Содержание

Введение

Возможности символизации в психотерапии

Коммуникативный аспект саморазрушительного поведения при психических расстройствах

Заключение

Список литературы

## Введение

Исследование патологического перфекционизма как одной из специфических черт нарциссической личностной организации становится всё более актуальным в связи с развитием культуры нарциссизма в современном обществе. В нарциссической культуре искажённых представлений и эталонов наиболее ценными становятся видимые, поверхностные атрибуты силы, благополучия, красоты и успешности. Таким образом, большая ставка делается на внешность, на телесные проявления личности и, соответственно, большее распространение получает телесный перфекционизм.

## Соотношение нормальных и патологических перфекционных тенденций

Описанная реальность современного общества указывает на необходимость эмпирического изучения соотношения феноменов патологического и нормального перфекционизма и сопутствующих им синдромов психологических черт с целью лучшего понимания их структуры, динамики и порождающего их субстрата. Большая часть современных исследований в сфере перфекционизма фокусируется на выделении "парциальных" связей между перфекционизмом и отдельными, изолированно и внесистемно рассматриваемыми факторами (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 2009; G. L. Flett, P. L. Hewitt, 2008). В нашем же исследовании мы во главу угла ставим системное изучение перфекционизма как неспецифического био-психо-социально обусловленного феномена, в единстве когнитивных, мотивационно-регуляторных и коммуникативных его звеньев.

В настоящих тезисах делается попытка провести сравнительный анализ результатов обследования трёх групп участников исследования, которое проходит под научным руководством Е.Т. Соколовой. Среди них:

1) группа пациентов Отделения Вегетологии ГКБ №33 им.А. Остроумова с психологическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра (21 чел);

2) группа профессиональных спортсменов (25 чел);

3) группа непрофессиональных спортсменов (27 чел) (женская выборка в возрасте от 18 до 46 лет).

Цель нашего исследования состоит в изучении и выделении психологических механизмов нормального и патологического перфекционизма, обусловленных сочетанным вкладом взаимосвязанных и взаимовлияющих факторов: нозологической специфичности, аффективно-когнитивными особенностями личности, стилем саморегуляции и межличностной коммуникации, - которые в своей целостности обеспечивают качественное своеобразие перфекционизма, его роль в социальной и личной адаптации. Для реализации поставленной цели исследования разработан специальный комплекс диагностических инструментов, который направлен на выявление и изучение особенностей перфекционных тенденций, аффективно-когнитивного стиля, межличностной коммуникации, паттерна защитных механизмов, социального интеллекта.

В качестве предварительных результатов проводимого исследования были выделены два кластера психологических черт, не являющихся специфичными для конкретной эмпирической группы, которые ассоциируются с феноменами нормального и патологического перфекционизма. По этим результатам группа пациентов с психосоматическими проявлениями тревожно-депрессивных расстройств в качественном и количественном аспектах близка к группе непрофессиональных спортсменов - у обеих групп выделяется неспецифический симптомокомплекс психологических черт, взаимосвязанных с патологическими перфекционными тенденциями в сфере телесности.

Дезадаптивный патологический перфекционизм связан с размытыми, неустойчивыми, недостаточно артикулированными "границами образа тела"; с низкой когнитивно-эмоциональной дифференцированностью; полезависимостью (повышен-ной откликаемостью на приходящие от окружения стимулы); неустойчивой самооценкой (потребностью в поддержке, направлении и подкрепляющей стимуляции извне); нереалистичностью жизненных стандартов (завышенными целями дальнейшего изменения своей внешности, деятельность полностью подчинена мотиву похудения и изменения собственного тела).

Адаптивный перфекционизм связан с определёнными, достаточно чёткими и гибкими "границами образа тела"; с высоким уровнем когнитивно-эмоциональной дифференцированности; поленезависимостью (ориентацией на внутрен-ние детерминанты при построении собственного поведения; внешние стимулы используются для адекватной коррекции своей деятельности); устойчивостью самооценки (реалистичным восприятием окружающего мира, других людей и себя в этом мире); реалистичностью целей и стандартов (поэтапным достижением результатов, деятельность направляется мотивом реалистичного достижения успеха и зрелого саморазвития).

