

КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Л. Т. Баранская, С. А. Кузнецова, О. А. Третьякова
**ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ КАК ДЕТЕРМИНАНТА ДЕЙСТВИЙ,
НАПРАВЛЕННЫХ НА ТЕЛЕСНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ**

В последние годы в нашей стране и за рубежом растет интерес к косметическим операциям. В связи со спросом населения на подобные услуги открывается большое число отделений и клиник косметической хирургии. Любой человек, обратившись в клинику пластической хирургии, может изменить свой облик. Главной задачей пластической хирургии является воссоздание или создание человеку привлекательного внешнего вида, открывающего возможность полноценного выполнения социальных функций.

По мнению французского пластического хирурга Ж.-М. Сублирана [6], всех пациентов клиник косметической хирургии можно условно разделить на три основные группы. К первой относятся люди, которые, имея явный дефект внешности, четко представляют себе конечный результат операции (обсуждаемый совместно с врачом) и практически всегда остаются удовлетворены исходом. Ко второй группе принадлежат те, кого можно назвать «фанатами» операций. И, наконец, третья группа составляют пациенты, которые остаются недовольны результатами операций практически в любом случае. Можно предположить, что их неудовлетворенность произведенными хирургическими манипуляциями определяется не внешними объективно выступающими дефектами физического облика, а некоторыми глубинными внутренними интрапсихическими характеристиками. Как далее будет показано, именно пограничная личностная организация с необходимостью провоцирует самоповреждающее аутоагрессивное поведение.

Теоретические исследования (Е. Т. Соколова, А. Н. Дорожевец, Е. П. Чельницкая и др. [5; 7]) свидетельствуют о том, что пограничная личностная организация отличается полиморфностью симптоматики, внутри которой более или менее четко определяются разные типы, и, в первую очередь, пограничные личностные расстройства (ПЛР), а также нарциссические личностные расстройства (НЛР).

В отечественной литературе понимание пограничной личностной организации представлено исследованиями Б. В. Зейгарник, Е. Т. Соколовой и др. [2; 5]. Ключевыми понятиями в данном подходе являются пристрастность и смысловая позиция. Пристрастность предстает в сво-

ей слитности с потребностями людей. Самосознание, благодаря насыщенной потребностями и мотивами, выпускает в себя мир и открывается миру — «мир в присутствии Я» (Соколова Е.Т. [5]). Для самосознания развитой личности характерна как многогранность восприятия окружающей действительности, так и способность представлять в различных ипостасях.

Фундамент пограничной личности построен из столь противоречивых по своему содержанию потребностей, что даже если бы оказалось возможным их удовлетворение, все равно это не привело бы к чувству самореализованности, ощущению счастья, гармонии с окружающим миром и самим собой. Противоречивость стремлений не осознается пограничной личностью, но, тем не менее, эти потребности определяют внутреннюю динамику душевной жизни. Осознавая себя «хозяйном своих чувств и желаний», такая личность не верит в собственные силы, в возможность самостоятельного изменения своей жизни. Через систему потребностей просвечивает центральный радикал пограничной личностной организации — сверхзависимость. Специфика пограничного сознания конкретизируется и раскрывается через категорию «зависимый стиль личности». Зависимость как системное качество самосознания, в свою очередь, предполагает слабую дифференцированность и специализированность образующих его подсистем (когнитивных и аффективных процессов). Смещенность баланса когнитивно-аффективных взаимодействий в структуре сознания на сторону превалирования последних означает низкий уровень самоидентичности, автономии Я, зависимость самоотношения от оценок значимых других, низкую способность к саморегуляции аффективного опыта в целом.

