КУЛЬТУРА И СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПСИХОЛОГИИ

Эмоциональная сфера, как во времена 3. Фрейда сексуальная, становится наиболее патогенной зоной в современной культуре. И это наблюдение можно встретить у некоторых авторов, прежде всего психотерапевтов, работающих в тесном и глубоком контакте другими людьми и анализирующих природу их внутренних конфликтов и проблем: «Я считаю, что так называемые негативные чувства слишком часто меняются, что приводит к личностный проблемам, физическим недомоганиям и длительным депрессивным состояниям. Парные установки, описываемые в нашей литературе, заставляют многих людей прибегать к героическим средствамдля переработки травмирующего переживания, героическим решениям возникших в результате этого опыта проблем. После этого болезненные переживания частично исчезают из нашего сознания и мы перестаем осознавать наше страдание. По опыту нам нужно научиться принимать так называемые негативные чувства и разрешать себе выражать их» [15; 2].

В 1997 г. был инициирован кросс-культурный проект с участием немецких, швейцарских и бельгийских ученых «Эмоции в семейном и интерперсональном контексте (на примере соматоморфных расстройств)». Работа над проектом пока не закончена, однако можно рассмотреть результаты предварительных исследований и наблюдений, которые стали отправными точками проекта по соматоморфным расстройствами, а также наблюдения и гипотезы, касающиеся депрессивных и тревожных расстройств.

Депрессивные, соматоморфные и тревожные расстройства были выбраны для изучения и анализа в силу того, что именно эти нарушения отражают основные эпидемиологические тенденции психических нарушений в настоящее время. По данным Национального комитета по психическому здоровью США, к 2020 г. депрессия выйдет на второе место в мире после сердечнососудистых заболеваний как причина утраты трудоспособности среди населения. По некоторым данным, хотя бы раз в жизни депрессивный эпизод перенесла каждая пятая женщина. Что касается соматоморфных и тревожных расстройств, то они настолько настойчиво заявили о себе в современной медицине, что пришлось из уважения к ним вводить специальные отдельные кластеры в различные системы классификации болезней.

По данным Комитета по психическому здоровью США, каждый десятый житель этой страны страдает или страдал тревожным расстройством в виде генерализованного тревожного расстройства, агорафобии, панических атак или социальной фобии. По различным данным, не менее 30 % людей, обращающихся за помощью к терапевтам, кардиологам, невропатологам и другим специалистам районных поликлиник и диагностических центров, страдают соматоморфными расстройствами, т.е. психическими расстройствами, которые замаскированы соматическими жалобами, не имеющими достаточной физической основы. Диагноз ипохондрии можно поставить лишь небольшому числу из этих людей. Соматоморфные расстройства тяготеют к эмоциональным нарушениям — у этих больных, как правило, значительно повышены показатели по шкалам депрессии и тревоги, которые они просто не осознают. Недаром появляется все больше исследований, указывающих на коморбидность депрессивных, тревожных и соматоморфных расстройств, т.е. подтверждающих, что эти различные диагнозы нередко сосуществуют у одного человека. Некоторые же авторы полагают, что это одна болезнь — депрессия [2], изменившая свое прежнее облачение в виде явного меланхолического аффекта и замаскировавшаяся жалобами на боли различной локализации, недомогание, усталость и, наконец, сильно окрасившаяся тревогой.

К. Хорни была одним из первых психоаналитиков и психотерапевтов вообще, переключивших свое внимание с ранних детских переживаний как основных источников психических нарушений на более широкий культурный контекст, в котором эти переживания возникают и развиваются. Одним из важнейших ее достижений и шагом вперед по сравнению с классическим анализом была критика биологических основ теории неврозов 3. Фрейда, основанной на представлениях о врожденных стремлениях и видах сексуальной энергии, которые, подвергаясь вытеснению в процессе развития, становятся источником невротических симптомов. «Делая такие утверждения, Фрейд поддается искушению своего времени: делать обобщения относительно человеческой природы для всего человечества, хотя его обобщение вытекает из наблюдения, сделанного в сфере лишь одной культуры» [10; 14]. При этом роль культуры рассматривалась 3. Фрейдом исключительно как репрессивная, но никак не определяющая содержание невроза, его центральный конфликт. Социокультурная теория неврозов К. Хорни позволяет пролить свет на изменяющееся лицо неврозов, на вклад патогенных ценностей и установок культуры в формирование «невротической личности нашего времени»: «Когда мы сосредоточиваем внимание на сложившихся к данному моменту проблемах невротика, мы сознаем при этом, что неврозы порождаются не только отдельными переживаниями человека, но также теми специфическими культурными условиями, в которых мы живем. В действительности культурные условия не только придают вес и окраску индивидуальным переживаниям, но и, в конечном счете, определяют их особую форму... Когда мы осознаем громадную важность влияния культурных условий на неврозы, то биологические и физиологические, которые рассматриваются Фрейдом, как лежащие в их основе, отходят на задний план» [10; 14].

