КОНФЛИКТ ИНТРОЕКТОВ ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО КАК ДЕТЕРМИНАНТА НАРУШЕНИЯ АДАПТИВНОСТИ ИНДИВИДА

Наринская В.Д.

Наринская Валерия Дмитриевна – психолог, психотерапевт, индивидуальный предприниматель, создатель школы, Школа Нового Сознания «Лерониум», г. Москва

Аннотация: *статья посвящена проблеме конфликта интроектов мужского и женского как базовой детерминанты психологической адаптивности человека. В статье выдвигается гипотеза, согласно которой нарушение адаптивности, выраженное в полюсности эмоциональных реакций, может быть обусловлено внутриличностным конфликтом интроектов мужского и женского, в частности интроектами родителей. Представлена оригинальная методика психотерапевтической работы, а также результаты ее применения.*

Ключевые слова: *биполярность, адаптивность, интроект, агрессия, детско-родительские отношения, расстановки.*

Динамика социальных процессов, а также ценностных ориентаций современного мира становится одной из базовых детерминант индивидуальной практики большинства людей – представителей разных возрастных и этнических групп. При этом актуализируется проблема выработки новых адаптационных механизмов психики, позволяющих индивиду перерабатывать изменяющийся опыт с опорой на базовые мировоззренческие категории – компоненты Я-концепции. С одной стороны, человеку представляется возможность реализации физического, интеллектуального и эмоционального потенциала новыми способами, актуальными для существующих условий. С другой стороны, на практике нередко обнаруживается противоречие устойчивых паттернов индивидуальных реакций и адекватных способов взаимодействия с реальностью. В таком случае можно говорить о нарушении психической адаптивности личности, о трудностях в приспособлении и эффективном действовании в актуальных условиях [3].

Реализация адаптационных механизмов высшего порядка, прежде всего поведения, включается в контекст удовлетворения базовых потребностей человека, а потому ситуативные нарушения адаптации могут обусловливать возникновение широкого спектра эмоциональных реакций.

В психиатрии, а также психотерапии сильные, выходящие из-под контроля колебания настроения, а также возникающие в связи с рефлексией подобных состояний схемы мышления [4] нередко характеризуются как следствия протекания той или иной фазы биполярного расстройства личности: «Симптомы расстройства могут принимать различные формы, что приводит к целому ряду возможных диагнозов. Когда остро выражены, и фазы депрессии, и мании, то болезнь относят к биполярному расстройству первого типа <…> Если у человека тяжелая депрессия, а фазы подъема настроения протекают с меньшей интенсивностью (или наблюдаются гипомании), то это нарушение может диагностироваться как биполярное расстройство второго типа» [4, с. 2].

Типология и диагностика отдельных фаз биполярного расстройства осложняется тем, что симптомы болезни проявляются достаточно индивидуально и могут меняться со временем. В подавляющем большинстве случаев весьма сложно однозначно установить причины подобных нарушений, вызванных совокупным действием биологических, психологических, а также социальных факторов [4].

В этой связи мы считаем необходимым акцентировать именно социальный аспект детерминации полюсных состояний личности, поскольку многолетний опыт терапевтической практики позволяет нам утверждать зависимость полюсности реакций и проявлений личности в тех или иных сферах жизни от внутренней рассогласованности разных образующих личности, в частности, интроектов родителей.

Нередко эмоционально-волевая сфера человека без патологий характеризуется отдельными элементами проявления биполярности. Принято считать, что медикаментозная терапия в подобных случаях является неотъемлемым инструментом стабилизации. Так, ученые называют использование стабилизаторов настроения одним из главных факторов, помогающих справиться с признаками биполярности (См. табл. 1) [10, p. 14].