Низкая дифференцированность «образующих» структур самосознания и их зависимость обуславливают избыточную вовлеченность телесного пласта самосознания в итоговый образ Я. Язык телесности избавляет самосознание от необходимости вербализовывать и осознавать конфликт личностных смыслов Я и стоящие за ним амбивалентные чувства. Можно предположить, что в «чрезмерной укорененности» (Е.Т.Соколова [5]) самосознания в бытийности таится угроза потребительского отношения к миру и собственному Я. Смысловая личностная позиция потребления превращает в средство удовлетворения собственных потребностей и других людей, выступающих для субъекта лишь в качестве его определенных потребностей. Такая позиция, естественно, предполагает взаимозависимость, другой воспринимается не иначе, как часть Я, а его независимость переживается как потеря. Именно так воспринимается пациентами третьей группы пластический хирург: созданное им невозможно «признать хорошим», поскольку в этом случае «отношения» будут завершены и вместе с ними «умрет» значимая часть собственного Я, подтвержденного другим. Мир представляется пограничной личности через призму «полусов» — хорошего и плохого. Ставшая смыслом подобная позиция — это не что иное, как искаженная картина мира и образа Я. Это означает, что структура самосознания пограничной личности — тотально-зависимая или фрагментарно-репрессивная, жестко и однозначно дихотомированная в зависимости от удовлетворения или фрустрации базовых потребностей и потому пристрастно искаженная, суженная. Феномены пограничного сознания могут быть поняты как следствие несформирован-

ности смысловой диалогической позиции Я в целостной системе жизнедеятельности субъекта.

Несмотря на существование в рамках единой пограничной личностной организации, ПЛР и НЛР имеют собственные существенные характеристики (табл. 1). В исследованиях наиболее подробно разрабо-

Таблица 1

ТИПЫ ПОГРАНИЧНОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Параметры	Пограничные личностные расстройства	Нарциссические личностные расстройства
Ведущие качества личности	Беспомощность, нуждаемость	Грандиозность
Внутренний объект	Расщепленный; все или ничего	Всемогущий либо неполноценный аспекты Я
Незавершенные задачи развития	Отделение	Эмпатическая индивидуализация
Пугающий избегаемый опыт	Покинутость	Унижение
Пугающая эмоция	Депрессия	Стыд
Отношения с другими	Зависимые	Обесцениваемые
Полезависимость	Сверхполезависимость, с невозможностью выработки собственной позиции	Средняя или выраженная зависимость от ситуации как повышенная реактивность
Когнитивная дифференцированность	Очень низкая, до синкретичности, нерасчлененности понятий	Присутствует в разной степени, но чаще низкая, более дифференцированное представление о социальных объектах
Искажение под влиянием аффекта	Неразведение аффективных и когнитивных процессов, их сцепленность, слияние, взаимообусловленность	Неразведение аффективных и когнитивных процессов, их сцепленность, слияние, взаимообусловленность
Механизмы психологической защиты	Крайне грубые и неэффективные: дистанцирование, отрицание, игнорирование, расщепление с акцентом на негативном полюсе и другие	Примитивные, незрелые: проекция, вытеснение, отрицание, проективные идентификации, самоублажающая тактика, аутоинфантилизация, аутоинвалидизация
Образ Я	Фрагментарен, состоит из нестыкующихся частей; не проработан; не сформированы понятия: «кто Я» и «кто другой»; ущербность Я; окрашен только негативным аффектом; деструктивен; отсутствуют границы Я-другой (особенно для эмоциональных переживаний); отсутствует интеграция, образ Я расщеплен	Внутренняя пустота, незаполненность, поэтому готовность принять любое содержание; низкая ценность, но с запросом на высокую; фрагментарное осознание проблем (без интеллектуальной переработки); флуктуация не только самооенок, но и параметров самооценивания; нарушение границ Я, включение чужеродных элементов
Стиль коммуникации	Отказ от общения и активности, параноидное переживание, отсутствие базового доверия	Навязывание себя миру, экспансивно-манипулятивный стиль
Базовый (типичский) конфликт	Страдание и деструкция как формы жизни, ретрофлексия полученных агрессивных воздействий как основной тип переживаний	Вытесняемая аффилиативная потребность, поиск симбиотического контакта и его замены в виде всеядности коммуникации и поиск любых форм позитивного отношения

