

НАРУШЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗВИТИЯ НАВЯЗЧИВЫХ НАРУШЕНИЙ

В.И. Крылов, Д.Ю. Бутылин

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Регуляция поведения человека достигается благодаря взаимодействию эмоциональной и волевой сфер психической деятельности [1]. При этом соотношение эмоциональных и волевых процессов определяются как прямой, так и обратной взаимосвязью. С одной стороны, воля и ее развитие способствует контролю над аффективной сферой психической деятельности человека, с другой – овладение своими эмоциями есть суть развития воли индивидуума.

При всем богатейшем спектре эмоциональных переживаний согласно базовым концепциям когнитивной психологии существуют так называемые основные простые аффекты – "удовольствие" и "неудовольствие" [2]. Все остальные, более сложные аффекты, к примеру такие, как злость и радость, счастье и печаль, тоска и воодушевление, в конечном счёте разлагаются до базовых эмоций "удовольствия" и "неудовольствия". Данные эмоции служат основой для построения более сложных многоступенчатых аффектов, которые в свою очередь определяют предметные представления субъекта и его отношение к чему-либо.

Причиной возникновения тяжелых невротических реакций в первую очередь служит нарушение волевого контроля базовых аффектов. В таком случае происходит необоснованное соединение эмоциональной оценки конфликтной ситуации и самого представления (предмета) невроза. Высокая эмоциональная сложность невротической ситуации, как правило, связана с возникновением сложносоставных, многоступенчатых аффектов, которые, в свою очередь, обеспечивают нарушение внутренней регуляции психической деятельности.

Одной из самых тяжелых форм невротических состояний является невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство по МКБ-10). Высокий уровень тревоги, выраженное нарушение социального функционирования и, как следствие, тяжелый субъективный дистресс невроза навязчивостей являются одной из актуальных проблем психотерапии. Особое положение в ряду обсессивно-фобических расстройств занимают множественные навязчивости: навязчивость экстракорпоральной угрозы, навязчивость повторного контроля и контрастные навязчивости. Навязчивость повторного контроля представлена обсессиями и компульсивными актами установления симметрии, сомнениями, связанными с безопасностью, профессиональной деятельностью и общей социальной активностью. Навязчивость экстракорпоральной угрозы включает в себя обсессивно-компульсивную симптоматику трех обобщенных подгрупп: страх загрязнения телесными выделениями, страх проникновения в организм вредных и ядовитых веществ, страх заразиться и заболеть (страх проникновения вирусов, бактерий, глистов и пр.). Типология навязчивостей контрастного содержания представляет собой навязчивые опасения возможного совершения и сомнения в отношении якобы уже совершенных действий агрессивного и криминального характера.

До настоящего времени не существует единой точки зрения на вопросы психопатологической квалификации состояний со сложными политематическими навязчивостями. Известно, что зачастую сложность симптоматики, отсутствие психологической понятности, а также затяжной характер течения подобных навязчивостей заставляют специалистов трактовать их в рамках расстройств шизофренического спектра. Пациенты с множественными навязчивостями совершают бесконечное количество безуспешных попыток подавления своей симптоматики и, как правило, оказываются неспособными к борьбе и волевому контролю над ней.

Ослабевающий волевой контроль ведет к дисрегуляции эмоций, способность индивидуума к управлению своими аффектами сводится к минимуму, что в свою очередь ведет к окончательному нарушению субъективного контроля над деятельностью и поведением. Образуется порочный круг эмоцио-

нально-волевых нарушений, степень которого будет отображать тяжесть и глубину психопатологических расстройств.

Пациентка М., 24 года. Воспитывалась "в строгости", мать – школьный учитель, преподает русский язык и литературу, отец – егерь. Росла в маленьком городе Красноярского края. В возрасте 21 года переехала в Санкт-Петербург. Вскоре после приезда познакомилась с мужчиной старше себя на 7 лет, впервые вступила в сексуальные отношения и вскоре вышла за него замуж. Спустя два года совместного проживания забеременела и родила ребенка. После беременности и родов сексуальная жизнь пациентки утратила прежнюю насыщенность. На этой почве появились недопонимания с супругом, возникли первые серьезные ссоры.

– В тот период времени я чувствовала, что могу рассчитывать на понимание со стороны мужа. Мне было тяжело и переезд, и беременность, и ребенок. Каждый вечер ждала его, готовилась к его приходу...

– *Вы хотели интимной близости с супругом?*

– Да, но более важным для меня было его теплое отношение ко мне, нежность, внимание. Когда он приходил, то ел и ложился спать, иногда играл с ребенком. Меня словно не существовало.