Современные исследования различных психических заболеваний подтверждают их биопсихосоциальную природу или, выражаясь в ставшей популярной терминологии, диатез-стрессовую модель. Согласно этой модели, биологический диатез или биологическая уязвимость выливаются в болезнь только при условии воздействия стрессоров — неблагоприятных психологических и социально-психологических факторов.

Внушительная статистика роста депрессивных, тревожных соматоморфных расстройств не может быть объяснена чисто биологическими факторами и простым учащением количества стрессовых провокаций в результате общего увеличения уровня стрессогенности нашего существования. Она означает, что важные факторы эмоциональных расстройств следует искать не только в области биологии, потому что известно, что генетика и биохимия человека не могут столь радикально измениться всего лишь за одно поколение. На наш взгляд, в современной культуре существуют и достаточно специфические психологические факторы, способствующие росту общего количества переживаемых отрицательных эмоций в виде тоски, страха, агрессии и одновременно затрудняющие их психологическую переработку. Это особые ценности и установки, поощряемые в социуме и культивируемые во многих семьях, как отражениях более широкого социума. Затем эти установки становятся достоянием индивидуального сознания, создавая психологическую предрасположенность к эмоциональным расстройствам.

Что же это за ценности и установки? И почему возникла такая гипотеза? Гипотеза родилась из трех источников:

I) из опыта психотерапевтической работы с больными, позволяющей более глубоко проникнуть в мир ценностных установок больного [3], [4], [7—[9];

1. из работ представителей социального психоанализа, прежде всего из работ [10], [11];
2. из анализа кросс-культурных исследований, доказывающих неразмерность распространенности различных эмоциональных расстройств в разных культурах [6]

То, что «лик», или основное содержание депрессии меняется в зависимости от культуральных конфликтов и ценностей, отмечается разными авторами [14].

Кросс-культурные исследования депрессии показали, что число депрессивных рушений выше в тех культурах, где в основном значимы индивидуальные достижения и соответствие самым высоким стандартам и образцам. Эти исследования проводились на группах, относящихся к одному этносу (т.е. имеющих общие биологические корни), но проживающих в условиях различных культурных традиций и норм. Taкое исследование было проведено на разных племенах индейцев, проживающих в США и резко различающихся числом депрессивных состояний, а также в католических сообществах, отличающихся повышенной религиозностью и одновременно повышенной статистикой депрессивных расстройств], Для так называемых депрессивных сообществ оказались характерными высокие жесткие стандарты и требования к детям в процессе воспитания с частой критикой и наказаниями за отклонения от них, моде замкнутого существования с изоляцией остального мира и концепцией оценки окружения как враждебного, а жизни как трудной опасной («юдоли скорби»).

В МНИИ психиатрии совсем недавно было выполнено диссертационное исследование двух групп подростков — этнических корейцев из Республики Корея и из Узбекистана [6]. Результаты показали, что уровень депрессии среди подростков гораздо выше в Республике Корея. Одновременно было выявлено, что эти две группы различаются по ценности успеха и достижений, которая оказалась значимо выше в группе из Кореи Американцы, вкладывающие большие деньги в исследования и лечение депрессии, становящейся бичом этого процветающего общества, всемерно пропагандируют культ успеха и благополучия. Этот культ настолько глубоко вошел в сознание современного американца, что его патогенность зачастую не осознается даже специалистами. Так, молодой врач-психиатр из США в начале лекции для русских коллег представился со следующими словами: «Я из штата Мичиган, о котором говорят, что у нас все женщины самые красивые, все мужчины самые сильные, а все дети выше среднего уровня». Конечно, ему хотелось пошутить, но эта шутка хорошо отражает реальные ценности и установки общества.

