Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2, реконструкция и строительство корпу-

сов стационара, так и неподдельный интерес руководства к новым формам работы, в частности к психотерапии психически больных.

Большую роль в формировании концепции нового отделения, в организации работы в необычных условиях, в становлении динамически ориентированной психотерапевтической службы больницы сыграл Областной организационно-методический и консультативный центр по психотерапии и медицинской психологии (руководитель — С. М. Бабин) — Оренбургский филиал Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России.

В названии отделения было подчеркнуто несколько принципиальных моментов. В первую очередь это связь с Клиникой Ментершвайге, и еще шире, с традицией динамического подхода в психиатрии. Объединение имеющегося опыта работы в психотерапевтическом поле, в русле динамической, личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии с психиатрической практикой указывало на неразрывное единство двух специальностей, а также, активную роль психотерапии в этом процессе.

Организация работы отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)». Отделение рассчитано на 30 коек. В его составе 6 палат, ординаторская, кабинет психолога, отдельные помещения для индивидуальной терапии, групповой терапии / танцевальной терапии, арттерапии, музыкотерапии, комната для проведения милые-терапии, процедурный кабинет, холл, столовая и буфет. В корпусе имеется помещение для проведения спортивных занятий и театрализованных постановок. Отделение имеет свой прогулочный дворик.

Структура психотерапевтической службы в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 2 позволяет снизить нагрузку на врача-психотерапевта и, следовательно, значительно улучшить эффективность и качество работы. Начиная с 1998 года, в больнице была создана психотерапевтическая лаборатория, объединяющая всех психотерапевтов общепсихиатрических отделений, что позволило более четко и последовательно организовать их работу и взаимодействие. При открытии отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» оно было объединено с психотерапевтической лабораторией. На заведующего отделением были возложены функции руководства как непосредственно 30 стационарными койками, так и психотерапевтами всех остальных психиатрических отделений больницы. Штаты стационарного отделения рассчитаны исходя из нормативов «психотерапевтического отделения» согласно Приказу Минздрава России № 294 от 30.10.95 г.

В настоящее время в составе объединенного психотерапевтического отделения 10 врачей-психотерапевтов. Непосредственно в отделении на 30 коек работают 3 врача — заведующий и 2 врача-психотерапевта. Психотерапевты отделения являются лечащими врачами и осуществляют весь комплекс клинико-экспертных мероприятий. На них ложится ответственность за оформление историй болезни, экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности, проведение психофармакотерапии, так как в отделение часто переводятся больные вскоре после купирования острого психотического состояния, и потому большинство пациентов принимает поддерживающее медикаментозное лечение. В отделении нет врача-психиатра, поскольку сейчас

1. Соавтором этого раздела является заведующий отделением «Динамической психиатрии (психотерапии)» — Ю. Л. Пустотин.

за основу работы взята модель, существующая в отделениях неврозов и психотерапии, где врач-психотерапевт является единственным лечащим врачом, полностью отвечая за терапию пациента. Естественно, это требует подготовки специалистов, как в области психиатрии, так и психотерапии. Все работающие в больнице психотерапевты имеют сертификаты и психиатра, и психотерапевта, 90 % обучались в интернатуре по психиатрии.

Единая структура службы позволяет привлекать к работе отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» врачей-психотерапевтов, закрепленных за другими подразделениями стационара, без ущерба для их психотерапевтической деятельности в этих подразделениях. Таким образом, помимо заведующего отделением и 2-х лечащих врачей, к проведению групповой психотерапии привлекаются еще 5-6 психотерапевтов, ведущих группы 1-2 раза в неделю.

Ведущая роль в работе с пациентами отделения отводится психотерапии. При поступлении пациента во время совместного осмотра намечаются психотерапевтические мероприятия: конкретные задачи психотерапии, форма психотерапии (индивидуальная и/или групповая или семейная), психотерапевтические методы и методики предпочтительные для данного пациента. Для решения поставленных задач врачами отделения психотерапевтическая работа проводится в индивидуальной, групповых и семейной формах. Акцент делается на групповой терапии, которая особенно экономична и эффективна в работе с психически больными в стационарных условиях. При этом базовой и обязательной является индивидуальная психотерапия. Если есть возможность приезда родственников, проводятся сессии семейной терапии.

Вся работа с пациентами подчинена определенному распорядку, психотерапевтические мероприятия жестко закреплены по времени в течение дня и недели. Порядок работы отражен в расписании, которое висит на доске объявлений, и все желающие могут всегда с ним ознакомиться. С утра после уборки в палатах пациенты со средним и младшим медицинским персоналом проводят физическую зарядку. В вечернее время начаты «группы занятости», в спортивном зале играют в подвижные игры, под руководством персонала готовятся различные мероприятия, делаются украшения, костюмы к выступлениям.

Помимо индивидуальной работы еженедельно проводится 8-12 психотерапевтических групп: 2 раза в неделю (2 группы по 2 раза в неделю) групповая вербальная терапия и 1 раз в неделю группы невербальной психотерапии.

В первой половине дня — групповая вербальная терапия. Наряду с известными формами групповой терапии, такими как коммуникативно-активирующая терапия, проблемная дискуссия, свободная вербальная дискуссия в группе (Вид В. Д., Воловик В. М., Еончарская Т. В., Днепровская С. В., 1982), осваивается опыт использования раскрывающей реконструктивной психотерапии больных малопрогредиентной шизофренией (Вид В. Д., 2001). Применяются методики и приемы суппортивной психотерапии. Это особый вид поддерживающей терапии аналитической традиции, в рамках которой, стремятся помочь пациенту восстановить его оптимальный уровень функционирования в прошлом, принимая во внимание все ограничения, связанные с заболеванием, способностями, биологическими данными и жизненными обстоятельствами. Ее целью является также смягчение неблагоприятного эмоционального реагирования пациентов на заболевание, госпитализацию, повышение доверия

к врачу, совершенствование социальной адаптации за счет улучшения когнитивной дифференцированности, социальной перцепции, коммуникативного и проблемно-решающего поведения (Карвасарский Б. Д., 2000; Kernberg O., 2000). Обращается особое внимание на создание атмосферы психологической безопасности, просвещение пациента и внимание к влиянию конкретных стрессов (Мак-Вильямс Н., 1998). В настоящее время, когда число пациентов в отделении вышло на планируемую мощность (30 человек), параллельно работают две вербальные группы.

В послеобеденное время по утвержденным дням один раз в неделю проводятся группы арттерапии, музыкотерапии, танцевальной терапии, психогимнастики (Карвасарский Б. Д., 2000; Рудестам К, 1998, и др.). Используется опыт немецких коллег по танцтерапии и активной музыкотерапии (Аммон Г., 1995; Бурбиль И., 2002). Осваивается новая методика песочной терапии в индивидуальной и групповой формах (Штейнхард Л., 2001); методика сказкотерапии с куклами-марионетками (Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., 1998). Проводился курс театртерапии, закончившийся постановкой костюмированного спектакля (Бурно М. Е., 1989).

Участие в вербальной групповой психотерапии является обязательным, некоторые группы невербальной психотерапии пациенты посещают по своему выбору. При освоении новых методик отбираются наиболее подходящие для того или иного конкретного пациента. При этом имеется в виду комплексный интегративный характер психотерапевтического воздействия, объединяющий психофармакологию, индивидуальную терапию, групповые вербальные и невербальные подходы, терапию среды и влияние терапевтического сообщества.

Милие-терапия. Работа Клиники Ментершвайге строится вокруг динамически понимаемой терапии средой — так называемой «милие-терапии» (*milieu*, фр. — среда, окружение) (Аммон Г., 1995; Вид В.Д., Лутова Н.Б., Баженова С.Г., 1999). Организация специфической терапии средой в отделении больницы является одной из наиболее сложных задач, так как требует помимо подготовки персонала, принципиального изменения отношения к пребыванию в стационаре, как самих пациентов, так и медицинских работников. Начало работы над некоторыми милие-проектами, связанными с оборудованием интерьера отделения и прогулочного дворика, было очень хорошо принято нашими пациентами, что является лучшим подтверждением ценности этой методики.

Мишшетапевтическая группа организуется вокруг рабочего проекта. Совместная деятельность является для пациента способом получения собственного опыта в сфере отношений, источником знаний о своих слабостях и преимуществах, например в контексте работы и сотрудничества, контакта и дружбы, а также стимулом для возможных перемен. Милие-терапевтами могут быть любые специалисты, прошедшие соответствующее обучение. Более важным, чем профессиональная квалификация, являются такие личностные качества, как эмпатия, душевная теплота, обязательность и способность заботиться о другом. В отделении к проведению этих групп планируется привлечь не только врачей-психотерапевтов, но и медицинских психологов, социальных работников, средний медицинский персонал. Однако здесь стали возникать определенные трудности. Новый метод может деформироваться в проводимую раннее трудотерапию, с соответствующим формальным подходом, без учета групповой динамики, желания пациента в выборе рабочего проекта. Да и сами пациенты проявляют еще не достаточно активности.

В этом кроется еще одна проблема в работе отделения. Многие пациенты уже не раз госпитализировались в психиатрические стационары, привыкли к определенным условиям, когда проводимое лечение требует минимальной активности от них, и не понимают цели проводимых групп и интенсивной индивидуальной работы. Этому способствует еще не совсем отлаженная система направления больных в новое отделение, например, когда они поступают незадолго перед выпиской из стационара, и, таким образом, отсутствует достаточная мотивация к психотерапевтической работе. Это диктует необходимость более плотного взаимодействия с амбулаторной психиатрической и психотерапевтической службами, занятия с родственниками психически больных, отбор мотивированных на психотерапию пациентов.

Для лучшего понимания и освоения новой для российских специалистов методики милие-терапии, существенно отличающейся от других моделей терапии средой были переведены и изданы методические рекомендации сотрудников Клиники Ментершвайге (Рихарц Б., Дворжак М., 2000). В них кратко излагаются теоретические основы метода динамически ориентированной терапии средой. Особый интерес представляет вторая часть работы, посвященная конкретным вопросам практического применения методики. Рассматриваются области применения и показания к использованию милие-терапии, организация деятельности милиетерапевтической группы, особенности первых встреч и групповая динамика в милие-группах, работа с «трудными» пациентами. Много внимания уделяется непосредственно выбору проекта, обсуждению полученных результатов, участию терапевтов в проведении групп.

С момента начала проведения динамически ориентированной милие-терапии, в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 2 реализованы следующие милие-проекты. В обычных психиатрических отделениях, например, внутри помещений — оформление коридоров, столовой и палат с использованием изобразительной продукции самих пациентов; оборудование в одном из отделений холла для отдыха пациентов, где теле-, видеоаппаратура установлена на декоративной каменной стойке, украшенной комнатными растениями; строительство в холле миниатюрного фонтана с подсветкой и декоративной отделкой. Вне зданий в летнее время года несколько проектов были связаны с оформлением прогулочных двориков, которые приобрели индивидуальный вид. Руками пациентов были смонтированы беседки, проложены дорожки, разбиты клумбы. В одном из отделений группа пациентов создала цветочную клумбу, в центре которой находится каменная башенка для часов, прообразом которой послужил знаменитый лондонский Биг Бен. Другая милие-группа оформила «философскую клумбу», расположив цветочную композицию в виде изображения символов восточной философии Инь и Янь.

В самом отделении «Динамической психиатрии (психотерапии)» также внедряется милие-терапия. За последний год завершены следующие милие-проекты: фактически создан новый прогулочный дворик, где разместились зеленые насаждения, «сад камней», декоративный пруд, спортивная площадка; часть палат и помещений для групповой работы приобрели индивидуальный вид; оформлен коридор и холл отделения. Последний милие-проект — это создание и выпуск журнала «Диалог», составленного из творческих работ пациентов стационара. Планируется сделать издание ежеквартальным. Идею выпуска журнала подсказал опыт Клиники Ментершвайге, где уже несколько лет существует подобное издание.

Таким образом, диапазон возможных проектов довольно широк: от группового оформления стенгазеты, написания реферата, до масштабных оформительских и строительных работ. В рамках миле-терапии ведущая роль отводится обсуждению с участниками возникающих трудностей, проблем, роли каждого из пациентов в группе, его вклада в реализацию проекта. Этим методика отличается от терапии занятостью, поскольку не сосредотачивается на возвращении пациентам навыков труда или просто на вовлечении их в работу, а скорее полагается на самостоятельное общее личностное развитие пациентов. Речь идет фактически о специфической форме групповой психотерапевтической работы, опирающейся на принципы динамической психиатрии и психотерапии. В последующем планируется шире внедрять миле-терапию в работу отделения, сделать ее неперенным атрибутом его деятельности.

Терапия средой. Терапевтическое сообщество. Логика развития полипрофессиональной терапевтической бригады требует постепенного расширения перечня специалистов, входящих в ее состав, с неизбежным переходом к понятию терапевтической (социотерапевтической) среды.

Концепция «терапевтической среды» или «терапии средой», предполагает создание такой системы взаимоотношений в терапевтическом коллективе, в которой сотрудничеству между больными и персоналом придается первостепенное значение. Основным в этой концепции является стремление привнести в распорядок психиатрических больниц социальные нормы обычной жизни, для чего необходим соответствующий уровень психологической готовности различных категорий медицинских работников к положительному контакту с больными (Кабанов М. М. и др., 1980).

В понятие терапевтической среды (терапевтического сообщества) вкладывается разное содержание. Нередко подчеркивается роль обстановки, внешних форм поведения персонала («в больнице и стены лечат»). Несомненно, это имеет существенное значение. Однако в современном понимании терапевтическая среда — это, прежде всего, система социальных отношений, складывающихся в стационаре и в ближайшем окружении пациента. М. М. Кабанов (1977) определяет терапевтическую среду как рационально направляемую систему отношений больного с окружением. Речь идет, прежде всего, об установлении таких взаимоотношений между больными и персоналом, которые способствовали бы наилучшему самовыражению пациентов, их вовлечению в лечебный процесс в качестве активных и сознательных его участников, тренировке и развитию ими своих социальных функций и психологической коррекции их установок.

Социотерапевтические мероприятия особенно важны у психически больных, учитывая их нарастающую социальную дезадаптацию. Реально такая организация работы существовала лишь в нескольких психиатрических стационарах страны, например, в Институте им. В. М. Бехтерева. Описаны такие составляющие терапевтического сообщества, как совет больных, общие собрания больных, «функциональные группы» самообслуживания, группы свободного времени и др. (Воловик В. М. и др., 1980).

В создании терапевтической среды велика роль социального работника. В настоящее время в его деятельности выделяется несколько направлений (Гурович И. Я. и др., 1995) — работа с конкретными пациентами, с группами пациентов, в сообществе, взаимодействие с внебольничными структурами и организациями, Социотерапевтические мероприятия, разумеется, не исчерпывают собой все функции СО-

циального работника, однако являются их важной составной частью. Учитывая сегодняшний уровень подготовки специалистов этого профиля, реальное формирование терапевтического сообщества может происходить лишь при участии всех сотрудников отделения — заведующего, врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов.

Проводимая психотерапевтическая работа с пациентами в отделении «Динамической психиатрии (психотерапии)» не имела бы большого значения без усилий, направленных на создание психотерапевтического сообщества. С точки зрения О. Kernberg (2000), любая модель терапевтического сообщества использует три основные формы групповых встреч:

- 1) собрание сообщества;
- 2) правительство пациентов;
- 3) встреча персонала.

Формирование бригадной формы работы и построение терапевтического сообщества являются наиболее сложными и трудоемкими задачами отделения. Делается попытка включения в той или иной степени в деятельность стационара всех категорий групповых собраний.

Каждую среду, в одно и тоже время, проводится общее собрание отделения, в работе которого принимает участие большинство пациентов, все психотерапевты стационара, старшая сестра отделения, дежурная смена и сотрудники Психотерапевтического центра. На общем собрании представляют новых пациентов, обсуждаются все накопившиеся вопросы за неделю, итоги занятий групп, режим и расписание работы, намечаются планы и мероприятия на следующие дни, отмечают особо отличившихся пациентов. На общих собраниях рассматриваются вопросы, в той или иной степени касающиеся всех пациентов и сотрудников. Например, обсуждаются планы проведения праздников, оборудование помещений отделения и др. Периодически разбираются чрезвычайные происшествия, например, нарушения режима.

Несколько моментов в проведении общих собраний представляются принципиально важными. Так необходимо, чтобы в работе собраний участвовал весь персонал и все врачи и/или психологи, проводящие групповую терапию в отделении. Первое время собрание вел заведующий, что лишний раз подчеркивало значимость данной процедуры. В последующем, ведущие собрания меняются для более активного вовлечения в групповой процесс других психотерапевтов, однако присутствие и активное участие заведующего отделением, как и заведующего Психотерапевтическим центром является обязательным.

