

СПЕКТР ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ

В.В. Ляшенко

ОБЩАЯ МОДЕЛЬ ИЗБЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Аннотация. В статье рассматриваются причины избегающего поведения при психогенных расстройствах. Предлагается оригинальная модель избегающего поведения, которое приводит к повышению эмоционального напряжения, формированию дистресса и развитию психогенного расстройства. Автор, предполагая, что наиболее общими симптомами в развитии психогенных расстройств служит тревога и депрессия, заметнее всего проявляющиеся в невротическом спектре психогений, строит свою объяснительную модель на примере развития тревожного и депрессивного расстройств. Высокую коморбидность данных расстройств автор видит в том, что оба расстройства являются фазами развития одного и того же состояния – «состояния невозможности».

Методологическими основаниями для построения модели явились представления автора о переживании с точки зрения его качественной определённости, а также метод качественных структур.

Полагая, что в порождении невротического состояния одним из ключевых личностных факторов является фактор утраты смысла, контекстуально связанный с феноменом отчуждения, автор соотносит данные феномены с тревогой и депрессией, делая вывод о том, что депрессивное расстройство является синдромом утраты смысла, а тревожное расстройство – синдромом отчуждения. Избегающее поведение описывается совокупностью четырёх аспектов отчуждения: избегание близких отношений, избегание напряжения, избегание поступка, избегание выбора. Статья ориентирована на психологов и психотерапевтов.

Ключевые слова: депрессия, личностная позиция, невротическое расстройство, отчуждение, переживание, стресс, тревога, утрата смысла, утрата перспективы, состояние невозможности.

Abstract. This article discusses the causes of avoidance behavior typical for psychogenic disorders. The author offers his own model of avoidance behavior that leads to increased emotional stress, formation of distress and development of psychogenic disorders. By assuming that the most common symptoms in the development of psychogenic disorders are anxiety and depression, most notably manifested in neurotic spectrum of psychogenias, the author builds his explanatory model based on the example of the development of anxiety and depressive disorders. Assuming that one of the key personal factors causing the neurotic state is the factor of the loss of the meaning, contextually related to the exclusion phenomenon, the author relates these phenomena to anxiety and depression concluding that depressive disorders are the meaning loss syndrome, and anxiety disorders are the alienation syndrome. The methodological basis of the model is the presentation of the author's view on experience in terms of its qualitative definiteness as well as the method of quality structures. Avoidance behavior is described as the combination of four aspects of alienation: avoidance of intimacy, avoidance of stress and pain, avoidance of action, and avoidance of choice. The article is recommended for psychologists and psychotherapists.

Key words: neurotic disorder, alienation, emotional stress, stress, anxiety, loss of the meaning, loss of prospects, feeling impossible, personal position, depression.

Жизнь есть тревога.

В основе тревоги лежит дума.

Думу нельзя додумать, а можно только распустить.

Чтобы распустить думу, нужен император.

(В. Пелевин «Т»)

Принятая в отечественной психиатрии классификация психических расстройств подразделяет их на отдельные синдромы (эмоционально-гипер-

стетические, астенические расстройства; аффективные расстройства, невротические и т.д., по кругам Снежневского). При этом признаётся, что между синдромами нет непреодолимых границ, и каждый синдром выражает лишь некий период непрерывного развития болезни. Если это так, то, следовательно, должно быть некое общее основание, на котором они движутся и развиваются один из другого. Иначе, без этого общего знаменателя,

развитие болезни было бы невозможным, либо синдромы никак не связаны друг с другом, и никакого непрерывного развития болезни не существует. В своё время В. Гризингер, пытаясь выделить общие закономерности развития психических болезней, считал, что каждое заболевание начинается с депрессии, затем развивается бредовое расстройство, а закачивается всё слабоумием.