Таблица 1. Защитные факторы и факторы риска при биполярном расстройстве

Protective factors	Risk factors
▪ Use of mood stabilizing medications ▪ Abstinence from alcohol ▪ Abstinence from recreational drug use ▪ Structured schedule ○ Regular awake and sleep times ○ Schedule of recurring social activity ▪ Support system ○ Professionals ○ Family ○ Friends ▪ Psychotherapy	▪ Alcohol ▪ Recreational drugs ▪ Abrupt discontinuation of medications ○ Mood stabilizers ○ Antidepressants ○ Anxiolytics ▪ Sleep disruption ▪ Loss of supports ▪ Cognitive distortions ▪ Interpersonal conflict ▪ Role transition ▪ Negative emotional communications ▪ East-west travel ▪ Anxiety disorders and stress

Примечательно, что в ряду профилактических мер психотерапия рассматривается лишь как дополнительный метод коррекции психоэмоционального состояния человека.

Биологические теории, акцентирующие действенность фармакологической терапии при депрессии и психотических состояниях, также получили сегодня широкое распространение, предлагая все более верифицированные модели воздействия тех или иных препаратов на химические процессы в центральной нервной системе [8]. Между тем, по некоторым оценкам только 60-65% пациентов с депрессией демонстрируют заметное улучшение в результате применения трициклических препаратов [1, с. 12]. А значит, в остальных случаях требуется подбор иных методов лечения и сопровождения пациента. Немаловажным оказывается также и необходимость отказа от медикаментозной терапии вследствие развития у пациентов побочных эффектов.

Таким образом, психотерапия выступает, на наш взгляд, не менее действенным, а в некоторых случаях значительно более эффективным методом работы с состояниями дезадаптации, а также развитыми на основе последних депрессивными состояниями. По мнению А. Бека, данный метод является в долгосрочной перспективе более благотворным, чем фармакотерапия: «психотерапевтических опыт имеет обучающее значение для пациента. Пациент вырабатывает эффективные способы преодоления депрессии, научается распознавать ее приближение и принимать необходимые меры, а возможно, даже предотвращать депрессию» [Там же].

По оценкам Всемирной организации здравоохранения на 2015 г. расстройства психического и неврологического характера, а также расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, составляют «существенную долю бремени болезней и инвалидности во всем мире» [5]. Более того, по последним данным (См. табл. 2) с 2007 г. до 2017 г. доля людей в мире, страдающих психическими расстройствами увеличилась в среднем на 13,5% (с биполярным расстройством – на 15%); доля людей с неврологическими заболеваниями увеличилась на 17,8%; доля людей, страдающих расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ – на 16,7% [9, с.1816-1818].

Таблица 2. Данные ВОЗ по динамике распространенности психических расстройств до 2017 г. [9]

	Percentage change in counts, 2007-2017
Mental disorders	13,5%
Schizophrenia	17,2%
Depressive disorders	14,3%
Bipolar disorder	**15,2%**

Приведенную динамику нельзя не признать существенным показателем необходимости большей дифференциации при выборе терапевтических стратегий работы с пациентами, а также показателем актуальности разработки и внедрения более эффективных практик и инструментов, в частности – психотерапевтических.

Многолетний опыт индивидуального и группового сопровождения пациентов с более или менее выраженными нарушениями адаптации позволил нам интегрировать в своей практике ряд как традиционных, так и инновационных методов работы.

В основу нашей работы положен метод системных расстановок Б. Хеллингера [6]. Однако принцип собственно системного толкования развит нами в аспекте признания значимости любых сознательных и бессознательных репрезентаций тех или иных фрагментов реальности. Кроме того, разработанный нами метод интегрирует приемы Терапии сексуального заземления (Sexual Grounding Therapy), Метода Интеграции Жизненного Пути (Lifespan Integration), метода Р. Бартлетта, приемы Терапии отправных точек и пр. Так, анализ дезадаптации пациентов нередко требует учета причин не только системного

уровня, но и уровня личности, уровня коллективного бессознательного, телесного и иных уровней. На наш взгляд, очагом дестабилизации любого из уровней психической репрезентации выступает динамика противостояния мужского и женского интроектов, возникающая в разных смысловых воплощениях.

Как правило, на уровне наиболее общих мировоззренческих категорий осмысления представления о «мужском» и «женском» сплетены в бессознательном клиента с категориями *хорошее* и *плохое* в разных вариантах соответствия. При этом смысловые сферы *мужское* и *женское* реализуются во всех без исключения жизненных областях, выходя далеко за рамки собственно родовой системной детерминации.