Специфические нарушения коммуникативной деятельности у больных шизофренией (Вид В. Д., 2001), такие как, нечеткость формулировок, отсутствие обратной связи, фрагментированная коммуникация, трудности в удержании темы беседы и легкая переключаемость внимания, проблемы в распознавании информации о социальном контексте и др., диктуют необходимость специалистам придерживаться определенных правил при участии в больших группах. Обсуждение различных вопросов на общем собрании должно следовать принципам групповой терапии (возможность каждому высказать свою точку зрения, внимание ко всем пациентам, представление обратной связи и пр.) и заканчиваться принятием четких и конкретных решений, исполнение которых проверяется на следующих собраниях. Модель общения между самими специалистами и/или между терапевтами и пациентами на собрании должна слу-

жить примером взаимодействия для пациентов, и, следовательно, не должна повторять «коммуникативную девиацию», свойственную, например, семьям больных шизофренией. На эти вопросы необходимо обращать внимание на встречах персонала.

Элементы самоуправления пациентов («правительство» и т.п.) вводятся на общих собраниях. Налаживается работа Совета больных, который взял бы на себя элементы самоуправления. Конечно, собрания Совета больных проходят при участии врача, старшей сестры, социального работника. Пациенты нуждаются в стимулировании их деятельности, и здесь важно соблюсти грань, чтобы Совет больных не превратился в одно из занятий, проводимых персоналом. На общих собраниях выбираются пациенты, ответственные за тот или иной участок работы. Так, например, существующая в отделении библиотека находится полностью под контролем самих пациентов.

К социотерапевтической работе активно привлекается персонал отделения, который проводит зарядку в утренние часы, организует подвижные игры в вечернее время, руководит «группами занятости», где пациенты в свободное время могут заниматься интересным для них делом. Социальный работник помимо основной работы курирует подготовку различных праздничных мероприятий, концертов, выступлений. Руководство и проведение групп невозможно без определенной подготовки и навыков, поэтому работе с персоналом уделяется особое внимание. Врачами поощряется создание в отделении доброжелательной атмосферы, от персонала требуется спокойное и уважительное отношение к пациентам.

Пациентам, в свою очередь, предоставлена возможность пользоваться личной одеждой, максимальная свобода передвижения в отделении. Постоянно доступен телевизор, видеомэгапифон, для просмотра телепередач и видеокассет. Всегда есть возможность играть в шахматы, шашки, домино. Улучшаются условия пребывания в отделении, внешний вид палат и помещений общего пользования.

В большей степени элементы самоуправления могут быть реализованы при условии регулярной деятельности милитерапевтических групп, что в данный момент затруднено в связи с отсутствием в достаточном количестве подготовленного персонала, в первую очередь психологов и социальных работников.

Вопросы, касающиеся работы с персоналом («встречи персонала» по О. Kernberg), излагаются в разделе «Взаимодействие и подготовка специалистов, среднего и младшего персонала для полипрофессиональных форм работы».

В итоге, в терапевтическое сообщество включаются все сотрудники психиатрического учреждения от главного врача до санитарки, а сама клиника начинает восприниматься как терапевтический инструмент (Аммон Г., 1995). Это может произойти лишь в том случае, если терапевтическая среда составляется из пациентов уже работающих лечебных групп и соответствующим образом подготовленного персонала. Любые психотерапевтические мероприятия и, тем более, медикаментозная терапия занимают лишь малую часть времени, проводимого пациентом в стационаре. Следать лечебный процесс фактически «круглосуточным», можно лишь посредством терапии средой. Таким образом, социотерапия является основой терапевтических действий в психиатрических учреждениях (Дёрнер К., Плог У., 1997).

Однако вновь следует повторить, что создание терапевтической среды в российских психиатрических больницах является длительным процессом. Невозможно

представить себе, что «терапевтическая среда» начинается и заканчивается в кабинете психотерапевта или психолога, а через 1,5-2 часа терапии основанной на доверии, партнерстве и принятии, пациент вновь возвращается в привычный стационар. Помимо изменения в подготовке персонала необходимы структурные изменения в организации психиатрической помощи.

Однозначного и единого решения этого вопроса в России в настоящий момент не существует. Есть несколько моделей структуры психиатрического стационара, каждая из которых имеет как положительные, так и отрицательные стороны. Например, создание отделения типа клиники восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева. В таком подразделении могут быть сконцентрированы большие силы психотерапевтов, психологов, социальных работников, что позволит резко активизировать весь терапевтический процесс. Однако средние сроки пребывания больных в обычном психиатрическом стационаре, которые неизбежно возрастут при переводе пациентов из одного отделения в другое, и определенные организационные трудности вряд ли позволят широко использовать этот вариант. Тем более что в подобных отделениях резко возрастает опасность развития так называемой «элитарной психиатрии», когда в большей степени бессознательно производится отбор подходящих пациентов (молодых, активных, сохранных и т. п.), а все остальные нуждающиеся в психиатрической помощи направляются в другие подразделения или больницы (Кискер К. П. и др., 1999). Решением этой проблемы может быть постепенное внедрение терапевтических сообществ во все без исключения психиатрические структуры.

Более продуктивной представляется идея создания терапевтической среды в дневном стационаре (отделении дневного пребывания). Помимо традиционных преимуществ дневного стационара, в этих условиях уменьшается опасность развития госпитализма, значительно проще привлекать к работе родственников душевнобольных, в принципе формировать общественно-ориентированную психиатрическую службу, т. е. службу с опорой на сообщество. Однако в наших условиях возникает проблема доступности подобных психиатрических структур, например для пациентов, проживающих в сельской местности, не говоря уже о недостаточной распространенности модели дневных стационаров и иных стационарзамещающих технологий.

Промежуточной является модель, когда стационарный пациент большую часть дня находится в «реабилитационном» отделении и на протяжении всего этого времени вовлечен в те или иные психо- и социотерапевтические мероприятия, возвращаясь в «свое» исходное отделение фактически на ночь. Этот вариант не влечет за собой резкого увеличения продолжительности стационарного лечения, но требует серьезных организационных перемен внутри самого психиатрического стационара.

Особый вопрос — это численный состав отделения, где формируется терапевтическая среда. С точки зрения О. Kernberg (2000) общее количество пациентов и персонала в этих условиях не должно превышать 80-100 человек. Обычно приводят еще меньшие цифры, например от 20 человек (в идеале) и максимально до 50 (Кискер К. П. и др., 1999). Сравнение этих рекомендаций с реальным положением в психиатрических стационарах России неизбежно приводит к выводу необходимости коренного реформирования существующей психиатрической системы, децентрализации и деинституализации структуры психиатрической помощи.

10.6.3. Методы и формы психотерапии в лечении психически больных

При создании отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 2 был полезен сравнительный анализ подхода G. Ammon и идей O. Kernberg, также представителя школы K. Menninger, который в своих работах формулирует модель, опирающуюся на Эго-психологию и теории объектных отношений американских и английских авторов (Klein M., Winnicott D. W., Bion W. R. и др.).

При описании различных форм групповой работы в клинике O. Kernberg (2000) говорит о необходимости выделения для каждого пациента отдельного сотрудника (врача), в чьем ведении находятся все аспекты терапии и пребывания в стационаре, в том числе административные и юридические. Кроме индивидуального терапевта пациенту должна быть предоставлена возможность участия в различных видах групповой работы, затрагивающих такие сферы, как собственно терапия, социальная работа и бытовые аспекты жизни. Ведущие этих групп и индивидуальный терапевт образуют единую команду сотрудников, отвечающих за лечение пациента. При этом акцент делается на взаимодействии пациента и каждого из специалистов. Прослеживается четкая параллель с моделью работы Клиники Ментершвайге, интегрирующей всю информацию о деятельности пациента в различных терапевтических и милье-группах на рабочих встречах персонала. В отделении оренбургской больницы также был выделен конкретный лечащий врач, непосредственно отвечающий за терапию пациента, при условии совместной работы с ним нескольких специалистов.

O. Kernberg подчеркивает важность семейной терапии, собраний терапевтического сообщества, встреч персонала и организаций самоуправления пациентов. Также, как и G. Ammon, он придает большое значение общим собраниям персонала и пациентов, отслеживающим значимые изменения в социальной и эмоциональной обстановке в отделении. Исследование социальных процессов в отделении в целом (групповой динамики по G. Ammon) и процессов, свойственных большим группам, является центральной задачей подобных собраний. Акцент на четкие цели собрания, неструктурированность взаимодействия, способы принятия решений помог организовать работу собраний в отделении «Динамической психиатрии (психотерапии)» больницы.

Много внимания оба автора уделяют деятельности персонала и административным аспектам, терапевтическим и антитерапевтическим эффектам работы. Описывая терапевтическое сообщество в отделении большого госпиталя, O. Kernberg обращает внимание на взаимодействие с руководством клиники, распределение властных полномочий и разумных границах свободы и ответственности персонала, четкое распределение обязанностей сотрудников, что весьма актуально в российских условиях.

В процессе становления деятельности отделения неизбежно возникают многие проблемы, упоминаемые в цитируемых работах. Это относится к вопросам соотношения социотерапии и психотерапии, кратковременным и долгосрочным эффектам работы, утомлению («перегоранию») ведущих сотрудников, переложению ответственности друг на друга, нерациональному использованию человеческих и временных ресурсов и др. В этой связи становится более понятным значение постоянной групповой работы с сотрудниками сообщества, о которой пишут G. Ammon и O. Kernberg.

Интерес вызывает классификация форм групповой работы О. Kernberg. Наряду с психоаналитически ориентированной групповой психотерапией (экспрессивной и поддерживающей), встречей команды и собранием сообщества, автор выделяет такие группы, как «ориентированные на задачу» и «обучение жизни». Группа, ориентированная на задачу, стремится к решению конкретной задачи, причем последняя должна быть субъективно значимой и иметь отношение к жизни пациента вне больницы. Подобные группы могут заниматься повседневными делами отделения (распорядком дня, Советом больных, организацией отдыха) или концентрироваться на какой-либо особой цели. Описание работы подобной группы позволяет провести аналогию с миле-терапией в понимании G. Amnion.

Группы или встречи «обучения жизни» проводятся в присутствии команды сотрудников и всех обсуждаемых пациентов и фокусируются на том, что происходит с конкретным пациентом в отделении. По мысли О. Kernberg, в идеале это может быть свободное обсуждение конкретной задачи, в решении которой принимали участие и пациенты, и персонал. Другие пациенты имеют возможность участвовать в обсуждении. Ориентация на задачу, а не на процессы, происходящие в группе, отличает эту форму работы от групповой терапии. Подобные группы имеют большой потенциал обучения и поддержки. В Клинике Ментершвайге проводятся специфические клинические разборы с участием всех сотрудников, принимающих участие в терапии, и самого пациента. При необходимости приглашаются другие пациенты, поддерживающие значимые отношения с больным. Целью таких разборов является улучшение понимания проблематики пациента и формулировка и/или коррекция терапевтической программы. В отделении «Динамической психиатрии (психотерапии)» проведение подобных групп только начинается.

Методы групповой психотерапии. Не останавливаясь на описании хорошо известных специалистам методов и форм групповой терапии и психотерапии психически больных (Бурно М. Е., 1989; Карвасарский Б. Д., Ледер С, 1990; Рудестам К, 1998; Ялом И., 2000; Вид В. Д., 2001, и др.) ниже более подробно характеризуются относительно новые методики, получившее распространение в оренбургской психотерапевтической среде.

Активная музыкальная психотерапия. Традиционно в России наибольшее распространение получила пассивная или рецептивная музыкальная психотерапия (Петрушин В. П., 1997; Декер-Фойгт Г.-Г., 2003). В некоторых отделениях оренбургских психиатрических больниц также применяется этот метод, например, в виде сеансов релаксации с использованием специальных аудио- и/или видеопрограмм. Однако знакомство с работой Клиники Ментершвайге подтолкнуло психотерапевтов Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2 к использованию активной музыкальной терапии. К настоящему времени имеется довольно большой опыт этой работы, созданы различные модификации первоначальной методики.

Активная групповая музыкотерапия, как и другие формы творческой деятельности, представляет собой терапию преимущественно невербального вида, при которой в группе ставятся общие внутригрупповые цели (в данном случае — освоение альтер-

1. В написании раздела принимал участие врач-психотерапевт ОКПБ № 2 М. Н. Искандеров.

нативных способов реализации чувственных переживаний, согласование эмоциональных состояний, выработку навыков коллективного взаимодействия и дальнейшее развитие их в реальных межличностных и временных условиях). Большое значение для действенности этой терапии имеет не объект (музыкальный инструмент, мелодия) или форма (метод) проведения занятий, а содержание переживаний, возникающих в ходе процесса и взаимодействия его участников. Поэтому успешность проведения занятий определяется возникновением сопереживания и сочувствия в среде участников (в смысле «совместного чувствования»), активностью реализации и проработки имеющихся и непосредственно возникающих эмоциональных состояний. Для терапевта необходимо учитывать фактор групповой динамики в качестве характеристики процессов и отношений, возникающих между участниками групповых занятий.

С точки зрения динамической психиатрии с помощью групповой динамики музыка и музицирование позволяют легче осознать и воспринять групповые процессы и межличностную проблематику. В этом есть определенное сходство с аналитической милье-терапией, в которой в качестве такого «переходного объекта» используется совместная деятельность пациентов. На музыкальных занятиях акцент делается на стимулирование взаимодействия участников через музыкальные инструменты, в основном ударные. Пациенты учатся находить общий ритм, брать ответственность за формирование и поддержание контакта друг с другом.

В условиях оренбургской больницы активная музыкотерапия в группе не является самостоятельным (изолированным) методом лечения и проводится параллельно с другими группами. Следовательно, ее цели ограничиваются решением задач I - II - III уровней по систематизации В. М. Воловика и др. (1982). Расшифровывая постановку целей, напомним: к задачам I уровня относятся стимулирование эмоциональности, налаживание коммуникаций и социальная активация; к задачам II уровня, решаемым в рамках активной групповой музыкотерапии, относятся восстановление согласованного взаимодействия разных уровней психической деятельности, тренировка общения и повышение уверенности в себе. Однако, как будет показано ниже, интегрирование в описываемый метод элементов ролевых игр, постановка и решение в ходе занятия психодраматических задач при работе в подгруппах или попарно, зачастую с привлечением актуальной проблематики пациентов, расширяет цели активной групповой музыкотерапии до решения задач III уровня (оптимизации социального поведения, коррекции дезадаптирующих отношений и установок), а иногда и IV уровня (раскрытия содержательной стороны психологического конфликта и перестройки нарушенной системы отношений пациента).

В соответствии с поставленными целями можно выделить следующие направления терапевтического действия музыкотерапии (Петрушин В.И., 1997):

- эмоциональная активация, расширение и развитие эмоциональной сферы;
- содействие развитию коммуникативных функций и навыков межличностного взаимодействия с акцентом на невербальные способы коммуникации;
- развитие творческого воображения и фантазии;
- развитие чувства коллективизма;
- регулирующее влияние на психологический тонус;
- повышение эстетических потребностей пациентов.

Последние два пункта отрабатываются преимущественно за счет рецептивной формы музыкотерапии или рецептивного компонента активной музыкотерапии.

Реализация данных направлений лечебного воздействия осуществляется рядом типичных механизмов группового процесса с учетом своеобразия методики (Ялом И., 2000):

- эмоциональная разрядка посредством проработки отрицательных и стимуляции положительных эмоций в ходе работы с музыкальными инструментами;
- получение новых средств и способов для адекватного выражения эмоциональной экспрессии;
- повышение социально-коммуникативной активности в процессе «звукового» (мелодического, ритмического) взаимодействия в группе;
- облегчение формирования новых отношений и установок.

Можно выделить ряд специфических рекомендаций к условиям и организации группового процесса в форме активной музыкальной терапии у пациентов с заболеваниями психотического уровня.

1) Состав группы — от 6 до 12 человек, предпочтительно одновременное участие мужчин и женщин, т. е. смешанные группы.

2) Набор инструментов ударно-перкуSSIONного ряда (барабаны, бонги, тамтамы, тарелки, литавры, ксилофон, колокольчики, тамбурины, кастаньеты и т. п.), либо простых в обращении других инструментов — блок-флейты, дудки, элементарные струнные (балалайка, гитара). Причем последние стоит вводить с осторожностью, так как их резкое, порой диссонирующее с общим музыкальным рядом звучание, может вызвать либо уход пациента в пассивную позицию, либо негативное отношение как непосредственно к ним, так и ко всему групповому процессу в целом со стороны других участников группы. Другие инструменты следует вводить либо по просьбе пациентов, либо при наличии в составе группы пациентов с навыками владения определенным инструментом.