Мы предполагаем, что наиболее общими симптомами в развитии психогенных расстройств являются тревога и депрессия, заметнее всего проявляющиеся в невротическом спектре психогений. В связи с этим о модели избегающего поведения мы будем говорить на примере тревожного и депрессивного расстройств. Степень выраженности и характер проявления тревоги и депрессии может меняться: от лёгкого волнения до генерализованного тревожного расстройства; от астенического состояния до клинической депрессии, но их существенные признаки при этом сохраняются. Это не означает, однако, что именно тревога и депрессия являются патогенетическими факторами развития расстройств. Они представляют собой лишь симптомы, выражающие наиболее общие закономерности переживания трудных или травматичных жизненных обстоятельств. Одним из основных факторов, мы считаем, является определённая внутренняя феноменология – характер переживания обстоятельств собственной жизни, который зависит от определённой личностной позиции, от отношения к обстоятельствам, к своей среде и к «негативным переживаниям». Разумеется, имеются и факторы биологического порядка, и социального, но о них мы в данной статье говорить не будем, поскольку они в малой степени зависят от самого человека, являясь для него данностью.

Тревожные и депрессивные расстройства – наиболее распространённые среди психических нарушений. По статистике ВОЗ депрессией страдает около 5% населения планеты, и примерно столько же страдают тревожными расстройствами, около 40% людей хотя бы раз в жизни пережили тревожный эпизод. Исследование тревоги, проведённое нами в 2015 г. (использовали шкалу Гамильтона), свидетельствуют о том, что тревожное состояние, значительно превышающее норму, испытывает большинство респондентов в исследуемой выборке (студенты московского вуза).

До настоящего времени не существует единства взглядов на симптоматику, течение и типологию тревожных расстройств. Впрочем, то же самое можно сказать о любом другом заболевании. Некоторые из диагнозов, например, «генерализованное тревожное расстройство» (ГТР), даже не

всеми признаются, а потому и не диагностируются. С одной стороны, имеющиеся данные позволяют делать вывод о сомнительности диагноза ГТР, с другой – некоторые исследователи (Фрейд, Барлоу и др.) видят именно в ГТР основное тревожное расстройство, отражающее фундаментальные процессы всех эмоциональных расстройств, в том числе и депрессии. В пользу этого мнения можно привести следующие аргументы.

ГТР имеет высокую коморбидность с другими заболеваниями и расстройствами. Часто ГТР выявляется у больных с соматическими заболеваниями. Более того, многие исследователи рассматривают генерализованную тревогу как обязательный патогенетический фактор развития дисфункций внутренних органов. У большинства пациентов с ГТР (90%) имеется второй психиатрический диагноз, и лишь в 10-20% случаев ГТР протекает в виде изолированного расстройства [10]. Отмечается высокая коморбидность ГТР с другими тревожными расстройствами. По некоторым данным, депрессивная симптоматика сопровождает тревожные расстройства в 83% случаев, а при рекуррентной депрессии частота тревожной симптоматики составляет 96%. При этом депрессивная симптоматика наиболее часто встречается при ГТР. Проведённые лонгитюдные исследования показали, что тревожное расстройство, как правило, предшествует депрессивному, а после редукции депрессивной симптоматики симптомы ГТР сохраняются ещё длительное время [7]. ГТР очень часто сочетается со многими другими заболеваниями и расстройствами. Наиболее часто встречается его сочетание со следующими заболеваниями и расстройствами: а) соматические: сердечно-сосудистые заболевания, желудочно-кишечные заболевания, респираторные расстройства, мигрень, аллергические заболевания, метаболическая патология, боли в спине; б) психические: депрессия, биполярное аффективное расстройство, дистимия, алкогольная зависимость, наркотическая зависимость, простые фобии, социофобия, обсессивно-компульсивное расстройство.

Некоторые авторы объясняют высокую коморбидность ГТР с депрессией тем, что ГТР является лишь продромом депрессии или показателем её тяжести, но отнюдь не независимым расстройством. Однако высказываются мнения и о том, что коморбидность тревожного и депрессивного расстройств может говорить об их универсальном характере, а характер расстройства отражает лишь способ личностной реакции на стрессовое воздействие.

Такому частому сочетанию тревожной и депрессивной симптоматики мы можем предложить

следующее объяснение. Эти два расстройства являются родственными друг другу и потому неразрывно друг с другом связанными через одно общее основание.