таны представления о пограничных личностных расстройствах. Выделяют три основных психологических критерия ПЛР: 1) диффузная идентификация; 2) особый тип защитных механизмов; 3) способность оценивать реальность. В основе пограничной патологии лежат внутренние конфликты, являющиеся «доэдиповыми» по своей природе. Ведущим является архаический страх идентичности, проистекающий из патологически задержанного симбиоза. Такие люди не могут чувствовать себя в безопасности в окружающем мире. Это проявляется в специфической слабости, дезинтегрированности расщепленного Я, которые связаны, по мнению Г. Аммона [1], с формированием частично дисфункционального фасада адаптированной мнимой личности. Это приводит пациентов с ПЛР к хроническому отчуждению от самого себя, которое требует немедленного наполнения и обуславливает тягу к различным формам импульсивного поведения, в том числе саморазрушающего.

Нарциссическим пациентам свойственно лучшее, чем у пациентов с пограничным расстройством личности, социальное функционирование, у них более выражен контроль импульсивности и выше толерантность к тревоге. Нарциссических пациентов отличает необычно раздутое представление о себе и огромная потребность в восхищении и шумном одобрении. При прекращении внешнего нарциссического обеспечения («подпитки самоуважения восхищением») они чувствуют беспокойство и скуку. Нарциссические пациенты идеализируют тех, от кого ожидают нарциссического удовлетворения; обесценивают и презирают остальных; завидуют окружающим, даже тем, кто не достиг особого положения в жизни; их отношения с окружающими носят эксплуататорский, паразитический характер, с уверенностью в «своих особых правах». Их эмоциональность поверхностна, они холодны и безжалостны. Нарциссические пациенты могут демонстрировать черты зависимости, так как нуждаются в признании и поклонении, глубинно же они неспособны к зависимости из-за недоверия к другим и их обесценивания. Наиболее значимым «нарциссическим признаком» является признак грандиозности (первый признак по классификатору болезней DSM—IV): грандиозное чувство собственной значимости, например, преувеличение собственных достижений и талантов, ожидание признаний без соответствующих заслуг. Для нарциссического расстройства личности характерно также чувство своей избранности, то есть беспричинное ожидание очень хорошего отношения или беспрекословного подчинения окружающих выдвигаемым ими требованиям; поглощенность фантазиями о небывалом успехе, неограниченной власти, блеске, красоте или идеальной любви; убежденность пациента в собственной уникальности и способности общаться или быть связанным с другими особенными или имеющими высокий статус людьми; чувство зависти к окружающим или убежденность в том, что другие завидуют им.

Исходя из материалов, представленных в таблице 1, рассмотрим «искажение» образа физического Я в случае пограничного и нарциссического личностного расстройства. Мы согласны с положением о детерминации образа телесного Я «знаком» самоотношения и уровнем дифференцированности аффективно-когнитивного взаимодействия как интегрального показателя зависимости—автономии в структуре личности (Е. Т. Соколова, [5]). Чем большей субъективной ценностью обла-

дают телесные качества Я, тем более будет подвергаться искажению образ Я. Точность восприятия своего телесного опыта связана с: а) эффективностью контроля эмоциональных состояний; б) особенностями познавательного стиля; в) удовлетворением собой и самооценкой. Для лиц с пограничной личностной организацией взаимодействие когнитивных и аффективных компонентов в структуре осознания телесного Я носит характер «когнитивного подтверждения аффективного самоотношения». Образ телесного Я характеризуется хрупкостью, нестабильностью, он легко меняется под воздействием мотивационных конфликтов и аффективных состояний, пронизаем для внешних оценок и переживаний успеха-неуспеха.

Для подтверждения выдвинутых теоретических положений нами были проведены исследования пациентов клиники пластической и восстановительной хирургии НПРЦ «БОНУМ», женщин в возрасте 24—45 лет, обратившихся за помощью к пластическому хирургу с целью коррекции внешности (изменение формы носа, круговая подтяжка, увеличение размера груди и др.). В качестве основной методики исследования был выбран Тематический апперцептивный тест (ТАТ) Г.Мюррея. Представим примеры выполнения ТАТ некоторыми пациентами из данной группы.

