

Короленко Цезарь Петрович

Доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии Новосибирского государственного медицинского университета, lengyel34@mail.ru, Новосибирск

Дмитриева Наталья Витальевна

Доктор психологических наук, профессор кафедры педагогики и психологии девиантного поведения Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы, dny2@mail.ru, Санкт-Петербург

Перевозкина Юлия Михайловна

Кандидат психологических наук, зав. кафедрой психологии личности и специальной психологии, доцент Новосибирского государственного педагогического университета, per@bk.ru, Новосибирск

Козырева Татьяна Серафимовна

Кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии Сибирского института управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, tasko3@rambler.ru, Новосибирск

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДАПТИВНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ
В ТЕРАПИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Аннотация. Статья посвящена теоретическим и практическим аспектам психодинамической терапии девиантного поведения. Основное внимание уделяется исследованию адаптивных и дезадаптивных психологических защит. Проанализированы примеры дезадаптивных защит. Подробно описаны примитивные, незрелые и патологические защиты. В статье обобщен материал по проблеме использования адаптивных психологических защит в терапии девиантного поведения. Рассматриваются вопросы целесообразности использования терапевтического вмешательства в сферу функционирования психологических защит девиантной личности. Сделан акцент на некоторых дополнительных критериях успешности терапии. Выделены ключевые принципы, на которые следует ориентироваться психологу и психотерапевту. Обсуждается эффективность тренинга по формированию более зрелых психологических защит в рамках индивидуальных и групповых сессий.

Ключевые слова: психологические защиты, адаптивные и дезадаптивные защиты, девиантное поведение.

Korolenko Cezar Petrovich

Doctor of Medical Sciences, Professor of Psychiatry Novosibirsk state Medical University, igorvachkov@mail.ru, Moscow

Dmitrieva Natalia Vitalievna

Doctor of Psychological Sciences, Professor of Psychology deviant behavior of ST. Petersburg state Institute of psychology and social work, dny2@mail.ru, Petersburg

Perevozkina Julia Jurievna

Candidate of Psychological Sciences, Associate professor of Psychology of personality and special psychology Novosibirsk state Pedagogical University), per@bk.ru, Novosibirsk

Kozyreva Tatyana Serafimovna

Candidate of Psychological Sciences, Associate professor of Psychology Siberian Institute of management of Russian Academy of Economy and Government Service at the President RF, tasko3@rambler.ru, Novosibirsk

**USE ADAPTIVE PSYCHOLOGICAL DEFENSE
IN THERAPY OF DEVIANT BEHAVIOR**

Abstract. Article is devoted theoretical and practical aspects of psychodynamic therapy dev behaviour. The basic attention is given to research adaptive and adaptation disorder psychological protection. Examples adaptation disorder protection are analysed. Primitive, unripe and pathological protection are in detail described. In article the material on a problem of use of adaptive psychological protection in therapy deviant behaviour is generalised. Questions of expediency of use of therapeutic intervention in sphere of functioning of psychological protection with deviant behavior persons are considered. The emphasis is placed on some additional criteria of success of therapy. Key principles by which it is necessary to be guided to the psychologist and the psychotherapist are allocated. Efficiency of training on formation of more mature psychological protection within the limits of individual and group sessions is proved.

Keywords: psychological defence, adaptive and dezadaptivnye defence, deviant behavior.

Психологические защиты являются бессознательными и автоматически возникающими механизмами, с помощью которых психика реагирует на стрессы и эмоциональные конфликты [7]. Все психологические защиты предотвращают возникновение неприятных переживаний, связанных с конфликтами, но они в различной степени игнорируют бессознательные негативные чувства и требования реальности. Психологические защиты ограничивают осознание таких отрицательных эмоций, как депрессия, тревога, ревность, зависть [1; 2].

В терапии девиантного поведения мы разделяем все психологические защиты на группы, в зависимости от того, насколько они адаптивны. Более адаптивные психологические защиты основываются в основном на репрессии, менее адаптивные – на расщеплении. Первичная фиксация на репрессии или расщеплении связаны с достижением клиентом постоянного отношения к объекту (под термином «объект» в психодинамике подразумевается человек) Постоянство в отношениях заключается в понимании, что хорошие и плохие качества могут присутствовать в одном и том же человеке [13]. Если человек способен понять, что хорошие и плохие чувства могут сосуществовать в одних и тех же объектах, он (клиент) способен справляться с болезненными переживаниями, удерживая их внутри себя, но репрессируя (вытесняя их автоматически в бессознание). Тем не менее, если клиент должен быть в состоянии понять и принять идею, что нечто плохое может существовать в хорошем человеке или, наоборот, что ему необходимо отделять эти чувства.