Согласно нашей гипотезе, конфликт психических интроектов мужского и женского порождает излишнюю дуальность категориальных оценок *хорошо* / *плохо*, обусловливающих, в свою очередь, психологическую неадаптивность личности к жизненным обстоятельствам. Женско-мужская агрессия в роду, непринятие мужчинами и женщинами друг друга и связанные с этим ситуации могут стать причиной перепадов настроения, реакций с элементами полюсности, биполярности у пациента. Конфликт между мамой и папой интериоризуется и существует далее внутри человека, что порождает внутреннюю раздвоенность. Наиболее типичный сценарий реализации мужско-женской агрессии – отношения «*тиран – жертва*» – интроецируется в психику и реализуется далее как внутриличностная конфликтная структура, находящая выражение в полюсных состояниях эйфории и депрессии. При этом человек становится неадаптивным в отдельных сферах жизни. В крайнем случае, подобный конфликт приводит к биполярному расстройству.

Однако мы полагаем, что если в процессе психотерапии соединить интроекты мужского и женского, и, прежде всего, отца и матери внутри человека, то такое восстановление родовой связи и течения энергии между родителями и, в целом – между мужским и женским в роду, приведет к сокращению полюсности индивидуальных проявлений. Человек таким образом начинает адекватно воспринимать реальность, жить в ней и становится адаптивным.

Метод расстановок оказывается в такой работе одним из наиболее эффективных способов разотождествления личности и интроектов мужского и женского как детерминант внутреннего напряжения человека: «благодаря этому новому типу семейных расстановок обнаружилось … <…> внутреннее движение, которому они (клиент и заместитель – авт.) не могли противостоять. Это движение … прерывает повторение нерешенного и открывает пути решения» [7, с.141-142]. Такие нерешенные конфликтные состояния, формирующие истинную причину неадаптивности, в большинстве случаев не осознаются человеком, вне зависимости от того, насколько у него развита способность к рефлексии. А потому психотерапевт-расстановщик создает для клиента особое поле фигур как символов внутренних репрезентаций. При этом собственно репрезентации принципиально не могут быть расчленены и осмыслены клиентом самостоятельно.

Важно подчеркнуть, что конфликт мужского и женского понимается нами широко: собственно агрессия между мужчинами и женщинами рода дополняется многочисленными и разнообразными вариантами разделенности, возникшей в силу какой-либо внешней причины, например, убийства одного из супругов и, как следствие, фиксации бессознательной связи «любовь – смерть». Кроме того, агрессивным является и игнорирование ребенка со стороны родителей, закономерно формирующее агрессию ребенка по отношению к родителям.

Рассмотрим ряд типичных ситуаций из клиентских запросов, работа с которыми строилась исходя из вышеописанной гипотезы о неадаптивности как следствии конфликта интроектов.

1. Обобщенная схема взаимодействия «тиран – жертва» может варьироваться в особенностях роли жертвы. Так, в крайней степени реализуется агрессивная манипулятивная жертва как структурообразующий компонент *женского* интроекта. При этом и мужчина, и женщина активно агрессируют друг на друга, а потому уже это обстоятельство подчеркивает принципиальное равенство и взаимозаменяемость позиций тирана и жертвы, сходных полярностью в отношении к неманипулятивным моделям взаимодействия. Указанное сходство наводит на мысль о возможности схлопывания дуальности «тиран – жертва» посредством изменения интерпретативного контекста ситуации, которая чаще всего характеризует все мужско-женские отношения в роду клиента. Неадаптивность детской части клиента, интроецирующей дуальность, проявляется в отказе вступать в отношения, в негативных соматических реакциях (состояниях жара, дрожи) при контакте в обыденном общении с представителями противоположного пола.

В подобных случаях работа начинается с разбора отношений клиента с папой или с мамой. В процессе расстановки, как правило, становится понятно, что аналогичным способом реализовывались отношения всех мужчин и женщин в роду: женщины были в крайней степени жертвы, а мужчины были тиранами и обязательно бросали женщин и уходили. В таком случае требуется соединить интроекты мужского и женского в прошлом, разрешив конфликт между последними, перенаправить высвободившуюся энергию в настоящее клиента.