Что, в сущности, представляет собой тревога? Тревога – это состояние, возникающее, когда человек ощущает угрозу для каких-то своих ценностей или для удовлетворения важных для него потребностей. На это указывает даже само слово.

Русское слово «тревога» означает «очень важный» (от *тре* – превосходная степень, *вага* – вес, весомый, важный). Если же прибавить к этому смысловые параллели и наш опыт словоупотребления, то тревогу можно понять как нечто очень важное, что нас постоянно *теребит*, *трясёт*, волнует, вызывает *трепет* (дрожь), *требует* нашего внимания и участия. Этимологический словарь русского языка [15] указывает на единое происхождение таких слов, как «тревога» и «отвага». При этом «отвагу» можно понимать как действия на основе того, что важно, ценно, что имеет личностный смысл (отваживаясь, мы идём *от важного*), а «тревогу» – как наделение ценностью. Таким образом, слово «тревога» указывает на то, что состояние «трепетного напряжения» вызывается тем, что для человека представляет важность в его жизненном мире, и основным условием возникновения «психоэмоционального стресса» и, как следствие, тревожного состояния, является восприятие угрозы жизненно важным ценностям.

Тревога возникает при любой психогенной реакции, поскольку сама по себе встревоженность представляет собой нормальную реакцию на возникшую угрозу и вообще на всё новое – реакцию, обеспечивающую внимание в необходимом направлении и выживание. Разумеется, вслед за тревогой или вместе с ней могут возникать и какие-либо другие чувства и состояния, либо тревога может довольно быстро трансформироваться в другие состояния, соответственно обстоятельствам. Главной особенностью тревоги является её обращённость в будущее, а также её «беспредметный» характер. Она переживается как неприятное эмоциональное состояние, постоянное внутреннее напряжение, дрожь, «мандраж», преувеличенная и негативная оценка своих переживаний и ощущений, чувство неопределённой угрозы, навязчивые мысли или образы.

Говоря о психологическом содержании депрессии и не вдаваясь в особенности её проявлений, можно сказать, что она состоит в переживании утраты перспектив (будущего) – человек ощущает, что ему «некуда», незачем жить, что вызывает ощущение тяжести и давления мира. Эту составляющую

мы можем обнаружить практически в любом типе депрессии (исключениями, возможно, могут являться соматогенная и фармакогенная депрессии).

Различие тревоги и депрессии мы видим в том, что тревога сигнализирует об угрозе удовлетворению важных потребностей, в то время как депрессия – это переживание невозможности удовлетворения важных потребностей. В личностном смысле депрессия есть следствие принятого решения о том, что перспектив удовлетворения нет и не будет, когда человек сам себе сказал: «Всё кончено». В этом случае происходит подавление жизненной активности, что вызывает состояние тоски, апатии, моторной и идеаторной заторможенности – это и диагностируется как признаки «депрессии».

Таким образом, и в случае тревоги, и в случае депрессии мы имеем дело с переживанием либо возможности утраты, либо свершившейся утраты чего-то ценного, без чего жизнь теряет или своё качество, или смысл. Возможно, поэтому тревожные и депрессивные расстройства и имеют значительную коморбидность: мы их можем считать различными фазами развития одного и того же состояния – «состояния невозможности».

Пока человек не утратил перспектив, он настроен на достижение или получение желаемого. Это фаза тревоги, которая характеризуется наличием позитивного аффекта (состоянием высокой энергичности, полной концентрации и гедонии). Негативный аффект, который включает разнообразные «нежелательные эмоциональные состояния», такие как гнев, презрение, отвращение, вину, страх, нервозность и др., является общим как для тревоги, так и для депрессии. Однако депрессия, в отличие от тревоги, характеризуется показателем низкого позитивного аффекта [1], и она может являться следующей фазой развития «состояния невозможности».