Несмотря на высокий уровень достижений при патологическом перфекционизме преобладающей является мотивация избегания неудач, в противоположность мотивации достижения успешного результата. В связи с феноменом избегания неудач, а также под влиянием нереалистично завышенных целей патологические перфекционисты склонны прерывать деятельность на фазе вхождения, либо при первых столкновениях с фрустрирующими факторами.

В сфере построения межличностного контакта при патологическом перфекционизме наблюдается преобладание инфантильных стратегий взаимодействия, неспособность к построению зрелых, непротиворечивых, стабильных отношений привязанности (их скорее можно описать как амбивалентные и избегающие), страх эмоциональной близости как страх “поглощения", склонность к манипулятивному поведению и тенденция строить контакт либо по гиперболизированно фемининному, либо по жёстко маскулинному типу.

## Возможности символизации в психотерапии

В последние десятилетия влияние психотерапии на современную культуру очевидно возрастает. Это выражается в том, что обращение за психотерапевтической помощью становится все менее зазорным, увеличивается количество психотерапевтических и психологических центров, в средствах массовой коммуникации популяризуются психотерапевтические идеи. Как и каждая культурная практика, психотерапия порождает смыслы и идеи, участвуя в формировании общей культуры человека, и оказывая значительное влияние на мировоззрение и картину сознания клиентов.

Функцию воспроизводства культурно-значимых смыслов на протяжении всей истории культуры выполняют символы как вертикальные духовные медиаторы (В.П. Зинченко). Символы представляют собой образы или понятия, которые содержат указание на целостно связанный с ними, имманентно заданный смысл. Их можно назвать смысловыми формами, определяющими человеческое восприятие и понимание окружающих феноменов и событий и самих себя в их контексте. В данной работе мы используем функциональное определение символа - это инструмент конструирования в сознании смыслов тех или иных феноменов и событий.

Возникновение символов исторически связывают со стремлением человека упорядочивать и придавать смысл и закон явлениям окружающего мира и существованию в нем человека, для того чтобы защититься от хаоса и случайности. М. Эллиаде говорит о том, что сознание человека возникло тогда, когда человек стал отличать то, что имеет важный сакральный смысл и ценность от стихийного, импульсивного и конечного. Важные и сакральные идеи воспроизводились посредством ритуалов, способов организации быта и социального взаимодействия.

В контексте психотерапевтического пространства, символизация является универсальным механизмом смыслового конструирования личностного бытия и критической ситуации, ставшей причиной обращения за психологической помощью. Наиболее раннее психотерапевтическое использование символов зафиксировано в практике шаманских обрядов, один из которых описан в книге К. Леви-Стросса "Структурная антропология".

В современной практике психотерапевтической помощи символизация используется на уровне базовых понятий, методических приемов, способов организации взаимодействия. Мы подразумеваем, что символизация обеспечивает нужный психотерапевтический эффект благодаря специфической функции, которая заключается в восстановлении смысловой перспективы и смысловых связей, которые становятся утраченными в сознании вследствие переживаемой психологической травмы.

Рассмотрим подробнее действие механизма символизации в психотерапии. Переживание критической ситуации, ставшей причиной обращения за психологической помощью, метафорически можно представить как "черную дыру", поглощающую все внимание и сужающую сознание пациента до своих границ. Травмирующее переживание вызывает эмоциональный дискомфорт и страдание, являясь мучительным и навязчивым. Травма становится следствием разрыва привычных схем и связей в сознании, она представляет в сознании то, что больше самого человека, то, что неподвластно произвольному влиянию и контролю. Таким образом, в состоянии переживания критической ситуации субъект теряет свои интегральные функции. В сознании пациент становится как бы меньше самой проблемы.