2. Часто реализация конфликта мужского и женского в схеме «тиран – жертва» осложняется триангуляционным механизмом втягивания третьей фигуры как гаранта выживания для фигур в

указанных ролях. Ребенок как будто вынужден играть роль препятствия перехода силы в агрессию и присваивает модель осмысления любой силы как потенциальной опасности и угрозы смерти. Смысловое поле *смерть* как атрибут одной из сторон конфликта чрезвычайно сложно поддается психической переработке, поэтому закономерным проявлением конфликта, вызванного ассоциацией «сила – смерть», будут соматические реакции удушья, панические атаки и пр. Неадаптивность клиента с высокой вероятностью будет возникать в любом случае реализации силы в поле восприятия человека. При этом дуальность, полюсность восприятия проявляется в том, что, с одной стороны, определенная зона практического опыта (в частности, профессиональная реализация) наполнена энергией для клиента (в эту зону спроецированы желания, ожидания, возможности и т.д.), а с другой стороны, клиент впадает в травматичную схему «сила – смерть», что вызывает ощущение опасности, надвигающейся смерти. Тогда клиент оказывается не способным выдержать поток энергетического обмена в данной зоне.

Преодоление дуальности ведется в таком случае, во-первых, через разделение смыслов «сила – опасность», и формирование контекста безопасной силы как психического ресурса клиента, во-вторых, в новом контексте появляется возможность осмыслить мужскую силу как безопасную, защищающую и поддерживающую, и таким образом соединить интроекты мужского и женского как неконфликтные и не агрессирующие друг на друга.

3. Закономерность взаимоперехода фигур внутри схемы «тиран – жертва» подтверждается также и при более глубоком анализе бессознательных мотивов как основы такого отношения. Внешнее проявление агрессии фигурами часто мотивировано чувством небезопасности, неценности, страхом использования агрессора жертвой, активным обесцениванием другого (в данном случае – жертвы). Для ребенка, формирующего психические интроекты родителей, конфликт усугубляется внезапным исчезновением одного родителя.

Клиент как субъект интроектов неосознанно мотивирует свои поступки как чувствами агрессора, так и чувствами жертвы. В этом проявляется дуальность как состояние дезинтеграции личности: страх повторить опыт как одного, так и другого родителя приобретает психотическую природу и серьезно нарушает жизнедеятельность человека. Соматическая симптоматика может проявляться внезапно, в том числе, кардинально преобразуя характер осмысления привычных, даже излюбленных действий. Например, увлечение путешествиями может резко смениться паническим страхом поездок. В этом случае внезапно возникший, необъяснимый страх потеряться, оказывается результатом переноса страха внезапной потери родителя.

Дуальность интроектов отца и матери, нарушающая целостность личности, формирует психотическое ощущение неценности, которое клиент безуспешно пытается преодолеть за счет компенсаторных действий, однако продолжает следовать интроецированным дуальным моделям взаимодействия и таким способом лишь углубляет это ощущение.

Наша методика развивается на базе положения о необходимости соединения полюсов, что удается путем, во-первых, разотождествления клиента с эмоциями родителей, а во-вторых, возвращения ценности в отношениях женского и мужского интроектов. Нередко тщательная работа подразумевает восстановление баланса в отношениях интроектов в каждой из жизненных ситуаций, в которых клиент реализовал основанные на конфликте поведенческие сценарии. Детальность проработки конкретных ситуаций позволяет уделить внимание более частным, но не менее значимым для ассоциативно-апперцептивной деятельности человека аспектам конфликта, а также более интенсивно утверждает новый, недуальный контекст осмысления человеком своей практики. В результате такой работы к клиенту возвращается ощущение ценности и безопасности, клиент перестает осуждать себя, а следовательно, начинает выдерживать мнение окружающих.