3. Желательно, но не обязательно: для терапевта или котерапевта наличие навыков владения тем или иным музыкальным инструментом и/или элементарные знания в области музыки.

4. Выделение и оборудование соответствующего помещения для проведения занятий.

Вопрос о наличии у ведущего какого-либо музыкального образования является довольно спорным. Так как речь идет о разновидности группового динамически ориентированного психотерапевтического процесса, а не о музыкальных занятиях, то в первую очередь необходимым представляется именно психотерапевтическая подготовка. Однако должная музыкальная подготовка может не только облегчить понимание группового процесса, но и существенно дополнить традиционные механизмы действия групповой терапии. Опасность заключается в том, что музыкальные эстетические пристрастия терапевта могут начать превалировать над собственно терапевтической активностью. Контроль со стороны котерапевта позволит избежать этих осложнений.

Аналогичным образом можно сформулировать отношение к участию в группе пациента с навыками игры на музыкальном инструменте. Подобные вопросы (как и проблема специальной подготовки ведущего) возникают при проведении любой психотерапии, основанной на творческом самовыражении. С одной стороны, наличие в группе пациента, владеющего тем или иным инструментом, можно рассматривать как положительный момент. В этом случае, потенциально занимаемая им роль аль-

тернативного ведущего положительным образом будет влиять на динамическую составляющую в группе, а терапевт, в свою очередь, получит дополнительную возможность слежения за ходом процесса вообще и групповой динамикой в частности, уменьшится директивность ведения процесса, появится больший простор для корректирующих вмешательств. С другой стороны, излишняя концентрация внимания на таком пациенте, подавление других участников группы, изначально проигрышная позиция «сравнения» мастерства игры может существенно осложнить или даже сорвать групповой процесс. В этом случае, как и во многих других, все будет зависеть от профессионализма ведущего группы, которому необходимо принимать в расчет еще и этот специфический факт при проведении музыкальной терапии.

Обычно используется следующая схема построения занятия.

1. Знакомство членов группы друг с другом, разъяснение целей, методов и принципов проведения занятия.

2. Выбор музыкальных инструментов самостоятельно пациентами.

3. «Звуковое приветствие» каждого из участников группе с помощью выбранных инструментов.

4. «Разминка» — общая спонтанная импровизация на музыкальную тему, предлагаемую ведущим-терапевтом или одним из пациентов.

5. Коллективное обыгрывание известных музыкальных тем.

6. «Музыкальные картины». Создание с помощью звуков определенного общего доминирующего настроения или состояния, возникшего при созерцании окружающего. Возможные темы: «погода и времена года», «настроение или чувственное переживание, навеянное погодой, представляемым или реальным пейзажем». Упражнение содержит компонент ролевых игр, так как пациенты неизбежно приходят к распределению ролей (музыкальная картина «осень»: «я буду изображать дождь», «я — завывания ветра» и т. п.).

7. Работа в подгруппах — деление на две-три группы либо попарно. Включение в групповой процесс элемента групповых упражнений в следующем виде — звуковые: а) диалоги, б) дуэты (соревновательный компонент), в) проработка определенных ситуаций с использованием механизма конфронтации с жизненными проблемами (например, невербально, посредством инструментов изобразить семейную ссору с последующим примирением, признаться в любви, изобразить просьбу, отказ, угрозы, приглашение и др.).

8. Вербальная часть. Рефлексия пациентами по поводу прошедшего занятия. Крайне важный момент, при исключении которого эффект группового занятия низводится до приятного времяпровождения, а роль терапевта — до роли альтернативного массовика-затейника.

В завершающей части занятия проводится обсуждение по следующим осям:

1. Мнение пациентов о процессе — общее впечатление от занятия, оценка степени слаженности и сплоченности.

2. Поочередная индивидуальная рефлексия — изменилось ли состояние и настроение, если да, то каким образом, за счет чего именно, оправдались ли ожидания от группы.

3. Кого можно выделить из группы — кто активно работал, создавал общее настроение и др. Оценка степени активности участников и распределения ролей (высказывания, адресованные пациентами друг другу).

4. Замечания и пожелания к дальнейшему проведению, адресованные пациентами терапевту.

5. Положительное подкрепление — мнение терапевта, краткий анализ проведения занятия.

Модифицированным вариантом группового занятия является интеграция рецептивной музыкотерапии в активный процесс. Происходит это следующим образом. В основной части занятия пациентам предлагаются на прослушивание отрывки известных классических произведений с последующим обсуждением: характер музыкального произведения, преобладающие настроения, чувства, эмоции и, возможно, воспоминания, возникшие в результате прослушивания. Зачастую последний пункт обсуждения проходит в виде озвучивания визуализаций, имевших место у пациентов в ходе слушания. Далее предлагается отреагировать и проработать индуцированные, возникшие у участников занятия, «прочитанные» в музыке или заложенные, по мнению пациентов, композитором эмоциональные состояния с помощью имеющихся в распоряжении музыкальных инструментов. Иными словами, предлагается «звуковое изложение заданного музыкой настроения», по сути аналогичное пункту 6 предлагаемой схемы проведения терапии («музыкальные картины»).

Подобный метод способствует высвобождению аффекта, помогает выработке у пациента способности к более тонкой дифференцировке собственных эмоций с последующей их вербализацией, возможности более глубоко оценивать эмоциональные состояния окружающих, может оказывать регулирующее влияние на психологический тонус пациентов.

В отличие от используемой в Клинике Ментершвайге формы музыкальной терапии, ориентированной на непосредственно происходящие в группе процессы, прорабатываемые с помощью инструментов (вследствие этого активная работа проводится в малых — 2-4 человека — подгруппах) и на отражение групповой динамики в соответствии с принципом «здесь и сейчас», используемый метод больше акцентирован на развитии коммуникативных функций и навыков межличностного взаимодействия.

Модифицированная методика сфокусирована на проработку существующих переживаний, напрямую не связанных с отношениями в группе, но проецируемых на ее членов, посредством актуализации прежнего эмоционального опыта, направлена на развитие способности к коллективному конструктивному взаимодействию с достаточным уровнем креативности. Поэтому при сохранении фактора спонтанности, который, как правило, имеет место при достаточной зрелости группы, предлагается, прежде всего, структурированная форма проведения с возможными вариациями. Это обеспечивает достаточный уровень активизации участников, определяет степень активности самого терапевта и его ответственность за происходящие в группе процессы, устанавливает необходимый, в силу существующих у пациентов негативных эмоционально-волевых расстройств, уровень директивностиTM.

При необходимости акцентирования внимания группы непосредственно на групповые процессы проводится музыкальная терапия в форме более близкой к «традиционной».

Занятия в отделении «Динамической психиатрии (психотерапии)» осуществляются регулярно 2 раза в неделю в установленные дни. Обычно невербальные группы проводятся один раз в неделю, однако, активная музыкальная терапия была настоль-

ко хорошо воспринята пациентами, что было решено увеличить частоту сеансов. Продолжительность занятия — 1 час. Группы, благодаря контингенту отделения, являются смешанными и, в силу особенностей госпитализации и выписки пациентов, открытыми. Средняя длительность курса терапии 1,5-2 месяца. При существовании длительного времени стабильного состава группы отмечалось формирование и прохождение группой основных фаз развития её в соответствии с понятием групповой динамики, отслеживалась реализация основных характеристик групповой динамики, таких как групповая сплоченность, проблема лидерства, напряжение, актуализация прежнего эмоционального опыта, формирование подгрупп.

В качестве контроля эффективности занятий, а также с целью влияния на динамику и активность группового процесса, применяется метод отсроченной обратной связи посредством просмотра и анализа пациентами видеозаписей собственных групповых занятий.

Танцевальная психотерапия. Танцевальная или танцедвигательная терапия в последние годы получает все большее распространение (Рудестам К., 1998; Шкурко Т. А., 2003). Не касаясь истории данного метода и традиционных техник, ниже описывается применение их в психиатрической клинике больницы.

Под танцевальной терапией или хореотерапией понимают использование танца, пластики и ритмики в лечебных и профилактических целях (Карвасарский Б. Д., 2000).

Первоначально в психиатрическом стационаре стал внедряться метод активной музыкотерапии, который включал в себя игру на музыкальных инструментах (барабаны, бонги и др.) с последующим эмоциональным отреагированием и обсуждением. В дальнейшем в методику начали внедряться элементы танцевальной терапии. Толчком к занятиям непосредственно хореотерапией послужило начало сотрудничества между оренбургскими психотерапевтами и Клиникой Ментершвайге. Личное участие в демонстрационных тренингах по танцевальной терапии в России и Германии, наблюдение за особенностями проведения танцтерапии в мюнхенской клинике способствовали активному внедрению методики в работу.

Танцевальная терапия (хореотерапия) — вид психотерапии, в котором психотерапевт использует движения как основное вмешательство для достижения терапевтических целей, где задачей терапевта является обращение к спонтанному или естественному репертуару движений членов группы с целью его усовершенствования и расширения. Изначально была избрана динамически ориентированная танцевальная терапия, в рамках которой танец, также как и музыка, изображение и пр. является лишь еще одним специфическим способом проникновения во внутренний мир пациента, в его бессознательное, с целью лучшего понимания и коррекции существующей проблематики.

Не останавливаясь на терапевтических механизмах танцевальной терапии, изложенных в соответствующей литературе, можно лишь подчеркнуть два важных момента. Так, по данным одного из последних метаанализов (цит. по Perrez M., Baumann U., 1996), при исследовании эффективности различных психотерапевтических методик лечения шизофрении, телесно-ориентированная терапия (разновидно-

1. При подготовке данного раздела использовались материалы врача-психотерапевта ОКПБ № 2 В. Н. Пономаренко.

стью которой является хореотерапия) оказалась в числе первых трех наиболее действенных методов, наряду с семейной и когнитивной терапией. При этом она существенно опередила такие распространенные и общепринятые методы, как поведенческая терапия, социотерапия и консультирование по жизненно важным и профессиональным вопросам. Также представляется значимой связь между движением, собственным телесным образом пациента и когнитивными структурами. При воздействии на двигательные паттерны, таким образом, оказывается терапевтическое воздействие на нарушенную когнитивную систему пациента (Рудестам К., 1998).

Опыт проведения хореотерапии в условиях психиатрического стационара позволил выделить следующие позитивные моменты данного метода:

- Творческая занятость (структурированность времени в стационаре);
- Эмоциональное оживление (активация) пациентов, посещавших группы хореотерапии;
- Усиление мотивации к психотерапии (потребность в терапии танцем);
- Появление чувства сплоченности, комфортности по отношению к другим участникам группового процесса, выработка социальных навыков;
- Эмоциональная поддержка;
- Создание положительного образа тела;
- Повышение самооценки, уверенности в себе;
- Освобождение подавленных чувств и исследование конфликтов (в том числе скрытых), которые могут быть источником психического напряжения (рефлексия);
- Совместная работа, игра и упражнения в ритмических действиях, экспериментирование с жестами, позами, невербальное общение друг с другом служат приобретению нового группового опыта.

Можно выделить ряд специфических рекомендаций к условиям и организации группового процесса в форме танцевальной терапии у пациентов с заболеваниями психотического уровня.

1. Состав группы—от 6 до 12 человек, предпочтительно одновременное участие мужчин и женщин, т.е. смешанные группы. Это особенно важно в танцевальных группах, учитывая спонтанный эмоциональный характер взаимодействия участников.

2. Наличие соответствующей музыкальной аппаратуры для качественного сопровождения танца. Возможно проведение танцевальной терапии при импровизированном участии одного или нескольких членов группы. В этом случае необходимы музыкальные инструменты, а само групповое занятие может проходить в помещении музыкальной терапии.

3. Выделение и оборудование соответствующего помещения для проведения занятий. Имеется в виду достаточная площадь для проявления экспрессивных реакций участников, которые не должны быть ограничены искусственно.

4. В идеале участникам группы должна быть предоставлена возможность заранее отобрать тот или иной отрывок из музыкального произведения, под который они будут танцевать в группе. Выбор произведения непосредственно в группе непродуктивно увеличивает время проведения занятия.

Методика проведения танцевальной терапии состоит в следующем. В психотерапевтической группе пациент под музыкальное сопровождение исполняет индиви-

дуальный танец, пытаясь в движении передать настроение, чувства и собственные переживания на данный момент. Речь, естественно, идет не о приобретении или демонстрации каких-либо танцевальных навыков, а о максимально свободном самовыражении, ведущем к отреагированию подавленных эмоций и последующей интеграции целостного «Я» пациента. Группа является той сценой или экраном, на котором отражаются переживания танцующего, при этом очень важна положительная преимущественно эмоциональная реакция присутствующих во время и особенно после окончания индивидуального танца. Например, более важным представляется подать человеку после танца стакан воды или полотенце, чем на словах выразить свое отношение к представленным движениям. Вербальное обсуждение затрагивает в основном те эмоциональные реакции и/или ассоциации, которые вызвал танец у членов группы. Поощряется представление позитивной обратной связи танцующему участнику группы.

При использовании видеосъемки долгосрочной групповой танцевальной терапии допустим просмотр записей в группе с целью отслеживания позитивных моментов в восприятии конкретным пациентом собственного телесного образа. Обычно это проявляется в существенном расширении репертуара двигательных реакций, в более спонтанных и свободных движениях, включении в танец всего тела, в усилении невербального общения со зрителями посредством танца.

Выбор музыкального произведения для танца отражает специфику состояния пациента в данный момент и дает терапевту информацию для анализа. Поэтому так важно предоставить пациенту достаточно времени для отбора соответствующего музыкального отрывка. Это особенно актуально для российских пациентов, подавляющая часть которых не имеет какого-либо музыкального образования. Динамика состояния пациента находит свое отражение как в выборе той или иной музыки, так и непосредственно в танце. Например, выход из депрессии приводит к постепенному изменению музыкальных пристрастий и двигательной экспрессии. Причем иногда эти процессы опережают клинически определяемое улучшение состояния.

В качестве музыкального сопровождения рекомендуется использовать преимущественно классические произведения и/или современную аранжировку классической музыки. Смысл танцевальной терапии в воспроизведении максимально спонтанных движений, связанных непосредственно с глубинными переживаниями человека, может быть искажен при применении современных музыкальных произведений, так как танцующий обычно просто начинает повторять типичные «дискотечные» стереотипы.

Продолжительность группового занятия — 1 час. Индивидуальный танец длится столько времени, сколько захочет пациент. Нет необходимости танцевать, пока не закончится музыка. Начало и окончание танца определяет сам танцующий. В начале занятия группы ведущему необходимо выяснить, кто сегодня хочет показать свой танец, для того чтобы четко определить количество людей, работающих в этот день и структурировать деятельность группы. В условиях отделения группы обычно являются открытыми. Средняя продолжительность курса терапии 1,5-2 месяца.

В начале работы группы ведущий может показать собственный танец для снятия напряжения и стимулирования у участников к большему самовыражению. Тренинг по танцевальной терапии представляет профессионалам уникальную возможность

для самопознания и личностного роста. Для проведения терапии необходим собственный опыт танцевальной экспрессии.

В отделении «Динамической психиатрии (психотерапии)» танцевальная терапия проводится в комплексе с другими групповыми занятиями. Особенно эффективно одновременное участие пациента в группах танцевальной и музыкальной терапии. Индивидуальное самовыражение участника на танцевальных занятиях удачно дополняется групповым взаимодействием посредством импровизации на различных музыкальных инструментах. И в том, и в другом случае важны не «правильность» или техника игры и/или танца, а спонтанность, креативность, отреагирование, возможность соприкоснуться с собственными проблемами и трудностями, принятие ответственности за свое поведение.

За эти годы в больнице через группы танцевальной терапии прошли несколько сот пациентов. С учетом индивидуально-культурных особенностей, накопленного опыта, пожеланий пациентов был расширен изначальный репертуар музыкального сопровождения от классических музыкальных произведений (Бах, Шопен, Моцарт, инструментальной обработки классической музыки, профессиональной танцевальной музыки) до народного фольклора и собственного импровизированного сопровождения. Был внесен элемент спонтанности, как индивидуального танцевального рисунка, так и группового взаимодействия.

С распространением идей и методик динамической психиатрии в Оренбурге расширился и опыт использования танцевальной терапии. Большое число психологов познакомилось с этой методикой во время обучающего семинара, проведенного сотрудниками Клиники Ментершвайге. С этого времени танцевальная терапия этой школы начала использоваться вне психиатрии в работе с беременными женщинами в женской консультации, в группах личностного роста студентов оренбургских институтов, при оказании консультативной помощи психически здоровым людям. Эта тенденция, вероятно, сохранится и будет развиваться дальше.