– *Вы чувствовали одиночество?*

– Меня словно более не существовало для него. Знаете, я читала специальную литературу, пыталась найти к нему подход... Пробовала прямо заговорить с ним, выяснить, что происходит, но он всегда уходил от ответа. Я не понимала, что мне делать. Сначала винила его во всем...

– *...а следом стали чувствовать виноватой себя?*

– Да. Я стала думать, что со мной что-то не так. Думала, что нужно взять себя в руки и успокоиться. Говорила себе, что муж много работает и устает, а я только требую от него...

– *Именно в тот момент появились навязчивые мысли?*

– Нет. Это произошло позже. Когда отношения разладились со всем, я, то чувствовала себя виновной, то злилась на него. Он приходил с работы, и мое настроение могло меняться в течение вечера несколько раз (пауза). Иногда я чувствовала такую злобу, что устраивала ему истерики, кричала, била посуду, пыталась даже ударить его... Он сказал, что у меня послеродовая депрессия, и я не справляюсь с ребенком. Потом он говорил, что я помешанная на сексе, что мне надо меньше думать об этом.

– *Правильно ли я понял, что супруг считал Вас больной и неспособной справиться с ребенком?*

– Да. Он считал, что я не справляюсь и у меня от этого истерики.

– *Должно быть, Вы чувствовали еще большую злость?*

– И да, и нет. Сначала, да. Потом стала думать о том, что, может быть, муж прав. Он предложил, чтобы приехала моя мама и помогла мне с ребенком.

– *Что Вы почувствовали, услышав об этом от мужа?*

– Ну, я должна была обрадоваться, ведь я соскучилась по маме, мы давно не виделись, и я надеялась на ее помощь.

– *Вы должны были почувствовать радость и надеяться на помощь мамы, но что вы почувствовали на самом деле?*

– Не знаю (пауза). Мне стало страшно, не знаю и еще я впервые почувствовала к матери неприязнь. Я не хотела ее видеть.

– *Что Вы чувствуете теперь, когда говорите мне об этом?*

– Мне стыдно, я не должна говорить о таком. Я словно предаю свою мать. Поймите, я очень ее люблю, на меня тогда просто что-то нашло. Потом я думала, что заболела из-за того, что плохо думала о маме, о муже.

– *Расскажите мне о том, как началось заболевание.*

– (пауза). Мама жила у нас неделю или полторы и, знаете, все действительно наладилось. Все стало спокойнее. Я чувствовала, что она рядом и мне было спокойно. А потом как-то внезапно возникли эти мысли. Очень неприятно говорить о них... Я понимала, что это полная ерунда, но мне стало казаться, что, когда мама летела ко мне из Красноярска, то в самолете она... (пауза) ну, в общем, вступила в гомосексуальную связь. Это полная нелепость! Даже смешно! Но она возникала снова и снова!

– *Я могу предположить, что это ошеломило Вас? Вы почувствовали себя растерянной?*

– Да, я не могла понять. Было стыдно думать о таком, но мысль не давала мне покоя.

– *Это была лишь мысль? Возникали ли у Вас представления о том, как это было? Картинки из Вашего воображения?*

– Да, и это было еще хуже. Я сгорала от стыда. Мне было жутко страшно. А еще это было очень неприятно. Просто мерзко.

– *Вы назвали чрезвычайно большое количество негативных чувств: стыд, страх, неприятие, чувство того, что Вам мерзко.*

– Все это было. Бывало так, что все одновременно. Конечно, бывали периоды, когда мысли и представления пропадали и становилось спокойнее, но со временем их стало совсем много.

– *Эти мысли касались только Вашей матери?*

– Сначала, а потом стали возникать те же мысли про свекровь с женщиной, потом я стала мучиться от того, что представляла себе му-

жа с мужчиной. Это было ужасно, я пыталась прогнать эти мысли, пыталась отвлечься, но ничего не помогало. Было так стыдно.

Отрывок из данного клинического интервью позволяет проанализировать ключевые моменты становления эмоционально-волевых основ навязчивой симптоматики. Первичным стимулом к развитию навязчивостей у пациентки послужило полное отсутствие вовлеченности родителей в ее сексуальное воспитание. Ни мать, ни отец никогда не говорили с ней на эту тему. Недоступность, замкнутость родителей в отношении сексуальной тематики зародили в пациентке чувства отстраненности и изолированности в вопросах секса. Изначальное "родительское послание" [3] гласило: "сексуальность = плохо". Несмотря на дальнейшую адаптацию в сексуальной жизни пациентки, когда она, переехав в крупный город и встретив мужчину, смогла минимизировать данную родительскую установку, не стоит недооценивать ее психологического значения. Уже в тот момент на чувственном уровне присутствовал диссонанс между родительскими установками "секс = плохо", "плохо = неудовольствие" и собственным эмоциональным опытом "сексуальность = удовольствие" и "удовольствие = хорошо". Тем не менее данный эмоциональный конструкт не стал патогенным, естественный психологический волевой механизм способствовал уменьшению аффективного диссонанса и достаточной адаптации на тот период времени. Гармония в отношениях (в том числе сексуальных) с мужем также способствовала стабилизации и минимизации каких-либо психологических проблем в данной области.