Тревожные расстройства сравнительно недавно выделены в особую группу, но еще К. Хорни обнаружила почву для их стремительного роста в нашей культуре. Почву эту она увидела в глобальном противоречии между христианскими ценностями, проповедующими любовь и партнерские равные отношения, и реально существующей жесткой конкуренцией и культом силы. Последнюю ценность она сформулировала в емкой фразе-лозунге американской семьи — «Быть на одном уровне с Джонсами».

Результатом ценностного конфликта становятся вытеснение собственной агрессивности и ее проекция на других людей. Таким образом, собственная враждебность подавляется и приписывается окружающему миру, что и ведет, согласно К. Хорни, к резкому росту тревоги по двум причинам: 1) восприятие окружающего мира как опасного, 2) восприятие себя как не способного этой опасности противостоять (вследствие запрета на агрессию, а значит, активное сопротивление опасности). В качестве еще одной причины роста тревожных, впрочем, так же как и депрессивных, расстройств можно назвать культ силы и культ рациональности, которые ведут к запрету на переживание и выражение негативных эмоций. При этом резко затрудняется их психологическая переработка, а значит, происходит их постоянное накопление, при этом психика работает по принципу «парового котла без клапана».

Современное лицо эмоциональных нарушений сильно окрашено соматическими симптомами, которые нередко настолько маскируют сами эмоции, что выходят фактически на передний план в виде соматоморфных расстройств. Такая склонность современного человека к соматизации, или склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне, также имеет, на наш взгляд, определенные культуральные источники. Культ рационального отношения к жизни, негативная установка по отношению к эмоциям как явлению внутренней жизни человека находят выражение в современном эталоне супермена — непрошибаемого и как бы лишенного эмоций человека. В лучшем случае эмоции сбрасываются как в помойную яму на концертах панк-рока и дискотеках. Запрет на эмоции ведет к их вытеснению из сознания, а расплата за это — невозможность их психологической переработки и разрастание физиологического компонента в виде болей и неприятных ощущений различной локализации.

Таким образом, запрет на различные эмоции (как следствие вышепроанализированных ценностей) является одним из факторов эмоциональных расстройств. Эти данные получены с помощью опросника, разработанного В.К. Зарец-ким. Он включает вопросы типа: «Жаловаться ниже моего достоинства» (запрет на печаль) или «Страх — признак слабости» (запрет на страх) и т.п. Тестируется запрет на четыре базальные эмоции — радость, гнев, страх, печаль. Положительные ответы рассматриваются как запрет на переживание и выражение соответствующих эмоций. В таблице приведены проценты положительных ответов в группе здоровых и в группе с эмоциональными расстройствами.

Установки по отношению к эмоциям в норме и патологии, %

Подытоживая, можно сказать, что эмоциональные нарушения тесно связаны с культом успеха и достижений, культом силы и конкурентности, культом рациональности и сдержанности, характерными для нашей культуры. Тот или иной тип ценностей и установок связан с определенными синдромами — депрессивным, тревожным, со-матоморфным. Разведение это достаточно условно, и все выделенные установки могут присутствовать при каждом из трех анализируемых расстройств. Речь идет лишь об удельном весе тех или иных установок, о тенденциях, но не о жестких причинно-следственных связях определенной установки с определенным синдромом.

Итак, многие современные культурные ценности и нормы сопряжены с запретом на отдельные эмоции, в частности и эмоции вообще, но при этом парадоксальным образом эти же нормы и ценности сопряжены со стимулированием эмоций, которые они призваны подавлять. Так, культ успеха и благополучия исключает печаль, тоску, недовольство жизнью. При этом именно с ним оказывается культурально сопряженной депрессия. Культ силы и конкурентность несовместимы с чувством страха, однако именно с ними связывает К. Хорни рост тревожного аффекта в нашей культуре. Наконец, культ рациональности, в виде общего запрета на чувства, способствует их вытеснению, т.е. постоянному накоплению и превращению нашего тела в отстойник физиологических корреляций (сравните макросоциальный и соматический уровни). Наблюдается эффект обратного действия сверхценностной установки: культ успеха и достижения сверхценной значимости ведет к пассивности, культ силы — к избеганию и ощущению беспомощности, культ рациональности — к накоплению эмоционального напряжения, разрастанию его физиологического компонента.

В последние десятилетия за рубежом интенсивно проводятся исследования эмоциональной экспрессивности в семьях, убедительно доказавшие на разных типах больных и в разных культурах связь негативных эмоций в семье с благоприятным или неблагоприятным течением заболевания. Согласно экспериментальным данным, депрессивные больные больше, чем больные других групп, оказались зависимы от уровня негативных эмоций в семье. Так, достаточно надежным предиктором неблагоприятного течения депрессии оказался положительный ответ на один-единственный вопрос, задаваемый депрессивным женщинам: « Часто ли Вас критикует Ваш муж?».