Таким образом, танцевальная терапия может использоваться в качестве вспомогательного (или основного) метода психотерапии, как в психиатрических стационарах, так и вне их, например, в группах детей и подростков, в санаторно-курортных условиях, при коррекции дисгармоний в супружеских парах, для социально-психологического и двигательного тренинга людей с нарушениями слуха и зрения, а также в работе со здоровыми людьми, имеющими психологические затруднения, с целью улучшения социально-личностной адаптации и группового взаимодействия, а также для выражения и отреагирования сильных эмоций.

Показатели работы отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)». Приведем некоторые показатели работы отделения и статистические данные за прошедший 2002 г. Пролечено 127 пациентов, из них 85,6 % переведены из других общепсихиатрических отделений стационара, 14,4 % поступили непосредственно в отделение. Процент пациентов, сразу поступающих в отделение, неуклонно растет. По мере развития амбулаторной психотерапевтической помощи в рамках психиатрической службы, создания системы преемственности между стационарным и внеболь-

1. В подготовке этого раздела принимал участие заведующий отделением «Динамической психиатрии (психотерапии)» Ю. Л. Пустотин.

ничным звеном, внедрения стационарзамещающих технологий число таких пациентов будет увеличиваться.

Из пролеченных мужчины составили 37 %, женщины соответственно 63%. Определенное напряжение со стороны персонала вызывала перспектива смешанного по полу состава пациентов. Первые несколько месяцев в отделении были только пациенты-женщины, однако когда к ним присоединились мужчины, выяснилось, что большая часть опасений напрасна. Климат в отделении и терапевтических группах стал естественнее, групповая динамика начала отражать реальную жизненную картину, расширилась возможность терапевтической модификации поведения.

Структура поступивших пациентов по нозологическим формам представлена следующими данными: шизофрения — 74 чел. (58,2 %) — преобладали пациенты с психопатоподобным, депрессивным синдромами, негрубым эмоционально-волевым снижением; органическое поражение головного мозга — 31 чел. (24,4%) — в этой группе преобладали пациенты с астеническими расстройствами, негрубым психоорганическим синдромом, расстройствами настроения; невротические и личностные расстройства — 9 чел. (7 %); олигофрении — 6 чел. (4,7 %); зависимости — 7 чел. (5,5 %).

Общественно опасные пациенты от числа пролеченных составили 28,9 %, двое пациентов (2,6 %) находились на принудительном лечении. Оборот койки составил 4,0; работа койки — 290 дней; повторность поступления — 16 %.

Для оценки эффективности психотерапевтического процесса и выбора мишеней терапевтического воздействия с точки зрения динамического подхода, использовались две экспериментально-психологические методики: Я-структурный тест Аммона и опросник ВОЗ «Качество жизни-100» (ВОЗКЖ-100), базовый и специфический модули. Обследование пациентов проводится дважды, при поступлении и выписке из отделения. К настоящему времени обследовано 55 пациентов.¹

По данным ISTA у пациентов отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» (n=55) после проведенного комплексного лечения отмечается улучшение по большинству показателей на уровне тенденции к статистической значимости. Статистически достоверные различия ($p < 0,05$) средних значений обнаруживают показатели четырех шкал.

Уменьшилась «деструктивная агрессия» (с $6,3 \pm 3,25$ до $5,5 \pm 2,97$). Понятие «агрессии» одно из ключевых в концепции Г. Аммон. «Деструктивная агрессия» представляет собой определенную деформацию нормальной способности к деятельному, активному взаимодействию с окружающим миром и выражает интериоризированный запрет на собственную автономию и идентичность. В поведении деструктивная агрессия проявляется склонностью к разрушению контактов и отношений, в деструктивных поступках вплоть до неожиданных прорывов насилия и/или суицидальных тенденций. Снижение этого показателя свидетельствует об улучшении социальной адаптации пациента, поскольку эти изменения способствуют более адекватной реализации его сознательных целей и планов.

Отмечено уменьшение значений шкалы «дефицитарная тревога» (с $5,95 \pm 2,48$ до $5,2 \pm 2,76$). Постепенное осознание собственных страхов и переживаний позволяет приобрести новый жизненный опыт, восстановить более эмоционально насыщенные

1. В подготовке данного раздела принимали участие Е. В. Анисимова и Л. В. Сахарова.

отношения с окружающими, полнее воспринять пусть болезненную, но истинную реальность.

Также значительно улучшились показатели шкалы «дефицитарный нарциссизм» (с $5,9 \pm 3,06$ до $4,76 \pm 3,14$). Дефицитарный нарциссизм понимается как недостаточная способность формировать целостное отношение к себе, развивать дифференцированное представление о собственной личности, своих способностях и возможностях. Речь идет о глубоком нарушении одной из центральных функций «Я». В поведении дефицитарный нарциссизм проявляется низкой самооценкой, выраженной зависимостью от окружающих, невозможностью устанавливать и поддерживать полноценные межличностные контакты и отношения без ущерба своим интересам и потребностям. В процессе психотерапии в отделении происходит уменьшение чрезмерной конформности пациентов, восстановление подлинных человеческих контактов, повышение самооценки и, соответственно, отпадает необходимость в постоянной нарциссической подпитке. Из пассивного реципиента лечения пациент постепенно преобразуется в более активного и сознательного участника реабилитационного процесса.

Уменьшились значения шкалы «деструктивная сексуальность» (с $4,62 \pm 3,30$ до $3,8 \pm 2,99$). В поведении деструктивная сексуальность проявляется нежеланием или неспособностью к глубоким, интимным взаимоотношениям. Человеческая близость зачастую воспринимается как обременительная обязанность или угроза потери аутистической автономии, а потому избегается или обрывается. Улучшение этого показателя говорит о лучшем понимании телесных потребностей, необходимости эмоциональной близости, доверительности и теплоты. В этой связи можно напомнить о смешанном составе пациентов в отделении.

При анализе динамики показателей опросника Всемирной организации здравоохранения качества жизни (ВОЗКЖ-100) получены достоверно значимые различия ($p < 0,05$) средних значений оценок по 9 шкалам. Так итоговый показатель «Общее значение 6 основных сфер качества жизни» вырос с $68,67 \pm 6,16$ до $75,75 \pm 10,31$.

В «психологической сфере» обращает на себя внимание значительное увеличение субсферы «самооценка» с $10,5 \pm 1,84$ до $12,6 \pm 2,22$ баллов, что может являться показателем успешной работы с образом «Я» и социальной компетенцией пациентов.

В сфере «уровень независимости» рост значений субсферы «способность выполнять повседневные дела» (с $11,2 \pm 2,93$ до $14,2 \pm 1,99$) свидетельствует об улучшении способности заботиться о себе, осмысленно выполнять ежедневную нагрузку, принимать помощь от других лиц.

Особо обращает на себя внимание достоверное увеличение субсферы «практическая социальная поддержка» (сфера «социальные отношения») (с $9,5 \pm 3,95$ до $11,8 \pm 3,77$), что отражает реальное влияние терапевтической среды в отделении, в которой пациент чувствует поддержку, облегчение и возможность получить практическую помощь.

В сфере «окружающая среда» изменились те параметры, которые, очевидно, отражают субъективное отношение пациентов к условиям их пребывания в отделении, возможно, в сравнении с условиями жизни вне стационара. Увеличилось значение следующих субсфер — «финансовые ресурсы» (с $10,4 \pm 1,71$ до $11,5 \pm 2,12$), «возможности для отдыха и развлечений и их использование» (с $9,3 \pm 2,54$ до $12,2 \pm 2,97$) и «медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» (с $9,6 \pm 2,12$ до $11,6 \pm 2,59$).

Последний пункт очень важен, учитывая значимость субъективного мнения пациента для установления терапевтического контакта и эффективности проводимого лечения. Эти показатели иллюстрируют возможность занятости в отделении, психообразовательный аспект работы, атмосферу принятия и поддержки при условии достаточной личной защищенности.

В целом, при анализе данных, отражающих психическое состояние пациентов до и после лечения в отделении «Динамической психиатрии (психотерапии)», выявлено возрастание активности, эмоциональной открытости, улучшение навыков межличностного общения и умения адекватно оценивать себя и свои переживания. Изменилось представление о заболевании, включая важность приема поддерживающего лечения; повысилась самооценка, наряду со способностью принимать помощь со стороны; улучшилось отношение к психиатрическим лечебным структурам.

10.6.4. Взаимодействие и подготовка специалистов, среднего и младшего персонала для полипрофессиональных форм работы

Помимо формальных характеристик, самыми значимыми для успеха психотерапии являются особые параметры специалиста — его умение устанавливать терапевтический контакт с больным, неспецифические внерольные характеристики его поведения, требования, предъявляемые к его личным качествам и профессиональной подготовке.

«Психотерапевтическое мышление должно стать личностной чертой, оно должно пронизывать весь стиль поведения врача. Для психотерапевта необходимы совершенное владение навыками общения, ролевая гибкость, эмоциональная стабильность, безупречный эмоциональный контроль. По выражению Н. Sullivan, «психотерапия — это ситуация, в которой встречаются два человека, один из которых менее тревожен» (цит. по В. Д. Вид, 2000).

Объем работы не позволяет подробно остановиться на проблеме взаимоотношений между пациентом и терапевтом — ключевом вопросе для психотерапии. «Взаимоотношения — это и есть терапия» (Кан М., 1997). Можно лишь перечислить некоторые параметры терапевтического контакта — явления переноса и контрпереноса, эмпатическое отношение, безусловная положительная оценка пациента, конгруэнтность, психотерапевт эмпатически воспринимает пациента (так называемая триада — С. R. Rogers), которые являются во многом определяющими для успеха психотерапии. При каждой встрече с пациентом вопрос о контрпереносе в широком понимании этого термина («как действует на меня другой, что он во мне вызывает?») должен стать основой нашей деятельности (Дёрнер К., Плог У., 1997).

В этой связи, большое значение приобретает обязательное постоянное последипломное совершенствование своего профессионального уровня. Речь идет об участии в профессиональных и личностных тренингах, в балинтовской группе и о процессе супервизии. Различные формы и методы такой работы подробно изложены в специальной литературе (Бараш Б. А. и др., 1992; Винокуров В. А. и др., 1998). Здесь имеет смысл остановиться лишь на самых основных моментах.

Тренинги позволяют не только освоить новые техники и методики, но и способствуют решению личностных проблем психотерапевта, которые в противном случае неизбежно бы влияли на терапию. С их помощью можно модифицировать нежела-

тельные элементы своего поведения и лучше понять, что происходит с пациентом во время лечения, опробовав на себе предлагаемый метод.

При условии работы психотерапевтов в одном учреждении более предпочтительны балинтовские группы. Целью и задачами балинтовских групп является повышение компетентности в профессиональном межличностном общении; осознание личностных «слепых пятен», мешающих терапевтическим отношениям с пациентом; расширение представлений о возможностях лечебного процесса; психопрофилактика участников группы, основанная на возможности проработки «неудачных случаев» в ситуации групповой поддержки. Основным объектом исследования в классических балинтовских группах — это отношения врач - пациент. Дискуссия строится не на клиническом анализе конкретного больного (клинический разбор) и не на личностных особенностях данного врача (личностный тренинг). В центре внимания — различные аспекты взаимодействия и взаимоотношений врач - пациент в меняющейся ситуации. Деятельность балинтовской группы может быть успешной лишь при стабильном составе участников и длительной (многолетней) работе. В некоторых клиниках в состав групп включаются не только врачи и психологи, но и средний медицинский персонал, и социальные работники.

Работа под наблюдением супервизора (более опытного, со специальной подготовкой профессионала) позволяет обратить внимание на технические погрешности, ригидные способы решения определенных проблем, обсудить тактику лечения и поведения в некоторых сложных ситуациях. При групповой психотерапии возможный способ общения с супервизором — это работа в качестве котерапевта в одной группе. Применение видеотехники позволяет значительно расширить формы и методы профессионального совершенствования. Видеозапись терапии можно использовать в рамках профессионального тренинга для последующего обсуждения в балинтовской группе или для обсуждения с супервизором.

Все, что касается последипломного профессионального совершенствования врачей-психотерапевтов, относится и к другим специалистам, участвующим в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи (психологам, социальным работникам, персоналу и т. д.), тем более, если речь идет о терапевтической бригаде. Особенностью работы с психотическими пациентами является значительно большая психологическая нагрузка, с одной стороны, и специфические требования к личностным качествам терапевта (способность выступать для пациента в качестве переходного объекта) — с другой (Роут Ш, 2002). Эти обстоятельства также делают крайне необходимым для терапевта участие в профессиональных группах.

Указанные формы работы (тренинги, балинтовские группы, супервизия), являются не просто «желательными», а обязательными, согласно последним приказам Министерства здравоохранения, и входят в образовательный стандарт специалиста (психотерапевта, психолога, социального работника), необходимый для получения сертификата.

Многолетний опыт Клиники Ментершвайге, где интенсивной работе с сотрудниками уделяется особое внимание и эта деятельность фактически находится в центре терапевтического процесса, указывает весьма ценные ориентиры для построения системы постоянной последипломной профессиональной подготовки сотрудников на рабочем месте. Это относится и к групповой супервизии с психотерапевтами и психологами Оренбурга. В Оренбургской областной клинической психиатрической

больнице № 2 регулярно проводится работа с врачами-психотерапевтами. Большую роль в профессиональном росте психотерапевтической службы больницы сыграл Областной организационно-методический и консультативный центр по психотерапии и медицинской психологии. Сотрудники Психотерапевтического центра оказывают большую методическую помощь врачам и психологам стационара, проводят регулярные семинары с персоналом, ведут психотерапевтические группы, занимаются научно-исследовательской работой. Особое внимание уделяется формированию единого коллектива специалистов.

Еженедельно совместно с работниками Психотерапевтического центра происходит встреча психотерапевтов больницы. Эта работа организована в соответствии с определенным графиком.

1 раз в месяц проводятся:

1) балинтовская группа или супервизия, с привлечением внешнего супервизора из числа сотрудников психотерапевтического центра;

2) теоретический семинар, в ходе которого обсуждаются различные теоретические и практические вопросы психиатрии и психотерапии;

3) конференции с групповым разбором пациента, в котором он сам может принимать участие;

4) 1 раз в неделю собрание бригады посвящено работе психотерапевта одного из общепсихиатрических отделений.

Впервые предпринята попытка осуществления регулярной внешней супервизии сотрудников. Группа работает под руководством сертифицированного супервизора Российской психотерапевтической ассоциации. Планируется, что в последующем сами психотерапевты смогут проводить балинтовские группы с сотрудниками своей бригады (отделения).

В последние годы значительно больше внимания стали придавать работе со средним и младшим медицинским персоналом лечебных учреждений. Внедрение биопсихосоциального подхода в психиатрическую практику, расширение спектра психосоциальных воздействий на пациента, организация полипрофессиональных бригад, включающих всех сотрудников, значительно повышает роль и значение персонала в терапевтическом и реабилитационном процессе. В тех регионах, где в психиатрическую службу внедряются различные реабилитационные технологии, одним из первых возникает вопрос о подготовке среднего и младшего медицинского персонала. Так, например, в Санкт-Петербургской психиатрической больнице № 1 им. П. П. Кашенко открыта школа младшего медицинского работника со специально разработанной программой подготовки (Лиманкин О. В., 2003; Лиманкин О. В., Лаптева К. М., 2003).

При открытии отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» также возникла необходимость дополнительной работы с персоналом. Сотрудники Психотерапевтического центра на базе отделения проводят образовательные семинары со средним и младшим медицинским персоналом по вопросам психиатрии и психотерапии, обращая особое внимание на лечение психически больных в отделении «Динамической психиатрии (психотерапии)». Принципиально иные взаимоотношения, основанные на идеях терапевтического сообщества, которые постепенно формируются, требуют и нового отношения врачебного и среднего персонала к своей работе и к пациентам. Психотерапевтическим центром разработана программа усовершен-

ствования среднего и младшего медицинского персонала на рабочем месте. В неё включены как теоретические, так и практические разделы. При разработке программы подготовки основной акцент был сделан не на традиционных вопросах психиатрической диагностики, которые обычно преподаются на циклах усовершенствования, а на психологических особенностях общения с человеком, страдающим психическим заболеванием. В доступной форме излагаются вопросы психологии пациента с шизофренией, аффективным расстройством и др.; субъективные переживания человека с бредовыми идеями, галлюцинациями, депрессией. Большое внимание уделяется формированию терапевтического контакта с пациентом. Рассматриваются такие вопросы, как история психотерапии, различные виды и методы психотерапии психически больных, основные идеи динамического подхода, опыт работы Клиники Ментершвайге, понятия терапии средой и терапевтического сообщества, роль медицинского персонала в психотерапевтическом процессе. Занятия проводятся непосредственно на рабочем месте с дежурной сменой, что не вызывает неудобства и, соответственно, сопротивления.