Однако межличностный конфликт в отношениях с супругом порождает более существенную эмоциональную разобщенность, которая дополняется существующим с детских лет аффективным диссонансом. Образованная эмоциональная разобщенность являет собой более сложный, многоступенчатый аффект, ввиду чего существенно возрастает аффективная насыщенность переживаний, интенсивность общей дисрегуляции поведения. Вот некоторые из образованных пациенткой аффективных диссонансов: желание (сексуальной близости, нежности, внимания) – чувство одиночества; чувство вины супруга – его отстранен-

ность; самообвинение – самоуспокоение; надежда на помощь матери – неприязнь к ней и страх; стыд и предательство – любовь; спокойствие – растерянность и стыд. Описанные сложные многоступенчатые аффекты образуют ложные когнитивные представления [4]: я плохая = я больная и сексуальность = плохо = болезнь. В таком случае не происходит должного разделения предметного представления от патологической аффективной оценки.

Формирование сложных многоступенчатых патогенных аффектов и ложных когнитивных представлений приводит к нарушению общей регуляции психической деятельности, возникают болезненные невротические симптомы. Интенсивность эмоциональной разобщенности, непонимание пациенткой своих аффектов приводит к ослабеванию волевого контроля над всей психической деятельностью. Порочный круг замыкается нарушением волевого контроля над эмоциональной сферой психической деятельности. На основе аффективного дисбаланса, проявляющегося в виде тотальной неспецифической тревоги, происходит становление идеаторного навязчивого образования, тематически и эмоционально связанного с объектом реальных переживаний.

Основной психотерапевтической задачей в таком случае будет расщепление сложных многоступенчатых патогенных аффектов до базовых эмоций "удовольствия" и "неудовольствия". При этом следует отметить чрезвычайную щепетильность и тщательность данной работы. В оптимальном варианте пациент должен по-настоящему прочувствовать и принять каждое из звеньев сложной цепи аффективного дисбаланса.

Определение и принятие базовой эмоции позволят пациенту обнаружить искаженность образованного ложного когнитивного представления (предметного отношения к ситуации). Иными словами, пациент учится отделять предметное представление от аффективной оценки и получает возможность отличать предметные представления от эмоционального отношения к ним. В противном случае человек, находящийся во власти аффектов, не будет способен разделять их с соответствующими представлениями и порочный круг, о котором говорилось выше, будет замкнут.

Следующим этапом на терапевтическом пути должно стать выявление нарушений психической деятельности во всем их многообразии. Пациент должен быть проинформирован о том, что разобщенные аффекты и ложные когнитивные представления вызывают самые различные нарушения психики, которые обычно трактуются пациентом как "непонятные", "неясно откуда взявшиеся", "вдруг появившиеся" и пр. Пациенту предоставляется на рассмотрение весь длинный список заболеваний от первичных родительских установок, разобщенных аффектов и ложных когнитивных представлений к навязчивой симптоматике, т.е. к конкретным болезненным симптомам, с которыми собственно он и обращается к доктору.

Заключительным, но от этого не менее важным этапом психотерапевтической работы является восстановление волевого контроля психической деятельности. Нарушение волевого контроля возникает, когда индивидуум попадает в неопределенную (эмоционально, когнитивно) ситуацию, различные критерии которой необоснованно объединены и за счет этого патологичны. Выявление разобщенных аффектов, основных базовых эмоций и выделение сформированных ложных установок будут способствовать повышению регуляции пациентом своей деятельности и поведения. Понимание индивидуумом своей аффективной сферы и способность к разделению предметного представления от эмоциональной оценки будет способствовать развитию воли. Усиление волевых психических свойств в свою очередь увеличивает ослабленный потенциал пациента к контролю и борьбе с навязчивыми стимулами. Психотерапевтическая работа сконцентрирована на восстановлении эмоционально-волевой регуляции психической деятельности.

Литература

1. Вундт В. Введение в психологию. М.: URSS, 2007. 167 с.
2. Джемс У. Научные основы психологии. Минск: Харвест, 2003. 372 с.
3. Берн Э. Трансактный анализ. М., 2007. 192 с.
4. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии. СПб.: Питер, 2003. С. 204-209.