Клиент может переживать некоторые из своих чувств как находящиеся вне себя (рас-

щепление). Расщепление является нормальным механизмом в раннем детском возрасте, но оно может сохраняться и в последующие возрастные периоды, приводя к отсутствию постоянства объекта, как в случае сохранения положительного имиджа, отвергающего или агрессивного родителя.

Психологические защиты наиболее адаптивны в случае допущения определенного выражения и gratификации желаний и потребностей, принимая во внимание реальные средовые ограничения, минимизируя при этом отрицательные социальные последствия.

Терапевтическое *вмешательство в сферу функционирования психологических защит* девиантной личности целесообразно проводить по схеме D. Cabaniss et al. [4]:

1) идентификация психологической защиты. Тактичное обращение внимания клиента на его или ее проблемное поведение, которое нужно изменить;

2) идентификация «стоимости» использования защит: демонстрация клиенту отрицательных последствий ее или его поведения;

3) идентификация альтернативных вариантов, мотивирование к реализации более здорового, менее «затратного» поведения [Там же].

Психологические защиты сами по себе могут быть дезадаптивными. Существует несколько вариантов *дезадаптивных защит*, к которым, например, относится поведение по типу acting out, например, обжорство или голодание, сексуальный промискуитет. Такое поведение может временно смягчать тревогу или репрессировать другие отрицательные аффекты, но его повреждающий эффект при этом может оказаться еще более деструктивным.

Психологические защиты могут подавлять способность испытывать аутентичные

чувства. В тех случаях, когда, например, интеллектуализация или изоляция аффекта используются систематически в контакте с другими, угнетение чувств способно разрушить естественную эмоциональность, лишая человека его человеческих качеств.

Соматизация и конверсия (превращение) эмоциональных состояний в соматические нарушения могут приводить к развитию Болезни Тревожных Расстройств (DSM-5, 2013), прежний диагноз «ипохондриазис» (DSM-IV-TR, 2000).

Диссоциация (расщепление), проекция и проективная идентификация так же, как и другие защиты, могут забирать столь большое количество психической энергии, что клиент оказывается лишенным способности использовать свои витальные функции.

Психологические защиты способны также нарушать формирование взаимно удовлетворяющих отношений.

D. Cabaniss et al., указывают на *некоторые признаки процесса превращения психологических защит в дезадаптивные*. К числу таких признаков относятся: появление симптомов, дистресс, проблемы в сфере межличностных отношений и контрперенос.

Присутствие симптомов является показателем использования дезадаптивных защитных механизмов. К их числу относятся соматические симптомы, проблемы с едой, фобии и др.

Дистресс. Наличие дистресса часто свидетельствует о том, что пациент не в состоянии справиться со стрессом адаптивным образом. Так, например, обратившаяся к нам за помощью женщина сообщает, что объедается каждый раз, когда ее друг не звонит ей вечером, а затем, поплакав, засыпает.

Проблемы в межличностных отношениях. Проблемы в отношениях могут возникать как следствие дезадаптивных защит. Они могут нарушать способность к установлению необходимых контактов и получать эмоциональное удовлетворение от общения.

Пример. Клиент злоупотребляет алкоголем как средством ухода от социальной фобии. Он крайне огорчен тем, что не может удержаться на работе, позволяющей материально обеспечивать семью. Его несколько раз уволили за несоблюдение субординации и безответственность, но он не критичен к происходящему.

Контрперенос. Значительно выраженные ранние, отрицательные или положительные чувства терапевта по отношению к клиенту часто указывают на выраженность дезадаптивных защит.

Пример. Во время первой сессии клиентка сказала терапевту, что она знает об его исключительно высокой квалификации и испытывает радостные чувства по поводу того, что имеет возможность получить от него помощь. Терапевт вначале испытывает положительные чувства, но затем думает, что клиентка идеализирует его или проявляет дезадаптивное поведение.

Ранние психологические защиты, согласно психоаналитической теории, используются как инструмент для предупреждения бессознательных сексуальных или агрессивных желаний. Однако в современном психодинамическом понимании психологические защиты рассматриваются, скорее, как средство сохранения самооценки в ситуациях унижения, стыда и других угрозах нарцисстической ранимости. Психодинамические теории трактуют психологические защиты как механизмы, обеспечивающие чувство безопасности в ситуациях угрозы покидания, отвержения, беспомощности.

Роль психологических защит не исчерпывается исключительно простой защитой. Они также изменяют отношения между эго и объектом, позволяя клиенту управлять неразрешенными конфликтами из прошлого или текущими конфликтами со значимыми другими.