Суммируя данные наблюдений психологов

Таблица. Многофакторная модель эмоциональных расстройств

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Уровни исследования | Объекты исследования | | |
| Эмоциональные расстройства | | |
| Депрессивные | Тревожные | Соматоморфные |
| Макросоциальный | Социальные ценности и стереотипы, способствующие росту отрицательных эмоций и затрудняющие их переработку | | |
| Культ успеха и достижения | Культ силы и конкурентность | Культ рацио и сдержанность |
| Семейный | Особенности семейной системы, способствующие индуцированию, фиксации и трудностям переработки отрицательных эмоций | | |
| Закрытые семейные системы с симбиотическими связями | | |
| Высокие родительские требования и ожидания, высокий уровень критики | Недоверие к другим людям (вне семьи), изоляция, сверхконтроль | Игнорирование эмоций в семейных отношениях н запрет на их проявление |
| Межличностный | Трудности в построении близких отношений с людьми и получении эмоциональной поддержки | | |
| Высокие требования и ожидания от других людей | Негативные ожидания от других людей | Трудности самовыражения и понимания других |
| Личностный | Личностные установки, способствующие негативному восприятию жизни, себя, других и затрудняющие самопонимание | | |
| Перфекционизм | Скрытая враждебность | «Жизнь во вне» (алекси-тимия) |
| Когнитивный | Когнитивные процессы, стимулирующие отрицательные эмоции и затрудняющие самопонимание | | |
| Депрессивная триада | Тревожная триада | «Чувствовать опасно» |
| Абсолютизация | Преувеличение | Отрицание |
| Негативное селектирование, поляризация, сверхобобщение и т.д. | | Операторное мышление |
| Поведенческий и симптоматический | Тяжелые эмоциональные состояния, неприятные физические ощущения и боли,социальная дезадаптация | | |
| Пассивность, тоска и недовольство собой, чувство разочарованности в других | Поведение избегания, ощущение беспомощности, тревога, страх критического отношения к себе | Эмоции суммируются и переживаются на физиологическом уровне без психологических жалоб |

Проанализировав имеющиеся немногочисленные исследования семей, члены которых страдают эмоциональными расстройствами, можно резюмировать, что эти семьи отличаются закрытыми границами и симбиотическими связями, при которых эмоции перетекают от одного члена семьи к другому как по сообщающимся сосудам. Другая характерная особенность этих семей — повышенный индекс стрессогенных событий в семейной истории. Таким образом, в этих семьях создается благоприятная ситуация для циркулирования, фиксации и индуцирования отрицательных эмоций. В то же время упомянутые особенности характерны для многих дисфункциональных семей.

Что же специфического обнаруживается для «депрессивных» семейных систем? Это, прежде всего, высокий уровень критики и высокие родительские требования и ожидания в плане достижений. Ребенок в этих семьях редко заслуживает одобрении, так как стандарты очень высоки и поощряют в ребенке стремление к совершенству. Образующийся разрыв между притязаниями и реальными достижениями и возможностями обрекает ребенка на постоянное ощущение неудовлетворенности, индуцирует негативные чувства. В этих семьях совершенство из ценности или идеала, к которому можно стремиться, но невозможно достичь, превращается в цель, которая подменяет выдвижение реалистичных целей. Так постепенно формируются ценности и установки маленького перфекциониста (личностный уровень в табл.), способствующие негативному восприятию жизни, себя и других (негативная когнитивная триада, по А. Беку).