Средний и младший медицинский персонал подбирался, в основном, из сотрудников, не работавших или мало работавших в традиционном психиатрическом стационаре, и, соответственно, без сформировавшейся профессиональной деформации. Это способствует созданию новой терапевтической среды.

Формирование партнерских отношений между пациентом и врачом неизбежно приводит и к параллельным изменениям стереотипа отношений в системе врач - средний/младший персонал. Этот процесс может быть достаточно болезненным, так как связан с перераспределением властных полномочий внутри психиатрического сообщества.

Уже в начале работы отделения возникли описанные в литературе проблемы (Кискер К. П. и др., 1999), такие как размывание профессиональной идентичности сотрудников, разрушение привычной властной иерархии, конфликты с другими подразделениями больницы, увеличение объема работы персонала и др., которые требуют для своей коррекции и разрешения не только образовательной деятельности или административных решений, но и профессионального и личностного тренинга. В первое время «сквозной» темой балинтовских групп были переживания психотерапевтов, связанные с непониманием своей роли в психиатрическом отделении, пренебрежительным отношением со стороны психиатров, проблемой соотношения биологической и психологической помощи. Однако если врачи-психотерапевты, изначально имеющие большее, пусть и преимущественно теоретическое, представление о реформе психиатрической помощи, задачах нового отделения, терапии средой и т. п., тем не менее, нуждались в психологическом реагировании возникающих проблем, то персонал был лишен такой возможности. Поэтому в процессе усовершенствования, вначале вынужденно, а потом и целенаправленно специально прорабатывались вопросы изменения ответственности медицинского персонала в терапевтическом сообществе, границы дозволенного вмешательства в жизнь пациента, увеличение объема повседневной работы медицинской сестры, санитарки, социального работника, взаимоотношения с сотрудниками других отделений и пр.

В перспективе стоит вопрос о проведении регулярных балинтовских групп с персоналом, или о их включении в работу врачебной группы. Опыт интерактивного обучения с элементами ролевых игр также будет весьма востребован.

Таким образом, в психиатрии Оренбурга и Оренбургской области успешно начата адаптация специфического динамически ориентированного подхода к оказанию психотерапевтической помощи психически больным. В отделении «Динамической психиатрии (психотерапии)» разрабатывается модель стационарной комплексной терапии, основанная на идеях G. Amnion и других представителей динамической психиатрии и психотерапии и на опыте отечественной школы личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Внедрение новых идей, подходов и методик в каждодневную практику работы обычного психиатрического стационара, естественно, является трудоемким и длительным процессом. Помимо тех проблем и трудностей, о которых уже упоминалось выше, впереди возможны и более сложные проблемы. Полипрофессиональный подход к лечению диктует необходимость создания четкой и непротиворечивой системы взаимодействия всех специалистов (врачей, психологов, среднего персонала, социальных работников и др.), участвующих в терапии. Из отдельных профессионалов в итоге должна сформироваться единая бригада. Создание терапевтической среды требует принципиального изменения отношения к своей работе и к пациентам, для чего необходимы не только образовательные программы, но и личностные тренинги. Восприятие пациента как равноправного участника лечебного и реабилитационного процесса не может возникнуть по приказу сверху и нуждается для своего формирования в длительной и кропотливой работе.

Стационарная психотерапия и психосоциальная реабилитация эффективна только в том случае, когда дополняется развернутой системой амбулаторной помощи. Создание такой структуры — дело будущего. Это позволит не замыкаться в психиатрической среде, а активно (и на равных) привлекать к работе самих пациентов, членов семей душевнобольных, заинтересованные государственные и общественные организации, и, в конечном итоге, сформировать новую и эффективную службу психического здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Александров А. А., Балашова Т. Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе. — В кн.: Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. — СПб.; Иваново, 2000, с. 199-204.

Алексеев Б. Е., Лукина И. С. Семейная психотерапия и психология семейных отношений у больных психозами: Пособие для врачей. — СПб., 1995.

Аммон Г. Динамическая психиатрия. — СПб., 1995.

Бабин С. М. Организация психотерапевтической помощи в общепсихиатрическом стационаре: Методическое пособие. — Оренбург, 1998.

Бабин С. М., Сировская В. П., Пустотин Ю. Л. Психотерапия и терапия средой в Оренбургской психиатрии. — Социальная и клиническая психиатрия, 2001, т. 11, № 4, с. 55-59.

Бурбиль И. Терапия и психологическая диагностика в клинике динамической психиатрии: Методическое пособие. — Оренбург, 2003.

Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. — М.: Медицина, 1989.

Вассерман Л. И., Громов С. А., Михайлов В. А., Лынный С. Д., Флерова И. Л. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах. — В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001, с. 103-115.

Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. 2 изд. — СПб.: Питер, 2001.

Вид В. Д., Воловик В. М., Гончарская Т. В., Днепровская С. В. Методы групповой психотерапии психически больных: Методические рекомендации Минздрава РСФСР. — Л., 1982.

Вид В. Д., Лутова Н. Б. Специфические эффекты терапии средой по Г. Аммону. — В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001, с. 116-120.

Вид В. Д., Лутова Н. Б., Баженова С. Г. Метод психодинамически ориентированной милье-терапии в восстановительной терапии психически больных: Пособие для врачей. — СПб., 1999.

Виноградова Р. Н., Логунова А. М. Новые организационные формы психосоциальной реабилитации больных в областном психоневрологическом диспансере. — Социальная и клиническая психиатрия, 2001, т. 11, №4, с. 45^6.

Винокуров В. А., Кремлева О. В., Кулаков С. А., Токарев Н. А., Токарева Л. А., Эйдемиллер Э. Г. Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми: Учебное пособие. — СПб., 1998.

Гиссенский личностный опросник (использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач: Методическое пособие. / Сост. Е. А. Голынкина, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская и др. — СПб., 1993.

- Групповая психотерапия. / Под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера — М.: Медицина, 1990.
- Гурович И. Я., Голанд В. Б., Зайченко Н. М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994-1999). — М., 2000.
- Гурович И. Я., Сторожакова Я. А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии. — Социальная и клиническая психиатрия, 2001, т. 11, №3, с. 5-14.
- Гурович И. Я., Сторожакова Я. А. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество). — Социальная и клиническая психиатрия, 2003, т. 13, №1, с. 5-11.
- Гусева О. В., Иовлев Б. В., Щелкова О. Ю. Комбинированная (индивидуальная и групповая) психодинамическая психотерапия в реабилитации больных шизофренией. — В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001, с. 166-172.
- Декер-Фойгт Г.-Г Введение в музыкотерапию. — СПб.: Питер, 2003.
- Дёрнер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. — СПб., 1997.
- Дмитриева Т. Б., Тихоненко В. А. Концепция реабилитации в пограничной психиатрии. — В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001, с. 174-180.
- Залуцкая Н. М. Психодинамическая структура взаимоотношений в семьях больных психозами. — В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001, с. 189—196.
- Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. — СПб., 1999.
- Исследование и оценка нервно-психического здоровья населения: Пособие для врачей. / Авт. сост.: Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Б. В. Иовлев и др. - СПб., 2000.
- Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. 2-е изд. — Л., 1985.
- Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. — СПб., 1998.
- Казаковцев Б. А. Организация психиатрической помощи. — М., 1996.
- Казаковцев Б. А. Материально-техническое и кадровое обеспечение сети учреждений и подразделений, оказывающих психотерапевтическую помощь. — В кн.: Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. — СПб.; Иваново, 2000, с. 476-483.
- Казаковцев Б. А. Проблемы организации психиатрической и психотерапевтической помощи. — Социальная и клиническая психиатрия, 2001, т. 11, №4, с. 36-38.
- Караваева Т. А. Индивидуально-психологические, социальные и образовательные факторы, определяющие общую профессиональную стратегию врача-психотерапевта: Автор, дис.... канд. мед. наук. — СПб., 2003.
- Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985.
- Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. — М.: Класс, 2000.
- Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. — М.: Алетейя, 1999.
- Клиническая психология. / Под ред. М. Перре, У. Баумана. — СПб.: Питер, 2002.
- Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. / Под ред. М. М. Кабанова, К. Вайзе. — М.: Медицина, 1980.

Кольцов А. П., Ландышев М.А. Опыт двухлетней работы центра социальной психиатрии и реабилитации Рязанской областной клинической психиатрической больницы им. Н. Н. Баженова. — Социальная и клиническая психиатрия, 2003, т. 13, №2, с. 96-98.

Краснов В.Н. Охрана психического здоровья — общая ответственность. — Социальная и клиническая психиатрия, 2001, т. 11, №2, с. 5-7.

Лиманкин О. В., Лаптева К. М. Опыт реорганизации реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи. — Социальная и клиническая психиатрия, 2003, т. 13, №2, с. 99-104.

Ломаченков А. С. Качество жизни больных и оценка медицинских терапевтических интервенций. — В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001, с. 284-290.

Меркель В.А., Соловьева Н.В. Психосоциальная реабилитация хронически психически больных в условиях загородной психиатрической больницы. — Социальная и клиническая психиатрия, 2003, т. 13, №2, с. 105-106.

Методические приемы усовершенствования в области психотерапии (социально-психологический тренинг, тренинговые психотерапевтические группы, балинтовские группы). / Сост. Б. А. Бараш, Г. Л. Исурина, Б. Д. Карвасарский и др. — СПб., 1992.

Незнанов Н. Г. Клинико-психопатологическая характеристика, прогнозирование и психофизиологическая коррекция агрессивного поведения у больных с психическими заболеваниями. — Дисс. на соис. учен. степ. докт. мед. наук. — СПб., 1994.

Незнанов Н. Г., Петрова Н. Н. Качество жизни как мера оценки эффективности реабилитации больных. — В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001, с. 301-311.

Очерки социальной психиатрии. / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М., 1998.

Петрушин В. И. Музыкальная психотерапия. — М.: Композитор, 1997.

Попов Ю. В., Вид В. Д. Клиническая психиатрия. — СПб., 1996.

Портнов Л. М. История Оренбургской областной психиатрической больницы №2. — Оренбург, 2001.

Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. / Под ред. И. Я. Гуровича и А. Б. Шмуклера. — М.: Медпрактика, 2002.

Психосоциальная реабилитация и качество жизни. / Сборник научных трудов, т. 137. — СПб.: Институт им. В. М. Бехтерева, 2001.

Психотерапевтическая энциклопедия. 2 изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер Ком, 2000.

Раю Н. А., Гажа А. К. Психосоциальная реабилитация больных в Тамбовской областной психиатрической больнице. — Социальная и клиническая психиатрия, 2003, т. 13, №2, с. 94-95.

Рихарц Б., Дворжак М. Терапия средой в психиатрии, психотерапии и реабилитации. — Оренбург, 2000.

Ротенберг В. С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация. — М., 1984.

Семке В. Я. Превентивная психиатрия. — Томск, 1999.

Тупицын Ю. Я., Бочаров В. В. Методика оценки уровня психического здоровья. — В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001, с. 351—361.

Хайкин Р. Б. Художественное творчество глазами врача. — СПб.: Наука, 1992.

Чехлатый Е.И. О дальнейшем совершенствовании и повышении эффективности психотерапевтической помощи населению (по материалам 1 съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации). — В кн.: Психотерапия: от теории к практике. — СПб., 1995, с. 146-152.

Шкурко Т. А. Танцевально-экспрессивный тренинг. — СПб.: Речь, 2003.

Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: Пособие для психологов и врачей. / Авт. сост.: Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова и др. — СПб., 1998.

Alexander C. Eutonie. Ein Weg der körperlichen Selbsterfahrung. — München: Koesel, 1978

Alexander F. M. The resurrection of the body. — New York: University books, 1971.

Alkhasova T. V., Botscharov V. V., Kamorina T. V., Tupizin J. J., Tsvetkova M. V. Results of the russian-language ego-structure test by Ammon. Investigation of psychometrical peculiarities. — *Dynamische Psychiatrie*, 1992, H. 134-137, p. 331-346.

Alvin J. Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder. — Stuttgart: Verlag Gustav Fischer; Kassel: Barenreiter Verlag, 1971.

Argelander H. Gruppenprozesse. Wege zur Anwendung der Psychoanalyse in Behandlung, Lehre und Forschung. — Reinbek, 1972.

Ammon G. Gruppendynamik der Aggression. — Berlin: Pöhl, 1970.

Ammon G. Psychoanalyse und Psychosomatik. — München: Piper, 1974

Ammon G. Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Personlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. — *Dynamische Psychiatrie*, 1978, Jg. 11, s. 120-140.

Ammon G. Handbuch der dynamischen Psychiatrie. / Hrsg. G. Ammon: Bd. 2. — München: Reinhardt, 1981.

Ammon G. Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der dynamischen Psychiatrie. — *Dynamische Psychiatrie*, 1983, Jg. 16, s. 169-191.

Ammon G. Milieu therapy. — *Dynamische Psychiatrie*, 1994, H. 144-145 s. 24-27.

Ammon G. The therapeutic concept of the dynamic psychiatric hospital Mengerschwinge. — *Dynamische Psychiatrie*, 1994, Jg. 27, s.31-34.

Ammon G. Das Borderline Syndrom — Krankheit unserer Zeit. — München, 1998.

Ammon G., Burbiel I., Wagner H., Finke G., Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. / Hrsg. G. Ammon: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2.. — München: Ernst Reinhardt, 1982.

Ammon G., Dworschak M., Schmolke M. The case-conference as an integrative moment in diagnostics and psychotherapy. — *Dynamische Psychiatrie*, 1995, Jg. 28, s. 43-49.

Ammon G., Finke G., Wolfrum G. Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA). — Frankfurt: Swets, Zeitlinger, 1998.

Ammon M. Die humanstrukturelle Tanztherapie als ein Therapeutikum für den Zugang zum körperlichen und gefühlsmässigen Erleben. Diplomarbeit. — Berlin: Technische Universität, 1988.

Ammon M. Psychologische Untersuchungen zur Humanstrukturellen Tanztherapie. — *Dynamische Psychiatrie*, 1988, Jg. 21, s. 128-151.

Ammon M., Bez R. Untersuchungen des sozialenergetischen Lebensfeldes von schizophren reagierenden Patienten anhand biographischer Interviews. — *Dynamische Psychiatrie*, 1992, Jg- 23, s. 124-125.

Ammon M. *Dynamische Psychiatrie — ein integratives psychiatrisch-psychotherapeutisches Konzept.* — *Dynamische Psychiatrie*, 1997, Jg. 30, s.3-18.

Ammon M. Schizophrenia and borderline disease as a human structural disease and its psychotherapeutic treatment for gaining identity and quality of life. — В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001, с. 38-45.

Ammon M. Kindheit und Pubertät von schizophren strukturierten Patienten. - Bonn: Psychiatrie-Verl., 2002.

Ammon M., Wolfrum G., Bihler T.. Gruppendynamik und Androgynität. — *Dynamische Psychiatrie*, 2002, Jg. 35, s. 350-390.

Balint M. Dynamics of training in groups for psychotherapy. — *Brit. J. Med. Psychol.*, 1955, 28, p. 135-142.

Baschenowa S., Lutowa N., Wied V. Spezifische therapeutische Effekte der Milieuthherapie nach Gunter Ammon. — *Dynamische Psychiatrie*, 1999, H. 176-179, s. 406-412.

Bassin F., Sherozia A. Die Rolle der Kategorie des Unbewussten im System der gegenwertigen wissenschaftlichen Erkenntnis über die menschliche Psyche. — *Dynamische Psychiatrie*, 1979, Jg. 8, s. 353-376.

Battegay R. Die Gruppe als Schicksal. — Göttingen, 2000.

Beck B. et al. Methodische Ansätze zu einer objektivierenden Ich-Strukturellen Diagnostik im Rahmen des Ammonschen Ich-Struktur-Modells am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression. — *Dynamische Psychiatrie*, 1978, Jg. 11, s. 152-164.

Beck W. Die biographische Methode in der Sozialwissenschaftlichen Psychologie. - *Rundschau*, 1952,3, s. 203-213

Benedetti G. Psychotherapeutische Behandlungsmethoden. / Hrsg. K. Kisker, H. Lauter, J. E. Meyer: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 4. — Berlin: Springer, 1987, s. 285-323.

Binswanger L. Schizophrenie. — Pfullingen: Neske, 1957.

Bion W. R. Experiences in groups. — London, 1961.

Bowlby J. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. — München: Kindler, 1975.

Burbiel I. G. Ammon's borderline — concept and the rehabilitation of patients with personality disorders. — В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001, с. 73-78.