Психологические защиты внедрены в систему личностных отношений клиента. Специфические защиты связаны с различными психологическими типами и различным содержанием нарушений.

Так, например, девиантные клиенты с параноидными чертами используют проекцию в качестве первичной психологической защиты, которая позволяет им диссоциировать и приписывать свою агрессию и другие отрицательные чувства другим лицам.

Интровертивные и шизоидные лица часто используют уход в фантазию как главную психологическую защиту против неприятных чувств, тревоги и социальной фобии в ситуациях необходимых социальных контактов. Они скорее предпочтут приписать критику себе, принять собственную агрессию

сивность и подозрительность к терапевту, а также удерживать внутри себя значимую информацию, чем подвергнуть себя воображаемым унижениям. В результате у терапевта может возникнуть контрпереносная реакция с бессознательным дистанцированием от клиента, что делает практически невозможным взаимопонимание и продуктивное терапевтическое общение.

Психологические защиты отражают содержание и стиль объектных отношений девиантного клиента и производят бессознательное и сознательное воздействие на содержание переноса в терапевтическом контакте.

G. Gabbard [8] и другие авторы разделяют психологические защиты на *примитивные, защиты высокого уровня и зрелые*.

Примитивные защиты включают: отрицание, расщепление, проекцию, проективную идентификацию, идеализацию, acting out, уход в фантазии, регрессию и соматизацию.

Психологические защиты высокого уровня включают: интеллектуализацию, интроекцию, рационализацию, изоляцию аффекта, репрессию и сексуализацию.

К зрелым психологическим защитами относятся: юмор, суппрессия, аскетизм, альтруизм, сублимация.

Анализируя примитивные психологические защиты, G. Gabbard [8] пишет, что расщепление и проективная идентификация характерны для примитивно организованных личностей и типичны для пограничного личностного расстройства. В расщеплении противоречащие друг другу аспекты себя и других отделены таким образом, что остаются не интегрированными и не создают конфликт. В результате лица, использующие расщепление, ведут себя диаметрально противоположно без признаков какого-либо смущения. G. Gabbard иллюстрирует это положение примером обращения к нему 29-летней пациентки с пограничным личностным расстройством, которая повторно жаловалась на то, что «мужчины рассматривают ее тело «как кусок мяса» или как «сексуальный объект». В то же время она послала свои фотографии в бикини в журнал «Плэйбой» и просила сообщить ей, не хотят ли они пригласить ее в качестве фотомодели. Это поведение контрастировало с ее жалобами на мужчин, воспринимающих ее только

как сексуальный объект. Со слепым безразличием к этому противоречию, клиентка отвечала: «О нет, «Плэйбой» размещает фотографии с большим вкусом». С точки зрения G. Gabbard, расщепление менее часто выступает у более высоко организованных лиц, поскольку последние обычно переживают внутриспсихические конфликты между оппозиционными сэлф-репрезентациями и объектными репрезентациями. Клиент с обсессивно-компульсивным личностным расстройством, например, с большей вероятностью использует такие психологические защиты как формирование реакции, изолирование аффекта и интеллектуализацию. Эти защиты специально «затонированы» для того, чтобы снизить интенсивность чувств и акцентировать когницию. В процессе проведения психодинамической терапии у каждого пациента учитывается уровень ее или его личностной организации. Диагностическая оценка состоит в определении этого уровня. Gabbard в этом плане выделяет два уровня личностной организации, которые представлены у клиентов с непсихотическими психическими проблемами невротического и пограничного уровней.

Невротический уровень личностной организации представлен защитами высокого уровня, которые включают использование интеллектуализации, формирование реакции, репрессию и перемещение. Такие клиенты демонстрируют силу эго, хороший импульсный контроль, хорошую оценку реальности, способны корректно оценивать терапевтическую работу. Их идентичность спаяна, стабильна. Суперэго хорошо интегрировано, но имеет наказующий характер. Клиенты проявляют высокую способность к ментализации. Их основные проблемы связаны с межличностными конфликтами. У клиента с обсессивно-компульсивным личностным расстройством возникает страх, что он или она часто фокусируются на фактах и событиях, чтобы избежать интенсивных чувств, выражающих его или ее враждебность (формирование реакции).

Пограничный уровень личностной организации состоит в утилизации примитивных психологических защит, включая расщепление, проекцию, проективную идентификацию, идеализацию. Клиенты прояв-

ляют признаки диффузной идентичности. Они формируют объектные отношения парциального характера скорее, чем отношения целостной природы, разделяя все на категории исключительно «хорошего» или исключительно «плохого», что, прежде всего, относится к людям. Для них типична слабость эго, выражающаяся в нарушении суждений, импульсивности, нестабильной оценке реальности, неумении удержаться на одном месте работы. Их способность к ментализации нарушена, суперэго слабо интегрировано. Клиенты обнаруживают значительную дефицитарность, присутствующую наряду с конфликтами.