Обследуемая С-ва, 35 лет, работает в одном из общественных фондов. Замужем, но в течение полугода с мужем не живет, дочь 7 лет. Факты биографии: в родительской семье были очень теплые отношения с матерью, которой рано не стало; с отцом отношения плохие, к нему не было уважения, он употреблял алкоголь, мог поднять на мать руку. Мать отца жалела, никогда не говорила о нем плохо. У матери высшее образование, у отца среднее. По словам обследуемой, в муже наша то, чего не было в отце.

Рассказы по картинам ТАТ С-вой отличаются депрессивным фоном, ощущением покинутости, брошенности, беспомощности, нуждаемости. Так, в рассказе по 3-й картине она указывает: «Это отчаяние полное. Причем здесь могут быть разные рассказы. То, что мне близко — это полное отчаяние. Женщина узнала о предательстве мужа». Подобные состояния наиболее отчетливо выступают также в текстах по 15-й и 17-й картинам. Картина 15: «Скорбь. Неподдельная скорбь. Ощущение горького одиночества. Осталось только прийти поклониться кресту. Мысли жуткие, страшные. Больше не для кого жить. Самому умирать не страшно». Картина 17: «Мне бы не хотелось думать, что девочка, глядя на воду, хочет покончить жизнь самоубийством. Может быть, она выглядывает мужчину. Неразделенная любовь. Она любит, а он нет. Она — в ожидании. Отчаяние».

Мысли и чувства автора рассказов свидетельствуют о сверхполезависимости, отсутствии границ Я — другой, отказе от активности. Угроза разрыва супружеских связей оказывается для С-вой настолько значимой потерей в жизни, что ее собственный ребенок (дочь) и отношения с ней отходят на второй план. Это можно усмотреть в рассказе по 8-й картине, где латентное время максимальное (35 секунд). «Так можно смотреть на детей, которые играют где-то рядом. Мне кажется, эта женщина очень одинока. У нее есть ребенок, есть человек, с которым она может существовать, но все же она одинока. Так иногда смотрят и принимают короткие минуты счастья, глядя на ребенка, глядя на то, как ее

мужчина с ребенком играет, глядя на красивых людей, на природу, на букет цветов. Мысли совершенно разные. Я не удивлюсь, если через две минуты она расплачется».

Совершенно другие рассказы мы видим у обследуемой П-вой, 24 года, частный предприниматель, не замужем, дочь 5 лет. Факты биографии: с матерью жили душа в душу; мать научила девочку играть в шахматы; с отцом отношения были плохие, отец не мог материально обеспечить семью. Когда П-вой было 22 года, отец ушел из семьи. С отцом ребенка познакомились благодаря журналу «Шахматное обозрение». Стали жить вместе, родилась дочь. Они расстались, поскольку муж не мог содержать семью. П-ва указывает: «Я думала, что замуж надо выходить по любви».

С нашей точки зрения, рассказы П-вой по картинам ТАТ свидетельствуют о нарциссическом личностном расстройстве. Доказательством тому является рассказ по 1-й картине. «Жил-был маленький мальчик Петя. В их доме на стене в спальне отца висела скрипка. И Петя, когда был совсем—совсем маленьким, он проходил мимо этой стены, на которой висела скрипка и мечтал о том, когда он вырастет, то будет музыкантом. Но отец не разрешал ее брать со стены. Он говорил, что эта скрипка старинная, что Петя еще очень мал, и что он может ее сломать. И вот однажды, когда никого не было дома, 9-летний Петя подставил табуретку и снял эту скрипку. Он пробрался на чердак, чтобы никто не увидел. Положил скрипку перед собой и сел мечтать. Он видел большой зал, переполненный людьми, восторженные лица, и он с длинными волосами стоит посреди сцены и играет соло на этой чудесной старинной скрипке. Ему чудилась музыка Моцарта, Вивальди. Он был счастлив. Но вдруг скрипнула дверь, и вошел отец. На его лице была улыбка».