Burbiel I. et al. Ergebnisse dynamisch-psychiatrischer Forschung / Hrsg. G. Ammon: Handbuch der dynamischen Psychiatrie. Bd. 2. — München: Reinhardt, 1981, s. 573-671.

Burbiel I., Vogelbusch W. Die Persönlichkeitstheorie nach Ammon als Grundlage psychometrischer Untersuchungen. — *Dynamische Psychiatrie*, 1981, Jg. 14, s. 16— 37.

Burbiel I., Wagner H. Einige Ergebnisse dynamisch-psychiatrischer Effizienzforschung. — *Dynamische Psychiatrie*, 1984, Jg. 17, s.468-500.

Burbiel I. et al. Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchungen bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. — *Dynamische Psychiatrie*, 1989, Jg.22, s. 343-366.

Burbiel I., et al. Die Effizienz stationären Psychosentherapie in der Klinik Mengerschwaige — *Klinisch-psychologische Untersuchungen.. — Dynamische Psychiatrie*, 1990, H.124-125, s. 247-301.

Burbiel I. et al. Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestiche Untersuchung. — In: *Dynamische Psychiatrie* 1992, Jg. 25, s. 214-276.

Burbiel I., Dworschak M., Schmolke M., Grundzüge Dynamisch Psychiatrischer Diagnostik. — *Dynamische Psychiatrie*, 1994, Jg. 27, s. 187-201

Ciompi L. Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? Eine Synthese neuer Krankheits- und Therapiekonzepte. — *Nervenarzt*, 1981, 52, s. 506-515.

Doane J. A. Family interaction and communication deviance in disturbed and normal families: A review of research. — *Fam. Process*, 1978, 17, s. 357-376.

Doerner K., Plog U. Irren ist menschlich. - Bonn, 1997.

Domes M. Die Emotionale Welt des Kindes. — Frankfurt am Main: Fischer-Verlag, 2000.

Erickson E. H. Das Problem der Identität. — *Psyche*, 1956, 10, s. 114-176.

Fabian U., Dworschak M., Borusiak M. Gruppendynamischer Prozess und ISTA-Verlaufsuntersuchung bei einer extramuralen stationären Milieuthérapie. — *Dynamische Psychiatrie*, 1998, H. 168-169, s. 46-57.

Fairbairn W. R. D. Psychoanalytic studies of personality. — Tavistock; London, 1952.

Finke G., Wolfrum G. Der Ich-Struktur-Test nach Aramon (ISTA) — erste Ergebnisse nach der Revision. — *Dynamische Psychiatrie*, 1996, Jg. 29, s. 199-212.

Finke G., Wolfrum G. Risikofaktoren psychischer Gesundheit in Deutschland. — In: *Kulturelle und ethnische Probleme der psychischen Gesundheit. Kongresssammlungband.* — Moskau-Izhevsk, 1997, s. 83.

Foulkes S. H. Gruppenanalytische Psychotherapie. — München: Kindler, 1974.

Freud A. Das Ich und die Abwehrmechanismen. — Wien: Int. Psychoanal. Verlag, 1936.

Freud S. The major works of Sigmund Freud. — Chicago; London; Toronto, 1952.

Fromm-Reichmann F. Psychoanalyse und Psychotherapie. — Stuttgart: Klett-Cotta, 1978.

Grawe K. et al. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. — Göttingen: Hogrefe, 1994.

Grinker R. R., Werble B., Drye R. The borderline syndrome. — New York: Basic Books, 1968.

Guilford J. P. Persönlichkeit. — Weinheim: Beltz Verlag, 1964.

Gunderson J. Borderline personality disorder. — Am. Psychiatric Press: — Washington, 1984.

Hafner H. (Hrsg.) Forschung für die seelische Gesundheit. — Springer, 1983.

Hartmann H. Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs. — In: *Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie.* — Stuttgart: Klett, 1972.

Janzarik W. Dynamische Grundkonstellationen endogener Psychosen — Berlin: Springer, 1959.

Jung C. G. Psychogenese der Geisteskrankheiten. — Düsseldorf: Walter, 1995.

Karvassarsky B., Nazyrov R. Ammon's dynamic psychiatry as scientific-methodological and organizational basis of the humanistic reform of patient services in psychiatric hospitals in Russia. — *Dynamische Psychiatrie*, 1997, H. 162, s. 96-101.

Kernberg O. et al. Psychotherapy and psychoanalysis, final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. — In: *Bull. Menninger Clinic*, 1972, 36, Nr 1,2.

Kernberg O. Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies. — Yale Univ. Press. — Yale; London: Yale Univ. Press, 1984.

Klein M. *Die Psychoanalyse des Kindes*. — München: Reinhardt Verlag, 1971.

Knight R. Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient. — *Bull. Menn. Clinic*, 1953, 17, p. 139-150.

Koczan G. et al. The adaptation of ego structure test developed by Ammon in Hungary — the process of validation and first results. — *Dynamische Psychiatrie*, 1991, H. 130-131, p. 298-307.

Kretsch R. et al. Change patterns of borderline patients in individual and group psychotherapy. — *Int. J. Group Psychother.*, 1987, 27, p. 95-112.

Kruse A. *Biographische Methode und Exploration*. / Hrsg. G. Jiitemann, A. Thomae: *Biographie und Psychologie* — Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag, 1987.

Legewie H. Interpretation und Validierung biographischer Interviews. / Hrsg. G. Jiitemann H., Thomae: *Biographie und Psychologie* — Berlin: Springer, 1987, s. 138-150

Lewin K. *Die Wirklichkeit sozialer Phänomene*. / Hrsg. G. Ammon: *Analytische Gruppendynamik*. — Hamburg, 1976.

Lidz T., Fleck S. *Schizophrenia and the family*. — New York: International Universities Press Inc., 1985.

Lohmer M. *Stationäre Psychotherapie bei Borderline-Patienten*. — Berlin: Springer, 1988.

Malan D. On assessing the results of psychotherapy. — *Brit. J. Med. Psychology*, 1959, 32, p. 86-105

Mead G. H. *Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*. — Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1968.

Menninger K. *Theory of psychoanalytic technique*. — New York: Basic Books, 1958.

Mentzos S. *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. — Göttingen: Vandenhoeck, Ruprecht, 1991

Neznanov N, Solovyova S. Testpsychologische Untersuchung von verschiedenen Formen aggressiven Verhaltens. — *Dynamische Psychiatrie*, 1994, H. 146-147, s. 202-205.

Poloshij B. Psychische Erkrankung im heutigen Russland — politische, epidemiologische und preventive Aspekte. — *Dynamische Psychiatrie*, 1992, Jg. 25, s. 383-389.

Rachman S. *The effects of psychotherapy*. — Oxford: Pergamon Press, 1981.

Reichert J. *Probleme qualitativer Sozialforschung. Die Entwicklungsgeschichte der objektiven Hermeneutik*. — Frankfurt: Campus, 1986.

Rohde-Dachser C *Das Borderline-Syndrom*. — Bern: Fischer, 1983.

Rotschild F. S. *Der Ursprung der Androgynität und Mehrdimensionalität des Menschen in der Evolution*. — *Dynamische Psychiatrie*, 1986, Jg. 19, s. 105-120

SaB H., Kohler K. *Borderline-Syndrom: Grenzgebiet oder Niemandsland?* — *Nervenarzt*, 1983, 54, s. 221-230.

Schmidts R. Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie . — Dynamische Psychiatrie 1994, Jg.27, s. 220-231.

Schmidts R. Die Grossgruppe in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik. — Dynamische Psychiatrie, 1996, H. 156-157, s.10-17.

Sechehaye M. Autobiography of a schizophrenic girl. — New York: Grune and Stratton, 1951.

Sheehy P. et al. A comparative study of borderline patients in a psychiatric outpatient clinic. — Am. J. Psychiat 1980, 137, p. 1374-1379.

Slavson S. P. Die historische Entwicklung der analytischen Gruppenpsychotherapie. /Hrsg. H. G. Preuss: Analytische Gruppenpsychotherapie. —Mbinchen, 1966.

Stern D. The interpersonal world of the infant. — New York, 1985.

Stone M. Psychotherapy of borderline-patients in light of long-term follow-up. — Bull. Menninger Clinic, 1987, 51, p. 231-247.

Sullivan H. S. Schizophrenia as a human Process. — New York: Norton, 1962.

Thomae H. Psychologische Biographie als Synthese idiographischer und nomothetischer Forschung. /Hrsg. G. Juttemann, H. Thomae: Biographie und Psychologic — Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag, 1987.

Urspruch I. Therapeutic work with actors at the theatre therapy of dynamic psychiatry and in russian theatre tradition by Stanislavsky. — Dynamische Psychiatrie, 1996, Jg. 29, s. 69-77.

Vassilieva A. V. et al. Medical Psychology and Rehabilitation. — International Journal of Mental Health, Vol.31, No. 1, Spring 2002, p.71-78.

Vogel H. Die klinische Testuntersuchung als soziale Interaktion und die Interferenz zwischen Diagnostik und Therapie. / Hrsg. W. Schraml, U. Baumann. Klinische Psychologie — Theorie, Praxis. — Bern, Stuttgart: Hans Huber Verlag, 1975.

Vogelbusch W. Der Begriff des Unbewußten bei Bassin. / Hrsg. G. Ammon: Handbuch der dynamischen Psychiatrie. — Miinchen: Reinhard, 1979, Bd. 1, s. 205-213.

Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D. D. Menschliche Kommunikation. Formen, Storungen, Paradoxien. 7 Auflage. —Bern; Stuttgart; Wien: Huber, 1985.

Wolberg A. The borderline patient. — New York: Intercom. Medic. Book corp., 1973.

Yalom I. D. Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. — Munchen, 1999.

Zielke M., Kopf-Mehnert C. Veranderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). — Weinheim: Beltz, 1978.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Я-структурный тест Аммона

Инструкция. На следующих страницах Вы найдете ряд высказываний об определенных способах поведения и установках. Вы можете ответить *верно* или *неверно* (согласен или не согласен). Выбрав ответ, поставьте, пожалуйста, знак х (крест) в предусмотренном для этого месте на бланке для ответов.

Не существует правильных или неправильных ответов, так как каждый человек имеет право на собственную точку зрения. Отвечайте так, как считаете верным для себя.

Обратите, пожалуйста, внимание на следующее:

1. Не думайте о том, какой ответ мог бы создать лучшее впечатление о Вас и отвечайте так, как считаете для себя предпочтительнее. Некоторые вопросы, возможно, касаются Вас очень лично, но постарайтесь, чтобы Ваши ответы были откровенными.

2. Не думайте долго над предложениями, выбирая ответ, отмечайте тот, который первым пришел Вам в голову.

Естественно, что эти короткие вопросы не могут учесть все особенности, поэтому, может быть, некоторые утверждения Вам не очень подходят. Несмотря на это, пометьте один из ответов, а именно тот, который для Вас наиболее приемлем.

Большое спасибо!

Текст Я-структурного теста Аммона

1. Если я начал(а) какое-то дело, я заканчиваю его, независимо от того, стоит что-нибудь на пути или нет

2. Если меня обидели, то я пытаюсь отомстить

3. Чаще всего я чувствую себя одиноким(одинокой), даже среди других людей

4. Когда я рассержен(а), я срываю свой гнев на других

5. У меня отличное чувство времени

6. Как правило, я работаю с большим напряжением

7. Если кто-нибудь заставляет меня ждать, я не могу думать ни о чем другом

8. Я легко схожусь с людьми

9. То, что я в действительности думаю и чувствую, в сущности, никого не интересует

10. Меня часто упрекают в том, что я нечувствительный человек

11. Мне приятно, когда другие люди на меня смотрят

12. Часто я ловлю себя на том, что мои мысли где-то в другом месте

13. Как правило, утром я просыпаюсь бодрым(бодрой) и отдохнувшим (отдохнувшей)

14. Я хочу только одного, чтобы другие оставили меня в покое

15. Секс создает у меня счастливое настроение на целый день

16. Я почти совсем не вижу сновидений

17. Я не могу прервать скучный для меня разговор

18. Я с удовольствием приглашаю гостей к себе домой

19. Тем, о чем я думаю в действительности, я не могу поделиться с другими

20. Ко мне часто пристают с сексуальными предложениями

21. Я чаще радуюсь, чем сержусь

22. Что касается сексуальности, то я имею свои собственные фантазии

23. Я охотно помогаю другим, но не позволяю себя использовать

24. То, что я делаю, часто не находит никакого признания

25. Когда я испытываю злость, это вызывает у меня чувство вины

26. Меня привлекают новые задачи

27. Когда я уезжаю на несколько дней, это едва ли кого-нибудь интересует

28. Трудности сразу же выбивают меня из колеи

29. Я придаю большое значение тому, чтобы все имело свой порядок

30. Даже несколько минут сна могут сделать меня отдохнувшим (отдохнувшей)

31. Я могу показывать другим только законченную работу

32. Мне неприятно оставаться с кем-либо наедине

33. Я охотно придумываю себе эротические ситуации, которые хотел(а) бы пережить со своей(своим) партнершей(партнером)

34. Я многого жду от жизни

35. Зачастую мой интерес пересиливает страх

36. В любой компании я остаюсь самим(сама) собой

37. Мои проблемы и заботы — это только мои заботы

38. Самое прекрасное в жизни — это сон

39. Жизнь — это сплошное страдание

40. Я с удовольствием провожу со своей(своим) сексуальной (сексуальным) партнершей (партнером) всю ночь

41. Часто я ощущаю себя недостаточно включенным (включенной) в происходящее

42. В своей повседневной жизни я чаще испытываю радость, чем досаду

43. В эротическом настроении мне не нужно выдумывать темы для разговора с партнершей(партнером)

44. Я охотно рассказываю другим о своей работе

45. Часто у меня бывают дни, когда я часами занят(а) своими мыслями

46. Я редко нахожу кого-нибудь сексуально привлекательной (привлекательным)

47. Я ощущаю, что моя тревожность очень стесняет меня в жизни

48. Мне нравится находить то, что доставляет сексуальное удовольствие моей (моему) партнерше(партнеру)

49. Я постоянно что-нибудь забываю

50. Мой страх помогает мне ощутить, что я хочу и чего я не хочу

51. У меня много энергии
52. Мне часто снится, что на меня нападают
53. Чаще всего меня недооценивают в моих способностях
54. Часто я не осмеливаюсь один(одна) выйти на улицу
55. Во время работы нет места чувствам
56. Я благодарен(благодарна) всякий раз, когда мне точно говорят, что я должен(должна) делать
57. Часто я руководствуюсь мнением других людей
58. Для меня хорошее настроение заразительно
59. Часто страх «парализует» меня
60. Когда моей(моему) партнерше(партнеру) хочется спать со мной, я чувствую себя стесненным(стесненной)
61. В большинстве случаев я откладываю принятие решения «на потом»
62. Мои сексуальные фантазии почти всегда крутятся вокруг того, насколько хорошо ко мне относится партнерша(партнер)
63. Я боюсь, что я мог(могла) бы причинить кому-нибудь вред
64. Никто не замечает — есть я или нет
65. Я испытываю внутренний дискомфорт, если у меня долгое время нет сексуальных отношений
66. В сущности, моя жизнь — сплошное ожидание
67. Часто со мной случается так, что я влюбляюсь в кого-нибудь, кто уже имеет партнера(партнершу)
68. Ответственность, которую я несу, другие часто не замечают
69. В большинство угрожающих ситуаций, которые были в моей жизни, я был(а) втянут(а) помимо своей воли
70. Иногда мне хочется грубого секса
71. Часто я чувствую свою незащищенность перед жизнью
72. Если на меня «нападают», я «проглатываю» свой гнев
73. Благодаря своим способностям я всегда легко устанавливаю контакты
74. Я радуюсь каждому новому знакомству, которое завожу
75. В высшей степени возбуждающим я нахожу секс с незнакомыми
76. Иногда у меня возникают мысли о самоубийстве
77. Часто мои мысли витают в облаках
78. Я могу полностью сексуально отдаваться
79. Обо мне часто забывают
80. Я не люблю игр
81. В моих отношениях с партнершей(партнером) сексуальность не играет большой роли
82. В группе я теряюсь
83. Я не стесняюсь показывать сексуальное желание своей(своему) партнерше(партнеру)
84. Я все время позволяю все зваливать на себя
85. Я с удовольствием выбираю подарки для своих друзей
86. На меня легко можно произвести впечатление
87. Я замечаю, что чаще всего рассказываю о плохом, а о хорошем забываю
88. Мне неприятно, когда кто-нибудь говорит о своих чувствах