В терапии девиантного поведения мы активно используем концепцию ментализации (P. Fonagy et al, [5]). *Ментализация* определяется как «...развитие способности, которая позволяет ребенку не только реагировать на поведение других людей, но и формировать концепцию об их убеждениях, чувствах, надеждах, планах и так далее».

P. Fonagy и M. Target [6] называют способность к ментализации «рефлексивной» функцией или «ментализированием». Способность к ментализированию связана с аттачментом. В случаях уверенного аттачмента, ментализация происходит автоматически и бессознательно. Дети с уверенным аттачментом способны понимать чувства, желания, убеждения и ожидания других людей. Таким образом, ментализация является способностью, позволяющей ребенку воспринимать внутренний мир других людей, который мотивирует их вести себя определенным образом. Она позволяет ребенку проводить разграничение между восприятием других, основанном на их репрезентации, и тем, чем эти люди действительно являются. В норме дифференциация между тем, как обстоят дела в реальности и тем, как они воспринимаются, возникает между 3 и 6 годами. Позже постепенно происходит дифференциация различий между репрезентацией и реальностью.

Используется терапевтический подход к клиенту на континууме от раскрывающего исследовательского подхода к поддерживающему. Невротический уровень личностной организации является показанием к применению исследовательского раскрывающего подхода, однако пограничная ор-

ганизация требует также поддерживающей терапии и образовательных интерпретаций, чтобы помочь клиенту изменить ее или его искаженное представление о себе и других.

M. Gabbard [8] рекомендует делать акцент на некоторых дополнительных *критериях успешности терапии*. Эти критерии включают: (1) сильную мотивацию к самопониманию; (2) значительность страдания; (3) хорошую переносимость фрустраций; (4) хорошую способность к инсайтам; (5) способность думать в категориях аналогии и метафоры.

Девиантные клиенты с пограничной личностной организацией характеризуются некоторыми дополнительными признаками, указывающими на *необходимость использования поддерживающего подхода*. К числу таких признаков относятся:

- 1) данные о том, что клиент находится в эпицентре жизненного кризиса;
- 2) плохая переносимость тревоги и фрустрации;
- 3) чрезвычайная конкретность, приводящая к блокированию психологических процессов;
- 4) низкий интеллект;
- 5) низкая способность к самонаблюдению;
- 6) трудности в формировании доверительных отношений с терапевтом.

K. Kassaw и G. Gabbard [11] перечисляют некоторые ключевые принципы, на которые следует ориентироваться терапевту:

- 1) не стараться вмешиваться во все. Никто не в состоянии решить все проблемы и объяснить все трудности клиента. Необходимо фокусироваться на одной или двух главных темах, лежащих в основе проблем клиента;
- 2) помнить о том, что история клиента и его нарратив является конструкцией, которая дает много информации о теоретической концепции клиента в отношении патогенеза имеющихся нарушений. Стиль и манера, в которой клиенты концептуализируют свою жизнь, помогает определить, кем они являются.

3) всегда искать стрессор, который мог стать триггером симптома, или вызвать неприятные эмоциональные состояния, заставившие клиента прибегнуть к помощи;

4) обращать внимание на невербальную информацию, на то, как именно он говорит,

а не на то, что говорит;

5) фиксировать внимание на сиюминутном переносе и контрпереносе во время сеанса, чтобы понять характер затруднений в прошлых и настоящих отношениях;

6) наилучшим способом выявления защитных механизмов в оценочном интервью является фиксация внимания на том, как они вызывают сопротивление;

7) следить за тем, как формируется модель отношений клиента во время терапии, и влиять на неё;

8) всегда иметь в виду необходимость постоянной проверки психодинамической формулировки по мере получения новой информации с целью лучшего понимания клиента.