В этом рассказе отчетливо выступает нарциссическая грандиозность, уровень притязаний переходит в перфекционизм, наблюдается феномен эгзибиционизма. Собственное всемогущество и стремление к манипулятивным стратегиям связано с обесцениванием другого. В рассказе отчетливо видно расщепление на грандиозное и беспомощное Я, «идея катастрофы ожиданий», тирания долженствования, сверхконтроль как основа имеющегося фобического расстройства.

Кроме того, П-вой свойственна характерная для лиц с нарциссическим личностным расстройством диффузная половая роль и половая ориентация, нестабильность понимания себя как человека определенного пола и открыто гомосексуальная ориентация. Отмеченные характеристики наиболее отчетливо видны в рассказах по 3-й и 10-й картинам. Рассказ П-вой по 3-й картине: «Ну я не знаю, почему-то сразу мелькнула первая мысль, что это, мне кажется, что это мужчина. Возможно у него умер кто-то из близких. Он сначала зашел в эту комнату и вот теперь он закрывает дверь. Мне почему-то так кажется. У него такая трагичная поза. Вообще-то нет, это женщина. Я зря так сказала». Аналогичен рассказ по 10-й картине: «Это два мужчины что ли? (Пауза — 15 секунд). Нет, я хочу, чтобы это была любовь. Тогда это пусть женщина будет. Такая интимная картинка, как-то даже и обсуждать неловко. Мне кажется, что тут самое искреннее чувство. Такое чувство единения... Для них окружающие ничего не значат. Они как бы упиваются друг другом. Больше ничего не могу к этому добавить. Мне ка-

жется, у них в данный момент не физическое влечение, а такое духовное, родственное».

Таким образом, результаты конкретных психологических обследований показывают, что пациентки клиники пластической хирургии имеют пограничную личностную организацию, выраженную в пограничном или нарциссическом личностном расстройстве. Поэтому, в целях качественного улучшения их жизни, необходимо решить проблему оказания им психологической помощи. Целями психологической коррекции должны стать: формирование адекватного представления пациенток о своем физическом Я, прояснение действительных целей пластической операции, адекватная оценка результатов проведенной пластической операции. Необходима также послеоперационная психологическая поддержка пациенток в тот период, когда, по их словам, они «начинают новую жизнь», то есть пытаются по-новому простроить межличностные отношения, пробуют новые социальные роли, новые формы поведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. СПб, 1997.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М., 1978.
3. Мольц М. Я — это я. М., 1992.
4. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М., 1990.
5. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
6. Субиран Ж.-М. Косметическая хирургия. Ростов н/Д, 1995.
7. Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма // Клинич. психология и психотерапия. 1999. № 1.

Е. Ф. Грибань

ЭТИОЛОГИЯ АДДИКЦИЙ

Аддикция и ее следствия (наркомания, алкоголизм и др.) — чрезвычайно сложные явления. Попытки объяснения данного феномена предпринимались еще с тех пор, когда употребление психоактивных веществ носило сакральный и(или) лечебный характер. В литературе накоплено огромное количество данных по этому вопросу, существует масса разнообразных концепций, теорий, пытающихся разъяснить феномены наркомании, алкоголизма и проч. Кратко охарактеризуем те из них, которые, на наш взгляд, являются основными.

С начала обратимся к значению некоторых базовых терминов, принятых в этой области знания.

Наиболее адекватным обозначением того, что обычно называют наркотиком, является термин «*психоактивные вещества*» (ПАВ): Психоактивные вещества различны по своему составу и действию на организм человека. Их воздействие, в зависимости от дозы, длительности применения, индивидуальных особенностей организма, ряда культурных факторов, может быть прямо противоположным, а их основное сходство состоит в способности изменять психическое состояние человека [13. С. 3—4]. Для обозначения веществ с вышеуказанным действием в научной и популярной литературе используются самые разные термины: наркотики, психотропные средства, психоделические вещества (от лат. *deleo, delere* — уничтожить), в англоязычном вари-