89. Я хорошо распределяю свое время
90. Я сплю необходимое для меня время
91. Если мне необходимо выступать публично, я часто теряю голос
92. Я с удовольствием подшучиваю над другими
93. Мне доставляет удовольствие возбуждать сексуальный интерес у женщин и ^ мужчин), даже если я от них в сущности ничего не хочу
94. Я уже пережил(а) многие кризисы, которые побудили меня к дальнейшему развитию
95. В большинстве ситуаций я могу оставаться самым (сама) собой
96. В много смеюсь
97. Когда я прихожу в ярость, мне стоит больших усилий держать себя в руках
98. У меня богатая чувственная жизнь
99. Я могу полностью довериться дружескому расположению других
100. У меня часто бывает чувство непричастности
101. То, что я делаю, не так уж важно
102. Досаду и раздражение я могу не показывать другим
103. Когда я говорю, меня часто перебивают
104. Часто я рисую себе, как должны были бы быть плохи дела у тех, кто был несправедлив ко мне
105. Мне нравится много шутить и смеяться с моей(моим) партнершей (партнером) во время секса
106. Я получаю удовольствие, выбирая утром одежду на день
107. Я всегда могу найти время для важных дел
108. Часто случается так, что я забываю о чем-то важном
109. Когда мой начальник меня критикует, я начинаю потеть
110. Когда мне скучно, я ищу сексуальных приключений
111. Моя повседневная жизнь не имеет ни подъемов, ни спадов
112. Трудности подстегивают меня
113. Большинство людей не имеет никакого представления о том, насколько важны для меня вещи, которыми я интересуюсь
114. По сути, секс для меня не особенно интересен
115. Я с удовольствием знакоблю своих новых коллег с моей работой
116. Часто я настраиваю других против себя
117. Даже от незначительной критики я теряю уверенность
118. Иногда меня мучают мысли причинить телесную боль людям, которые меня страшно раздражают
119. Часто мои фантазии преследуют меня
120. Мне необходимо снова и снова обдумывать решения, потому что меня одолевают сомнения
121. До настоящего времени я никогда не испытывал(а) полного удовлетворения от сексуальных отношений
122. Я намного более чувствителен(чувствительна) к боли, чем другие
123. Я часто чувствую себя слишком открытым (открытой)
124. То, что я делаю, мог бы делать почти каждый
125. Чувства, пережитые в детстве преследуют меня до сих пор
126. Неизвестное манит меня

127. Даже когда мною владеет страх, я полностью могу отдавать себе отчет в том, что происходит
128. Часто я впадаю в такую панику, что не могу осуществлять даже важные дела
129. Часто мне хочется иметь другую(другого) партнершу(партнера) для того, чтобы преодолеть свою сексуальную скованность
130. Я могу по-настоящему увлечься делом
131. Я откладываю все в «долгий ящик»
132. Я могу страшно волноваться из-за пустяков
133. В своих сексуальных отношениях я ощущал(а), что со временем они всегда становятся лучше и интенсивнее
134. Я часто чувствую себя лишним (лишней)
135. Не следует иметь сексуальных отношений слишком часто
136. Когда у меня трудности, я быстро нахожу людей, которые мне помогают
137. Я не позволяю другим людям легко вносить сумятицу в мою жизнь
138. Я могу хорошо сосредоточиться
139. Я охотно соблазняю мою партнершу(партнера)
140. Если я допустил(а) ошибку, я легко могу забыть о ней
141. Я радуюсь, когда ко мне неожиданно приходят гости
142. Почти все женщины (мужчины) хотят только одного
143. Даже в состоянии страха я могу ясно мыслить
144. Я давно не имел(а) сексуальных отношений и не испытывал(а) в них потребности
145. Если меня кто-то обижает, то я плачу ему тем же
146. Если кто-то пытается соперничать со мной, я быстро сдаюсь
147. Я могу хорошо сам(а) себя занять
148. Для того, чтобы избежать ненужных волнений, я уклоняюсь от споров
149. Когда я нахожусь в состоянии ярости, я легко могу поранить себя или со мной может произойти несчастный случай
150. Часто я не могу решиться что-нибудь предпринять
151. После сексуального контакта я целый день особенно работоспособен (работоспособна)
152. В большинстве случаев меня удовлетворяет эротика, секс для меня не так уж важен.
153. В выходные дни я чувствую себя особенно плохо
154. Я не хочу показывать другим свои чувства
155. Люди часто придираются ко мне, хотя я не делаю им ничего плохого
156. С людьми мне трудно вступить в разговор или найти нужные слова
157. Если мне нравится кто-то, я заговариваю с ней (ним), чтобы поближе познакомиться
158. Я считаю, что всегда держать под контролем свои чувства — это цель, достойная того, чтобы к ней стремиться.
159. Во время отпуска и в праздники я часто имею сексуальные приключения
160. Я осмеливаюсь высказывать свое мнение перед группой
161. Чаще всего я не выплескиваю свой гнев
162. Никто не знает, как часто меня обижают

163. Когда на меня кто-то «косо смотрит», я сразу начинаю испытывать беспокойство

164. Когда кто-нибудь грустит, мне тоже очень скоро становится грустно

165. В моих фантазиях секс красивее, чем в действительности

166. Мне трудно решиться на что-либо, потому что я боюсь, что другие могут критиковать меня за это решение

167. Меня радуют мои фантазии

168. Я не знаю почему, но иногда мне хотелось бы разбить все вдребезги

169. При сексуальных отношениях я часто мысленно где-то далеко

170. Мне случалось часто бывать в рискованных ситуациях

171. Если меня что-то тревожит, я делюсь этим с другими

172. Я часто думаю о прошлом

173. Я сохранял(а) дружеские отношения даже в период кризисов

174. Мне скучно почти на всех праздниках и вечеринках

175. Когда я сержусь, я легко теряю контроль над собой и кричу на свою (своего) партнершу(партнера)

176. Я не позволяю легко сбить себя с толку

177. Иногда я заглушаю свой страх алкоголем или таблетками

178. Я робкий человек

179. Я очень боюсь своего будущего

180. Больше всего я возбуждаюсь, когда моя(мой) партнерша(партнер) не хочет вступать со мной в сексуальные отношения

181. Бывают дни, когда я постоянно что-нибудь разбиваю или обо что-нибудь ушибаюсь

182. У меня редко возникают сексуальные фантазии

183. У меня много желаний и я прикладываю много сил для того, чтобы они осуществились.

184. Я всегда радуюсь, когда могу познакомиться с новым человеком

185. Лично мне сказки ни о чем важном не говорят

186. Чаще всего я имею сексуальных партнеров, у которых я не единственная (единственный)

187. Если кто-то расстался со мной, я стремлюсь к тому, чтобы мне о ней(нем) ничто не напоминало

188. В общении с людьми я часто бываю в замешательстве

189. Я охотно рассказываю о себе и моих переживаниях

190. Я часто предаюсь раздумьям

191. К выполнению трудных задач я готовлюсь основательно и своевременно

192. Обычно я знаю причины своего плохого самочувствия

193. Если я намечаю что-нибудь хорошее для себя лично, я часто это не реализую

194. Непосредственный секс для меня важнее, чем просто общение с партнершей (партнером)

195. Часто в группе я сразу беру на себя инициативу

196. Наиболее привлекательными для меня являются люди, которые всегда остаются невозмутимыми и ведут себя уверенно

197. Часто мои фантазии крутятся вокруг таких сексуальных действий, о которых не принято говорить
198. Я радуюсь всему тому, что умею
199. Когда другие неожиданно застают меня за каким-нибудь занятием, я легко пугаюсь
200. Рассудком достигают большего, чем чувствами
201. Если меня что-нибудь интересует, меня ничто не может отвлечь
202. Я редко бываю полностью доволен(довольна) абсолютно всем
203. Случается, что я по-настоящему кого-нибудь «достаю»
204. Если люди, которые важны для меня, долго разговаривают с другими, я, в полном смысле слова, прихожу в бешенство
205. В сущности, секс вызывает у меня отвращение
206. Когда другие смеются, я часто не могу смеяться вместе с ними
207. Меня интересуют прежде всего те виды спорта, которые связаны с риском
208. Я невысокого мнения о психологии
209. Я часто не понимаю, что происходит
210. Я очень любопытен (любопытна)
211. Фантазирование отвлекает меня от работы
212. Сексуальные отношения я переживаю как мучительную обязанность
213. Я добровольно берусь за выполнение даже таких важных задач, которые вызывают у меня страх
214. Вероятно, я никогда не найду подходящую (происходящего) партнершу (партнера)
215. Я часто скучаю
216. Существою я или нет, это не так уж и важно
217. Давать ответы на вопросы, связанные с сексуальными отношениями, доставило мне удовольствие
218. Часто я чувствую себя раздавленным(раздавленной) требованиями
219. Часто мне удается непроизвольно побуждать других брать на себя те задачи, которые мне неприятны
220. «Предстартовое» волнение способно меня окрылить

Приложение 2

Распределение утверждений Я-структурного теста Аммона по шкалам

1. Агрессия конструктивная (13)

1. Если я начал(а) какое-то дело, то я заканчиваю его независимо от того, стоит что-нибудь на пути или нет
8. Я легко схожусь с людьми

- 26. Меня привлекают новые задачи
- 30. Даже несколько минут сна могут сделать меня отдохнувшим(отдохнувшей)
- 51. У меня много энергии
- 74. Я радуюсь каждому новому знакомству, которое завожу
- 112. Трудности подстегивают меня
- 126. Неизвестное манит меня
- 157. Если мне нравится кто-то, то я заговариваю с ней(ним), чтобы поближе познакомиться
- 173. Я сохранял(а) дружеские отношения даже в период кризисов
- 184. Я всегда радуюсь, когда могу познакомиться с новым человеком
- 195. Часто в группе я сразу беру на себя инициативу
- 210. Я очень любопытен(любопытна)

2. Агрессия деструктивная (14)

- 2. Если меня обидели, то я пытаюсь отомстить
- 4. Когда я рассержен(а), то я срываю свой гнев на других
- 6. Как правило, я работаю с большим напряжением
- 63. Я боюсь, что я мог(могла) бы причинить кому-нибудь вред
- 92. Я с удовольствием подшучиваю над другими
- 97. Когда я прихожу в ярость, мне стоит больших усилий держать себя в руках
- 104. Часто я рисую себе, как должны были бы быть плохи дела у тех, кто был несправедлив ко мне
- 118. Иногда меня мучают мысли причинить телесную боль людям, которые меня страшно раздражают
- 132. Я могу страшно волноваться из-за пустяков
- 145. Если меня кто-то обижает, то я плачу ему тем же
- 168. Я не знаю почему, но иногда мне хотелось бы разбить все вдребезги
- 175. Когда я сержусь, я легко теряю контроль над собой и кричу на свою (своего) партнершу(партнера)
- 180. Больше всего я возбуждаюсь, когда моя(мой) партнерша(партнер) не хочет вступать со мной в сексуальные отношения
- 203. Случается, что я по-настоящему кого-нибудь «достаю»

3. Агрессия дефицитарная (12)

- 25. Когда я испытываю злость, то это вызывает у меня чувство вины
- 28. Трудности сразу же выбивают меня из колеи
- 39. Жизнь — это сплошное страдание
- 61. В большинстве случаев я откладываю принятие решения «на потом»
- 66. В сущности, моя жизнь — сплошное ожидание
- 72. Если на меня «нападают», я «проглатываю» свой гнев
- 100. У меня часто бывает чувство непричастности
- 102. Досаду и раздражение я могу не показывать другим
- 150. Часто я не могу решиться что-нибудь предпринять

153. В выходные дни я чувствую себя особенно плохо

161. Чаще всего я не выплескиваю свой гнев

215. Я часто скучаю

4. Тревога конструктивная (12)

11. Мне приятно, когда другие люди на меня смотрят

35. Зачастую мой интерес пересиливает страх

50. Мой страх помогает мне ощутить, чего я хочу и чего я не хочу

94. Я уже пережил(а) многие кризисы, которые побудили меня к дальнейшему развитию

127. Даже когда мною владеет страх, я полностью могу отдавать себе отчет в том, что происходит

136. Когда у меня трудности, я быстро нахожу людей, которые мне помогают

143. Даже в состоянии страха я могу ясно мыслить

160. Я осмеливаюсь высказывать свое мнение перед группой

171. Если меня что-то тревожит, я делюсь этим с другими

191. К выполнению трудных задач я готовлюсь основательно и своевременно

213. Я добровольно берусь за выполнение даже таких важных задач, которые вызывают у меня страх

220. «Предстартовое» волнение способно меня окрылить

5. Тревога деструктивная (11)

32. Мне неприятно оставаться с кем-либо наедине

47. Я ощущаю, что моя тревожность очень стесняет меня в жизни

54. Часто я не осмеливаюсь один(одна) выйти на улицу

59. Часто страх «парализует» меня

91. Если мне необходимо выступать публично, я часто теряю голос

109. Когда мой начальник меня критикует, я начинаю потеть

128. Часто я впадаю в такую панику, что не могу осуществлять даже важные дела

163. Когда на меня кто-то «косо смотрит», я сразу начинаю испытывать беспокойство

178. Я робкий человек

179. Я очень боюсь своего будущего

188. В общении с людьми я часто бываю в замешательстве

6. Тревога дефицитарная (14)

69. В большинство угрожающих ситуаций, которые были в моей жизни, я был(а) втянут(а) помимо своей воли

75. В высшей степени возбуждающим я нахожу секс с незнакомыми

76. Иногда у меня возникают мысли о самоубийстве

108. Часто случается так, что я забываю о чем-то важном

116. Часто я настраиваю других против себя

131. Я откладываю все в «долгий ящик»

- 149. Когда я нахожусь в состоянии ярости, я легко могу поранить себя или со мной может произойти несчастный случай
- 155. Люди часто придираются ко мне, хотя я не делаю им ничего плохого
- 170. Мне случалось часто бывать в рискованных ситуациях
- 177. Иногда я заглушаю свой страх алкоголем или таблетками
- 181. Бывают дни, когда я постоянно что-нибудь разбиваю или обо что-нибудь ушибаюсь
- 196. Наиболее привлекательными для меня являются люди, которые всегда остаются невозмутимыми и ведут себя уверенно
- 207. Меня интересуют прежде всего те виды спорта, которые связаны с риском
- 219. Часто мне удается непроизвольно побуждать других брать на себя те задачи, которые мне неприятны

7. Внешнее Я-отграничение конструктивное (11)

- 23. Я охотно помогаю другим, но не позволяю себя использовать
- 36. В любой компании я остаюсь самим(сама) собой
- 58. Для меня хорошее настроение заразительно
- 89. Я хорошо распределяю свое время
- 90. Я сплю необходимое для меня время
- 95. В большинстве ситуаций я могу оставаться самим(сама) собой
- 99. Я могу полностью довериться дружескому расположению других
- 137. Я не позволяю другим людям легко вносить сумятицу в мою жизнь
- 138. Я могу хорошо сосредоточиться
- 140. Если я допустил(а) ошибку, я легко могу забыть о ней
- 176. Я не позволяю легко сбить себя с толку

8. Внешнее Я-отграничение деструктивное (11)

- 3. Чаще всего я чувствую себя одиноким(одинокой) даже среди других людей
- 14. Я хочу только одного, чтобы другие оставили меня в покое
- 37. Мои проблемы и заботы — это только мои заботы
- 38. Самое прекрасное в жизни — это сон
- 46. Я редко нахожу кого-нибудь сексуально привлекательной (привлекательным)
- 82. В группе я теряюсь
- 88. Мне неприятно, когда кто-нибудь говорит о своих чувствах
- 148. Для того, чтобы избежать ненужных волнений, я уклоняюсь от споров
- 154. Я не хочу показывать другим свои чувства
- 158. Я считаю, что всегда держать под контролем свои чувства — это цель, достойная того, чтобы к ней стремиться
- 209. Я часто не понимаю, что происходит

9. Внешнее Я-отграничение дефицитарное (11)

7. Если кто-нибудь заставляет меня ждать, то я не могу думать ни о чем другом

- 17. Я не могу прервать скучный для меня разговор
- 57. Часто я руководствуюсь мнением других людей
- 71. Часто я чувствую свою незащищенность перед жизнью
- 84. Я все время позволяю все вваливать на себя
- 86. На меня легко можно произвести впечатление
- 120. Мне необходимо снова и снова обдумывать решения, потому что меня одолевают сомнения
- 123. Я часто чувствую себя слишком открытым(открытой)
- 164. Когда кто-нибудь грустит, то мне тоже очень скоро становится грустно
- 166. Мне трудно решиться на что-либо, потому что я боюсь, что другие могут критиковать меня за это решение
- 218. Часто я чувствую себя раздавленным(раздавленной) требованиями

10. Внутреннее Я-отграничение конструктивное (12)