Психологические защиты девиантных лиц также перечисляют некоторые ключевые принципы, на которые следует ориентироваться терапевту:

При описании характерологических типов делается акцент на «броне характера», имея в виду специфический защитный тип характера. Например, считается, что индивидуум с обсессивно-компульсивной личностью очень часто использует рационализацию и интеллектуализацию в качестве психологических защит. Тем не менее, оказавшись перед угрозой потери работы, он или она могут проецировать чувство враждебности на работодателя, считая отношение последнего предвзятым и несправедливым. У обращающихся за терапевтической помощью клиентов основные характерологические защиты, как правило, сломаны, поэтому они используют различные реактивные защиты в попытках справиться с возникшими или обострившимися проблемами. Терапевтам необходимо не только на когнитивном, но, прежде всего, на эмоционально-интуитивном уровне воспринимать ситуационные стрессоры, с которыми связано обращение клиентов за психотерапевтической помощью. При этом следует регистрировать, каким образом психологические защиты проявляют себя в самом начале терапии и в более поздних стадиях, когда стрессор уже контролируется, и клиент чувствует себя более или менее самим собой. Из этого не следует, что на этом этапе терапия должна прекращаться. Восстановление характерологических защит сопровождается

улучшением общего психического состояния и повышением самооценки, но, тем не менее, необходимо продолжать стремиться к достижению инсайтов и структурных изменений.

Инсайт является способностью клиента использовать навыки ментализации (способности воспринимать и понимать психические состояния, свои и других, как причинные механизмы переживания и поведения) конструктивным образом для нового понимания проблем и трудностей, что ранее не происходило на сознательном уровне.

Описаны случаи использования оптимистических интерпретаций, оценивающих готовность, желание и способность к инсайту. В ходе реализации данного процесса может сложиться впечатление, что клиенты легко достигают новых уровней понимания. В действительности, даже простое обобщение сказанного клиентами с привлечением внимания к ассоциации между двумя важными идеями, создает возможность оценки способности клиентов к инсайту. Например, клиентка, которая характеризовала двух своих мужей как абсолютно не похожих друг на друга. Ее первый муж нуждался в значительной поддержке и заботе, в то время как второй – всегда старался выглядеть, как мачо, с одновременным желанием нравиться другим. Сделано заключение, что рассказы клиентки представляли в двух разных описаниях отражение одного и того же факта, что оба ее бывших мужа чувствовали себя в состоянии угрозы и испытывали тревогу в случае, если другие не относились к ним так, как они этого хотели. Этот комментарий вызвал у клиентки инсайт в оценке ее отношения к этим «очень разным» мужьям. Через некоторое время выяснилось, что оба мужа были нарциссическими личностями, с характерным для нарциссизма поведением.

Таким образом, в процессе терапии девиантного поведения выявляются примитивные, незрелые и патологические защиты с последующим тренингом более зрелых защит в рамках индивидуальных и групповых сессий.

Библиографический список

1. Дмитриева Н. В., Левина Л. В. Интервью как средство психологической коррекции лиц с девиантным поведением // III Научно-практиче-

- ская конференция «Аддиктивные расстройства: технологии профилактики и реабилитации» памяти профессора Юрия Владимировича Валентика 28 октября 2013 г. Москва, 2013 [Электронный ресурс]. <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=685&t=1411> (дата обращения: 25.10.2014).
2. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Аддикции в культуре отчуждения. Фрагментарная идентичность в зазеркалье постмодернизма: монография. — Новосибирск.: Изд-во НГПУ, 2012, — 434 с.
 3. *Bromberg P. (2006)* Awakening the Dreamer: Clinical Journeys. Mahvali, NJ. Analytic Press.
 4. *Cabaniss, D., Cherry S., Douglas, C., Schwartz, A. (2011)* Psychodynamic Psychotherapy. A Clinical Manual. Hoboken, NJ., Wiley-Blackwell.
 5. *Fonagy P., Leigh T., Steele M. et al. (1996)* The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification and Response to Psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 64; 22—31.
 6. *Fonagy P., Target M. (2000)* Playing with Reality, III: the Persistence of Dual Psychic Reality in Borderline Patients. *Int. J. Psychoanal* 81; 853—873.
 7. *Freud, A. (1937)* The Ego and the Mechanisms of Defence. London. Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
 8. *Gabbard G. (2010)* Long-Term Psychodynamic Psychotherapy. A Basic Text. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
 9. *Hilgard E. (1977)* Divided Consciousness: multiple Control in Human Thought and Action. New York. Wiley.
 10. *Howell E. (2011)* Dissociative Identity Disorder. A Relational Approach. New York. Routledge 308 p.
 11. *Kassaw K., Gabbard, G. (2002)* Creating a Psychodynamic Formulation from the Clinical Evaluation. *Am.J. Psychiatry* 159; 721-726.
 12. *Kohut H. (1971)* The Analysis of the Self. New York. International Universities Press.
 13. *Lewis M., Volkmar F. (1990)* Clinical Aspects of Child and Adolescent Development. Philadelphia. Lea and Febiger; p.158.
 14. *Putnam F. (1989)* The Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder. New York. Guilford Press.