Основной патогенный конфликт перфекциониста — это конфликт между потребностью непосредственно воплотить совершенство и невозможностью это сделать в реальности. Недаром губитель человеческих душ Мефистофель произносит фразу: «Кто хочет невозможного, мне мил». Ведь в реальности не существует совершенства, без которого сердце перфекциониста не знает удовлетворения. Впрочем, так же мучительно для него видеть чьи-то высокие достижения, так как они обостряют чувство собственного несоответствия высоким стандартам. Высокие перфекционистские требования и ожидания от других ведут к разочарованиям и разрывам, лишая перфекциониста необходимой эмоциональной поддержки, которая возможна при близких и доверительных отношениях. Это подтверждается данными о снижении уровня социальной поддержки и дефектами социальной сети, полученными соответствующими опросниками. Наконец, уже в детстве у маленького перфекциониста складывается особый когнитивный стиль, который мы условно назвали абсолютизирующим, или максималистским: «Если не справился блестяще — значит, не справился вообще», «Настоящий друг должен все понимать без слов» и т.д. Этот когнитивный стиль был блестяще описан и исследован в работах А. Бека [16]. Таким образом, перфекционист обречен на постоянные разочарования, а также на пассивность вплоть до полного «паралича» деятельности, ведь практически невозможно сделать очень хорошо сразу все. Обратимся к тревожным больным. Нередко и для них типичен риск, который может быть мощным стимулятором не только тоски, но и тревоги: «Не справлюсь на нужном уровне». Наблюдения за семьями, члены которых обладают какими-либо тревожными обстоятельствами — паническими атаками, генерализованной тревогой, показывают общий высокий уровень тревожности в семьях, которые по поведению их членов нередко напоминают тюремный лагерь. Корни этого процесса в семейной истории больных изобилует стрессами (ранние смерти, жестокое обращение). Для этой категории характерен высокий уровень настороженности по отношению к окружающему миру, уровень контроля и доминирование родителей, ведущий к подавлению сопротивления у ребенка протеста и агрессии. Дети в этих семьях не позволяют себе открытые проявления агрессии. Тревожные расстройства, провоцируют боязнь изоляции.

Для таких детей характерен нервный стиль, сопряженный с недооценкой собственных сил и преувеличением (тревожная диада). Эту диаду («я слаб - можно дополнить третьим комплексом «никто не поможет», т.е. предки равнодушны или враждебны (все сказанное выше приводит к поведению избегания, ощущению беспомощности, критического неодобрительного отношения со стороны других. ЕСЛИ В Семьях депрессивных больных наблюдается наличие отрицательных эмоций, то, по экспериментальным данным, основная тенденция в семьях, где преобладают соматические симптомы эмоциональных нарушений, доминирует тенденция к элиминированию эмоций из жизни семьи в виде игнорирования этого аспекта жизни и запрета на выражение чувств. Например, женщина, у которой болен раком муж, жалуется на боли в желудке, но отрицает свои собственные тяжелые душевные переживания: «Настроение нормальное».

По нашей гипотезе, именно так может развиваться алекситимия, характерная для этих больных, — неспособность к осознанию и выражению собственных чувств и, соответственно, чувств других людей. Базовый конфликт при этой патологии — это конфликт между эмоциональной природой человека и отказом от этой природы — попыткой жить «во вне», игнорируя эмоциональную сторону жизни. Результат этого — дефицитарные контакты, отрицающий когнитивный стиль и разрастание физиологического компонента эмоций, которые не осознаются и не перерабатываются на психологическом уровне.

Литература

1. Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости // Собр. соч.: В 6 т. Т. 5. М., 1984.
2. Вертоградова О.П., Довженко Т.В., Васецкая Л. Кардиофобический синдром (клиника, динамика, терапия) // Психические расстройства и сердечнососудистая патология М., 1994. С. 19—28.
3. Гарант Н.Г., Холмогорова А.Б. Групповая психотерапия неврозов с соматическими расстройствами, Ч. I: Теоретические основания подхода // М. психотерап. журн. 1994. № 2. С. 29—50
4. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Групповая психотерапия неврозов с соматическими проявлениями // психотерап. журн. 1996. № 1. С. 59—71.
5. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Саморегуляция в норме и патологии // Психотерап.журн. 1989. Т. 2. С. 12—24. с
6. Ким Л.В. Кросскультуральное исследование среди подростков—этнических корейцев -жителей Узбекистана и Республики Корея: A.Toканд. дис. М., 1997.
7. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоции и психическое здоровье // Вестн. реабилитанионной и коррекционной работы. 1996. №. 1
8. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Соединение когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоморфных пациентов // Моск. психотерап. журн. 1996. № 3. С.
9. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Способы регуляции при расстройствах аффективного типа: Метод. рекомендации МЗ РФ. М., 1999
10. Хорни К. Невротическая личность нашего Я
11. Хорни К. Наши внутренние конфликты Юрист, 1995.
12. Юнг К. Проблемы души нашего времени. Прогресс, 1993.
13. Arieti S., Bemporad J. Depression. Krankheil'B Entsteheung, Dynamik und psychotherapeutiscb handlung. Stuttgart: Klett-Cotta, 1983