- 5. У меня отличное чувство времени
- 13. Как правило, утром я просыпаюсь бодрым(бодрой) и отдохнувшим (отдохнувшей)
- 21. Я чаще радуюсь, чем сержусь
- 29. Я придаю большое значение тому, чтобы все имело свой порядок
- 42. В своей повседневной жизни я чаще испытываю радость, чем досаду
- 98. У меня богатая чувственная жизнь
- 107. Я всегда могу найти время для важных дел
- 130. Я могу по-настоящему увлечься делом
- 147. Я могу хорошо сам(а) себя занять
- 167. Меня радуют мои фантазии
- 192. Обычно я знаю причины своего плохого самочувствия
- 201. Если меня что-нибудь интересует, меня ничто не может отвлечь

11. Внутреннее Я-отграничение деструктивное (12)

- 10. Меня часто упрекают в том, что я нечувствительный человек
- 16. Я почти совсем не вижу сновидений
- 55. Во время работы нет места чувствам
- 80. Я не люблю игр
- 117. Даже от незначительной критики я теряю уверенность
- 169. При сексуальных отношениях я часто мысленно где-то далеко
- 185. Лично мне сказки ни о чем важном не говорят
- 187. Если кто-то расстался со мной, то я стремлюсь к тому, чтобы мне о ней(нем) ничто не напоминало
- 193. Если я намечаю что-нибудь хорошее для себя лично, я часто это не реализую

- 200. Рассудком достигают большего, чем чувствами
- 202. Я редко бываю полностью доволен(довольна) абсолютно всем
- 208. Я невысокого мнения о психологии

12. Внутреннее Я-отграничение дефицитарное (13)

- 12. Часто я ловлю себя на том, что мои мысли где-то в другом месте
- 41. Часто я ощущаю себя недостаточно включенным(включенной) в происходящее
- 45. Часто у меня бывают дни, когда я часами занят(а) своими мыслями
- 49. Я постоянно что-нибудь забываю
- 52. Мне часто снится, что на меня нападают
- 56. Я благодарен(благодарна) всякий раз, когда мне точно говорят, что я должен(должна) делать
- 77. Часто мои мысли витают в облаках
- 119. Часто мои фантазии преследуют меня
- 122. Я намного более чувствителен(чувствительна) к боли, чем другие
- 125. Чувства, пережитые в детстве, преследуют меня до сих пор
- 172. Я часто думаю о прошлом
- 190. Я часто предаюсь раздумьям
- 211. Фантазирование отвлекает меня от работы

13. Нарциссизм конструктивный (12)

- 18. Я с удовольствием приглашаю гостей к себе домой
- 34. Я многого жду от жизни
- 44. Я охотно рассказываю другим о своей работе
- 73. Благодаря своим способностям я всегда легко устанавливаю контакты
- 85. Я с удовольствием выбираю подарки для своих друзей
- 96. Я много смеюсь
- 106. Я получаю удовольствие, выбирая утром одежду на день
- 115. Я с удовольствием знакоблю своих новых коллег с моей работой
- 141. Я радуюсь, когда ко мне неожиданно приходят гости
- 183. У меня много желаний, и я прикладываю много сил для того, чтобы они осуществились
- 189. Я охотно рассказываю о себе и своих переживаниях
- 198. Я радуюсь всему тому, что умею

14. Нарциссизм деструктивный (12)

- 19. Тем, о чем я думаю в действительности, я не могу поделиться с другими
- 31. Я могу показывать другим только законченную работу
- 53. Чаще всего меня недооценивают в моих способностях
- 68. Ответственность, которую я несу, другие часто не замечают
- 87. Я замечаю, что чаще всего рассказываю о плохом, а о хорошем забываю

113. Большинство людей не имеет никакого представления о том, насколько важны для меня вещи, которыми я интересуюсь
162. Никто не знает, как часто меня обижают
174. Мне скучно почти на всех праздниках и вечеринках
199. Когда другие неожиданно застают меня за каким-нибудь занятием, я легко пугаюсь
204. Если люди, которые важны для меня, долго разговаривают с другими, я, в полном смысле слова, прихожу в бешенство
206. Когда другие смеются, я часто не могу смеяться вместе с ними
214. Вероятно, я никогда не найду подходящую (подходящего) партнершу (партнера)

15. Нарциссизм дефицитарный (13)

9. То, что я в действительности думаю и чувствую, в сущности, никого не интересует
24. То, что я делаю, часто не находит никакого признания
27. Когда я уезжаю на несколько дней, то это едва-ли кого-нибудь интересует
64. Никто не замечает — есть я или нет
79. Обо мне часто забывают
101. То, что я делаю, не так уж важно
103. Когда я говорю, меня часто перебивают
111. Моя повседневная жизнь не имеет ни подъемов, ни спадов
124. То, что я делаю, мог бы делать почти каждый
134. Я часто чувствую себя лишним(лишней)
146. Если кто-то пытается соперничать со мной, я быстро сдаюсь
156. С людьми мне трудно вступить в разговор или найти нужные слова
216. Существовать я или нет, это не так уж и важно

16. Сексуальность конструктивная (13)

15. Секс создает у меня счастливое настроение на целый день
33. Я охотно придумываю себе эротические ситуации, которые хотел(а) бы пережить со своей (своим) партнершей (партнером)
40. Я с удовольствием провожу со своей(своим) сексуальной (сексуальным) партнершой (партнером) всю ночь
43. В эротическом настроении мне не нужно выдумывать темы для разговора с партнершей (партнером)
48. Мне нравится находить то, что доставляет сексуальное удовольствие моей (моему) партнерше (партнеру)
65. Я испытываю внутренний дискомфорт, если у меня долгое время нет сексуальных отношений
78. Я могу полностью сексуально отдаваться
83. Я не стесняюсь показывать сексуальное желание своей (своему) партнерше (партнеру)

105. Мне нравится много шутить и смеяться с моей(моим) партнершей (партнером) во время секса

133. В своих сексуальных отношениях я ощущал(а), что со временем они всегда становятся лучше и интенсивнее

139. Я охотно соблазняю мою партнершу (партнера)

151. После сексуального контакта я целый день особенно работоспособен (работоспособна)

217. Давать ответы на вопросы, связанные с сексуальными отношениями, доставило мне удовольствие

17. Сексуальность деструктивная (13)

20. Ко мне часто пристают с сексуальными предложениями

22. Что касается сексуальности, то я имею свои собственные фантазии

62. Мои сексуальные фантазии почти всегда крутятся вокруг того, насколько хорошо ко мне относится партнерша (партнер)

67. Часто со мной случается так, что я влюбляюсь в кого-нибудь, кто уже имеет партнера(партнершу)

70. Иногда мне хочется грубого секса

93. Мне доставляет удовольствие возбуждать сексуальный интерес у женщин(мужчин), даже если я от них в сущности ничего не хочу

110. Когда мне скучно, я ищу сексуальных приключений

129. Часто мне хочется иметь другую(другого) партнершу(партнера) для того, чтобы преодолеть свою сексуальную скованность

142. Почти все женщины(мужчины) хотят только одного

159. Во время отпуска и в праздники я часто имею сексуальные приключения

186. Чаше всего я имею сексуальных партнеров, у которых я не единственный(единственная)

194. Непосредственный секс для меня важнее, чем просто общение с партнершей(партнером)

197. Часто мои фантазии крутятся вокруг таких сексуальных действий, о которых не принято говорить

18. Сексуальность дефицитарная (11)

60. Когда моей (моему) партнерше (партнеру) хочется спать со мной, я чувствую себя стесненным(стесненной)

81. В моих отношениях с партнершей (партнером) сексуальность не играет большой роли

114. По сути, секс для меня не особенно интересен

121. До настоящего времени я никогда не испытывал(а) полного удовлетворения от сексуальных отношений

135. Не следует иметь сексуальных отношений слишком часто

144. Я давно не имел(а) сексуальных отношений и не испытывал(а) в них потребности

152. В большинстве случаев меня удовлетворяет эротика, секс для меня не так уж важен

165. В моих фантазиях секс красивее, чем в действительности

182. У меня редко возникают сексуальные фантазии

205. В сущности, секс вызывает у меня отвращение

212. Сексуальные отношения я переживаю как мучительную обязанность

Приложение 3

КЛЮЧИ К Я-СТРУКТУРНОМУ ТЕСТУ АММОНА (ISTA)

Учитываются только утвердительные ответы — «Да» (Верно)

Агрессия (39)

1. Конструктивная (13)А 1

1, 8, 26, 30, 51, 74, 112, 126, 157, 173, 184, 195, 210

2. Деструктивная (14)А 2

2, 4, 6, 63, 92, 97, 104, 118, 132, 145, 168, 175, 180, 203

3. Дефицитарная (12)А 3

25, 28, 39, 61, 66, 72, 100, 102, 150, 153, 161, 215

Тревога / Страх (37)

4. Конструктивная С 1

11, 35, 50, 94, 127, 136, 143, 160, 171, 191, 213, 220

5. Деструктивная (11) С 2

32, 47, 54, 59, 91, 109, 128, 163, 178, 179, 188

6. Дефицитарная (14) С 3

69, 75, 76, 108, 116, 131, 149, 155, 170, 177, 181, 196, 207, 219.

Внешнее Я-отграничение (33)

7. Конструктивное (11)0 1

23, 36, 58, 89, 90, 95, 99, 137, 138, 140, 176

8. Деструктивное (11)0 2

3, 14, 37, 38, 46, 82, 88, 148, 154, 158, 209

9. Дефицитарное (11)0 3

7, 17, 57, 71, 84, 86, 120, 123, 164, 166, 218

Внутреннее Я-отграничение(37)

10. Конструктивное (12) 0//1

5, 13, 21, 29, 42, 98, 107, 130, 147, 167, 192, 201

11. Деструктивное (12) 0//2

10, 16, 55, 80, 117, 169, 185, 187, 193, 200, 202, 208

12. Дефицитарное (13) 0//3

12, 41, 45, 49, 52, 56, 77, 119, 122, 125, 172, 190, 211

Нарциссизм (37)

13. Конструктивный (12)Н 1

18, 34, 44, 73, 85, 96, 106, 115, 141, 183, 189, 198

14. Деструктивный (12)Н 2

19, 31, 53, 68, 87, 113, 162, 174, 199, 204, 206, 214

15. Дефицитарный (13)Н 3

9, 24, 27, 64, 79, 101, 103, 111, 124, 134, 146, 156, 216

Сексуальность (37)

16. Конструктивная (13)Се 1

15, 33, 40, 43, 48, 65, 78, 83, 105, 133, 139, 151, 217

17. Деструктивная (13)Се 2

20, 22, 62, 67, 70, 93, ПО, 129, 142, 159, 186, 194, 197

18. Дефицитарная (11)Се 3

60, 81, 114, 121, 135, 144, 152, 165, 182, 205, 212

Сумма: 220 пунктов

Оглавление

Список авторов.....	3
Предисловие.....	4
1. Исторические предпосылки научно-практического сотрудничества Института им. В. М. Бехтерева (Санкт-Петербург) и Всемирной Ассоциации Динамической Психиатрии (Мюнхен - Берлин, Германия).....	7
2. Теоретическая концепция динамической психиатрии Г. Аммона.....	28
2.1. История развития динамической психиатрии.....	28
2.2. Основные понятия.....	30
2.2.1. Понятие агрессии в динамической психиатрии.....	30
2.2.2. Понятие бессознательного в динамической психиатрии.....	32
2.2.3. Понятие креативности в динамической психиатрии.....	32
2.3. Гуманструктуральная модель личности.....	33
2.3.1. Гуманфункция страха / тревоги.....	35
2.3.2. Гуманфункция внешнего и внутреннего Я-отграничения.....	38
2.3.3. Гуманфункция нарциссизма.....	40
2.3.4. Гуманфункция сексуальности.....	42
2.3.5. Групподинамический принцип как психологическая основа динамической психиатрии.....	45
2.3.6. Социальная энергия.....	46
2.3.7. Целостный образ человека в динамической психиатрии.....	50
2.3.8. Идентичность.....	51
2.3.9. Комплекс симбиоза и архаические заболевания «Я» и идентичности.....	53
2.3.10. Концепция андрогинности.....	54
2.4. Диагностика и концепция лечения в динамической психиатрии.....	69
2.5. Методы исследования.....	78
2.5.1. Врачебная конференция как клинический метод наблюдения ...	78
2.5.2. Экспериментальные методы исследования.....	80
3. Я-структурный тест Аммона (ISTA), разработка и практическое применение	83
3.1. Экспериментальные подходы к измерению Я-функций.....	83
3.1.1. Обзор наиболее распространенных шкал для измерения Я- функций.....	83
3.2. Нозоспецифические особенности структуры «Я».....	88
3.3. Шкалы Я-структурного теста.....	89

3.3.1. Я-функция агрессии.....	89
3.3.2. Я-функция тревоги / страха.....	93
3.3.3. Я-функция отграничения.....	97
3.3.4. Я-функция нарциссизма.....	102
3.4. Интерпретация результатов и применение теста для решения клинико-психологических задач.....	107
4. Пограничные и личностные расстройства.....	123
4.1. К истории понятия и психиатрическая феноменология пограничного синдрома.....	123
4.2. Гуманструктуральная концепция пограничного синдрома.....	134
5. Гуманструктуральная концепция шизофрении.....	141
5.1. Гуманструктуральные сходства и различия при пограничном синдроме и шизофрении.....	143
5.2. Дифференциальная диагностика по данным экспериментальных исследований.....	145
6. Исследование семьи шизофренно-структурированных пациентов в Клинике динамической психиатрии Ментершвайге.....	149
6.1. Развитие биографических исследований в психиатрии, психоанализе и психологии.....	149
6.2. Теоретические концепции качественных исследований.....	152
6.3. Обоснование научного подхода, предмет, задачи и методы исследовани.....	159
6.4. Результаты исследования и их обсуждение.....	168
7. Терапевтические методы в динамической психиатрии Г. Аммона.....	217
7.1. Методы психотерапевтического воздействия.....	217
7.1.1. Милие-терапия (терапия средой).....	217
7.1.2. Индивидуальная и групповая психотерапия.....	224
7.1.3. Танцтерапия.....	228
7.1.4. Музыкотерапия.....	243
7.1.5. Арттерапия (терапия живописью).....	246
7.1.6. Театртерапия.....	248
7.1.7. Терапия верховой ездой.....	250
7.1.8. Терапевтические аспекты большой группы.....	253
7.1.9. Другие виды терапии.....	256
7.2. Социальная работа, в том числе с семьями и родственниками.....	258
8. Результаты лечения (непосредственные и в катамнезе).....	260
9. Обучение и супервизия.....	272
10. Развитие теории и практики динамической психиатрии Г. Аммона в России (опыт Института им. В.М. Бехтерева и психиатрических учреждений Оренбургской области).....	274
10.1. Создание русскоязычной версии Я-структурного	

теста Аммона (ISTA).....	274
10.1.1. Методологические предпосылки.....	274
10.1.2. Общая характеристика и психометрические параметры теста.....	285
10.1.3. Содержание отдельных шкал.....	288
10.1.4. Общие правила интерпретации результатов и области применения теста.....	308
10.2. Разработка методики оценки психического здоровья (на основе Я-структурного теста Аммона).....	310
10.2.1. Психометрические характеристики теста.....	311
10.2.2. Обработка, интерпретация результатов и области применения теста.....	314
10.3. Клинико-экспериментальное исследование центральных личностных функций у больных психическими и психосоматическими расстройствами.....	321
10.3.1. Экспериментально-психологические показатели агрессии у больных шизофренией.....	321
10.3.2. Экспериментально-психологические показатели агрессии у больных ишемической болезнью сердца.....	331
10.3.3. Сравнительная характеристика экспериментально- психологических показателей агрессии у здоровых лиц, больных с психическими и психосоматическими нарушениями.....	338
10.4. Оценка центральных личностных функций пациентов и их родителей в сравнении со здоровыми лицами.....	341
10.5. Специфические эффекты терапии средой по Г. Аммону.....	352
10.6. Внедрение динамической психиатрии в деятельность психиатрических учреждений Оренбургской области.....	355
10.6.1. Развитие психотерапии в Оренбургской области.....	356
10.6.2. Создание отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице №2.....	385
10.6.3. Методы и формы психотерапии влечении психически больных.....	394
10.6.4. Взаимодействие и подготовка специалистов, среднего и младшего персонала для полипрофессиональных форм работы.....	406
Список литературы.....	411
Приложения.....	419

Подписано к печати 25.08.2003 г. Формат бумаги 60х84 1/8. Бумага офсетная.

Печать офсетная. Объем 54,6 п.л. Тираж 1000 экз. Заказ 3063 .

Отпечатано в отделе оперативной полиграфии НИИХ СПбГУ.

198504, Санкт-Петербург, Старый Петергоф, Университетский пр.26