Как механизм символизации действует в данной ситуации? Во-первых, разотождествление клиента и критической ситуации. Пациент получает возможность удерживать субъектную позицию по отношению к проблеме, а не быть поглощенным ею. С одной стороны, изменяется масштаб проблемы, с другой - проблема переведена на определенный язык, благодаря чему она становится менее пугающей, "более понятной". Меняется фокус восприятия - с себя, страдающего, на проблему, эксплицированную посредством символизации. Во-вторых, символическая маркировка проблемы задает ей определенное смысловое значение в контексте жизненных отношений, определяя восприятие и отношение к последней. В-третьих, символ содержит в себе потенциальные возможности трансформации критической ситуации, так как символ как идеальная смысловая форма в сознании пациента задает перспективную точку развития. Необходимо сделать важное допущение - символизация характеризуется такими эффектами лишь в случае соответствующей установки сознания рассматривать что-либо как символическое, транслирующее важный смысл.

Итак, мы отметили в этой работе лишь общие возможности символизации в психотерапевтическом опыте. Дальнейшее исследование механизмов символизации на уровне понятий, методов и способов организации психотерапевтического взаимодействия может иметь научную значимость для определения закономерностей и механизмов построения психотерапевтического метода.

## Коммуникативный аспект саморазрушительного поведения при психических расстройствах

Современное общество характеризуется выраженным ростом аутоагрессивных тенденций, понимаемых в широком смысле как осознанное или неосознанное намеренное неблагополучие в различных жизненных сферах - соматической, психосоциальной и духовной. В рамках отечественной модели самодеструкции рассматривается широкий круг феноменов пожизненной виктимности, куда относят психологические зависимости как в межличностных отношениях, тяготеющих к разрушению границ Я-Другой, так и девиантные расстройства поведения, объединяемые по признаку насилия в адрес Я, или парасуициды: пищевые аддикции, сексуальный промискуитет, хронические суицидальные попытки.

Понимание механизмов саморазрушительного поведения возможно лишь в контексте межличностных отношений. Ещё Э. Дюркгейм, основатель суицидологии, в 1897 г. создал классификацию суицидов по критерию интегрированности человека в социум, в референтную группу. В отечественной суицидологии наибольшее распространение получила классификация мотивов суицида В.А. Тихоненко, в которой отчетливо звучит базовая направленность подобных поступков на значимого Другого: "призыв", "протест", "избегание", "самонаказание", "отказ". В случае нервной анорексии отказ от пищи понимается рядом исследователей как проявление борьбы за автономию, индивидуацию и сексуальное развитие, в основе которой лежат проблемы материнско-дочерней сепарации и идентичности.

Анализ имеющихся данных позволяет предположить, что самоповреждение является в большинстве случаев одним из проявлений пограничной личностной организации. Согласно теории объектных отношений, патология личности определяется теми психическими структурами, которые возникают под влиянием аффективного опыта взаимодействия с ранними значимыми объектами; сформировавшаяся же личностная структура, в свою очередь, определяет паттерн дальнейших отношений со значимыми другими, в случае пограничной личностной организации характеризующихся хрупкостью, поверхностностью или хаотичностью. Нарушенные ранние диадические отношения интериоризуются в структуру "дефицитарной" самоидентичности, на феноменологическом уровне переживающуюся как хронический эмоциональный голод и симбиотическая зависимость от значимого Другого. Саморазрушительные действия оказываются встроенными в паттерн манипулятивного стиля отношений Я-Другой, их функция состоит в замещающей разрядке невыносимого напряжения перед лицом противоречивых и неразрешимых дилемм, заданных диаметрально противоположными бессознательными интенциями к безудержному слиянию и избеганию поглощения.

Основываясь на приведенных выше положениях, в качестве предмета нашего исследования было выбрано изучение коммуникативных и метакоммуникативных стратегий лиц, склонных к аутоагрессии.

В исследовании приняла участие 71 женщина в возрасте 18-25 лет: 24 пациентки, демонстрирующие суицидальное и парасуицидальное поведение (явная форма саморазрушения), 22 пациентки, страдающие нервной анорексией (более скрытая, косвенная форма саморазрушения), а также 25 здоровых испытуемых.