Приведенные выше общие тенденции развития конфликта интроектов женского и мужского:

(1) реализация поведенческого сценария «тиран – жертва»,

(2) втягивание третьего участника, вынужденного приспособиться к выживанию в сценарной системе, и

(3) закономерность внутреннего взаимоперехода полюсных фигур тирана и жертвы – формируют основную проблематику в нашей работе с клиентами. Конкретная схема психотерапевтической работы определяется индивидуальной ситуацией, однако базовые приемы работы с конфликтом интроектов таковы:

- **разотождествление** клиента с чувствами родителей, **размыкание** бессознательных смысловых переходов в актуальной интерпретативной базе, **формирование** нового апперцептивного контекста для смыслов, выступивших регуляторами неадаптивного поведения;
- **утверждение** содержательной ценности интроектов женского и мужского как интрапсихических структур клиента, **формирование** связи интроектов, не опосредованной противоречивыми для клиента смысловыми переходами, **соединение** интроектов в систему «родители как мужчина и женщина», **направление** внимания клиента на возможности построения действий в окружающей действительности на базе сформированной системы неконфликтных интроектов.

Эффективность разработанной нами методики работы с интроектами *мужского* и *женского* подтверждается следующим. Положительная динамика в развитии адаптивности наблюдается более чем в 90% случаев. Повышение адаптивности выражается, прежде всего, в том, что клиенты становятся спокойнее и увереннее в практической жизнедеятельности, чувствуют себя намного лучше, перестают чувствовать обиду, боль и злость. Они активно реализуются в профессии, проецируя на работу собственную ценность, что позволяет им начинать новые проекты, увеличивать уровень дохода, как при работе по найму, так и в бизнесе. Более чем в 98% случаев полюсные реакции уравновешиваются, становятся менее острыми.

Клиенты начинают видеть возможность близких отношений с противоположным полом и проявляют готовность идти в них, в целом демонстрируют большую адаптивность в сфере отношений. Примечально, наконец, не только изменение субъективной оценки клиентом окружающих обстоятельств, но и объективно растущее число социальных контактов с мужчинами или женщинами, что нередко вызывает искреннее удивление человека тому, почему раньше он «не видел» этих людей.

Обобщая вышесказанное, выделим основные теоретико-методологические положения статьи, подтвержденные многочисленными случаями из психотерапевтической практики:

1. В основе формирования психологической адаптивности индивида лежит дуальность «*мужское – женское*».

2. Конфликт *мужского* и *женского* в роду формирует внутренний конфликт, раздвоенность индивида, что проявляется в неадаптивности, психотическом поведении в тех или иных сферах его практики.

3. Раздвоенность внутренней структуры личности проецируется человеком на такой контакт с действительностью, при котором нет возможности найти общий язык с миром.

4. Соединение интроектов *мужского* и *женского* позволяет восстановить адаптивность индивида в тех сферах жизни, на которые была спроецирована внутренняя рассогласованность.

Список литературы

1. *Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная терапия депрессии // М. Питер, 2003. 301 с.
2. Психологический словарь / Под общей науч. ред. П.С. Гуревича. М.: ОЛМА Медиа Групп, ОЛМА Пресс Образование, 2007. 800 с.
3. *Райдер Дж., Клоуз Х., Руф Х.* Как справляться с биполярным расстройством// Оксфордский центр психотерапии, Оксфорд, 2019. 50 с.
4. Руководство mhGAPIG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения». Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. 2018. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/365979/WHO-mgHAPIG_tRu_final_web.pdf/ (дата обращения: 10.10.2020).
5. *Хеллингер Б.* Порядки помощи // Изд-во Института консультирования и системных решений, 2013. 224 с.
6. *Хеллингер Б.* Счастье, которое остается. Куда нас ведут семейные расстановки. М.: Институт консультирования и системных решений, 2010. 151 с.
7. *Ciraulo D.A., Shader R.I.* Pharmacotherapy of Depression // Humana Press. Boston. MA, 2011. 423 p.
8. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 // Global Health Metrics, 2019. 1858 p. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818 %2932279-7/ (дата обращения: 10.10.2020).
9. *Otto M.W., Reilly-Harrington N.A., Knauz Robert O., Aude Henin, Kogan Jane N., Gary S.* Sachs Living with Bipolar Disorder // Oxford University Press, 2008. 135 p.