При исследовании особенностей пограничной личности рядом преимуществ обладают проективные методы, которые в частности, через механизм неопределенности способствуют активации ранних инфантильных аффектов, регулятивных коммуникативных и когнитивных структур. На основании этого положения разработана комплексная диагностическая программа, включающая: тест Роршаха (содержательный анализ ответов с использованием шкалы враждебности Ilizur, шкалы автономии-кооперации Urist, шкалы барьерности-проницаемости Fisher), методику "Рисунок Человека", модифицированный вариант методики "Незаконченные Предложения" Сакса-Леви, модифицированный вариант методики "Самооценка" Дембо-Рубинштейн, а также опросниковые методики, позволяющие сравнить осознанные представления испытуемых о своих аффективных проявлениях и межличностных отношениях с особенностями глубинных, неосознанных уровней их психического функционирования.

Выдвинуты следующие гипотезы исследования:

1. особенности раннего аффективного опыта актуализируются в проективном исследовании;

2. для лиц, склонных к аутодеструкции, характерно преобладание дезадаптивных коммуникативных стратегий, основывающихся на использовании примитивных защитных механизмов (в первую очередь - расщепления), представленных преимущественно на аффективно-чувственном уровне, что ведет к изолированному проявлению аффилиативных и враждебных тенденций, неспособности к их интеграции, взаимному смягчению и зрелому контролю;

3. пациенткам суицидальной группы, демонстрирующим прямую и брутальную форму саморазрушения, свойственны иные коммуникативные и метакоммуникативные паттерны, чем пациенткам группы нервной анорексии, проявляющим косвенную форму аутодеструкции.

Описанная выше схема исследования применяется в настоящий момент; результаты смогут быть опубликованы и озвучены ко времени начала конференции. Предварительные результаты свидетельствуют в пользу выдвинутых гипотез.

По мнению ряда исследователей, склонные к аутодеструкции пациенты являются одной из наименее курабельных, наиболее резистентных любому лечению групп. В связи с этим изучение психологических особенностей людей, склонных к саморазрушению, играет ключевую роль в формировании стратегии и тактики психотерапии, где особое значение приобретает использование контрпереносных чувств терапевта, позволяющих понять витальный смысл проективных идентификаций и метакоммуникативных посланий пациента.

## Заключение

Таким образом, мы понимаем патологический телесный перфекционизм как психологический феномен, непосредственно связанный с кластером психологических характеристик, среди которых выявляются: полезависимость; низкий уровень дифференцированности когнитивно-аффективной сферы; искажения самоидентичности, в частности, телесной и гендерной; размытость, проницаемость воспринимаемых субъектом телесных границ; неустойчивая самооценка с высокой степенью откликаемости на позицию и ожидания значимых других; преобладание защитного механизма расщепления (телесной и духовно-психологической сферы, хороших и плохих интраектов значимых других, реальной действительности и фантазийного мира желаний и устремлений), а также идеализации, обесценивания, инфантилизации, девитализации в качестве главенствующих механизмов психологической защиты; высокая способность к саморефлексии вплоть до поглощённости собственным Я, в ущерб эмпатичному, истинно эмоциональному общению с окружающими.

## Список литературы

1. Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма. М., Учебно-методический коллектор "Психология", 2008.
2. Соколова Е.Т. Феномен психологической защиты, Журнал “Вопросы психологии", 2009, №4, с.66-80.
3. Kilborne B. Disappearing Persons: Shame and Appearance. Albany: SUNY Press, 2007.
4. "Perfectionism. Theory, Research and Treatment", ed. by G. L. Flett and P. L. Hewitt, Washington, 2007.
5. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности. "Класс". 2008.
6. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах. // Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах личности и соматических заболеваниях. М. 2005.
7. Соколова Е.Т. Психотерапия. Теория и практика. М. Academia. 2006.
8. Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс. // Вопросы психологии. 2006. № 2.
9. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. М. Изд-во Московского НИИ психиатрии. 2008.
10. Brumberg J.J. Fasting Girls. The Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease. London. Harvard University Press. 2008.