Тем не менее, практика показывает, что депрессия может развиваться перед тревогой, вместе с тревогой, и оба расстройства – изолированно друг от друга. Что это может означать и что может быть причиной такой изолированности? Можно предположить, что причиной является изменчивость экзистенциального состояния личности. Представим человека, который в силу определённых внутренних свойств мгновенно катастрофизует событие и занимает такую личностную позицию по отношению к самому себе и к происходящему, которая лишает его каких бы то ни было перспектив. Как следствие, через некоторое время у него развивается депрессивное состояние. Но через какое-то время его отношение к происходящему может начать меняться, он почувствует, что не всё ещё по-

теряно, будет размышлять над разными возможностями, и у него начнёт развиваться тревога как состояние, сигнализирующее о невозможности, и предполагающее возможность. Тревога и депрессия начинают сосуществовать, периодически преобладая друг над другом. Другой человек может быть предрасположен к тому или иному «полюсу»: сомневаться и опасаться невозможности (тревожный полюс); или делать однозначный выбор в пользу невозможности (депрессивный полюс), или отказываясь от личного выбора, закрывать себе возможность удовлетворения потребностей и осуществления самого себя, что будет приводить к снижению настроения и общего жизненного тонуса (и врач будет диагностировать астенизацию) – и это тоже будет проявлением депрессивного полюса. Однако оба этих полюса являются полюсами одного континуума, который определяется тем, какую степень свободы человек имеет в своём отношении к обстоятельствам. Чем уже спектр возможных для человека личностных позиций, которые он может занять, тем риск развития психогенного расстройства выше. Таким образом, «состояние невозможности» служит общим для тревожного и депрессивного расстройств и может развиваться разными путями в зависимости от личностной и соматической предрасположенности.

Вместе с этим тревога, как и депрессия, обладает понятным приспособительным значением и потому может иметь как нормальный, так и невротический характер.

Тревога оказывается нормальной реакцией, когда соответствует объективной угрозе и не запускает механизм вытеснения или другие механизмы защиты. При нормальной тревоге человек способен конструктивно обращаться с тревогой на сознательном уровне, или же тревога снижается, когда меняется объективная ситуация. Нормальная тревога всегда присутствует в жизни, её признаками является общее беспокойство, настороженность. Признаваемая тревога необходима для выстраивания эффективного поведения в новых внутренних и внешних обстоятельствах, то есть она является двигателем нормальной жизни.

Тревога становится невротической тогда, когда она не осознаётся, а переживание её избегается. В этом случае сигнал, посылаемый тревогой, не воспринимается, и человек перестаёт соответствовать своим жизненным обстоятельствам, что в свою очередь приводит к ещё большему нарастанию тревоги. Развивающееся тревожное расстройство зачастую становится основой психосоматических расстройств, а также усиливает уже существующие соматические расстройства.

Депрессия так же, как и тревога, является одним из здоровых внутренних регуляторов в отношениях с миром. Те потребности, которые человеком не могут быть удовлетворены в существующих обстоятельствах (условиях), постепенно утрачивают свою актуальность, изживаются (в том случае, если их утрата совместима с жизнью), либо человек научается удовлетворять их по-новому, в других условиях. Эта перестройка ценностно-потребностной структуры (мотивационной системы) и переживается как депрессия. В сравнении с известным определением революционной ситуации, когда «низы не хотят, а верхи не могут», депрессия развивается, когда «низы хотят, а верхи не могут»: тогда «низы» принимают решение о невозможности своих желаний и «перестают хотеть».

Если это переходное состояние, состояние утраты прежних условий удовлетворения потребностей, переживается активно («активная депрессия» – термин М.Л. Покрасса), не избегается по причине его болезненности, тогда оно становится основой для вызревания новых потребностей (как известно, потребности имеют свойство развиваться), для открытия новых объектов потребностей (ценностей), новых смыслов (тех, которые соответствуют настоящим обстоятельствам), либо для формирования новых условий удовлетворения потребностей. В этом случае человек через какое-то время снова «оживает»: у него появляются новые потребности, соответствующие новым перспективам – новому будущему.

Если же это состояние отвергается – человек не вникает в причины и смысл происходящего, он так и не узнаёт своих потребностей, не научается их удовлетворять, не осваивает новых обстоятельств, не открывает новых для себя потребностей и вместе с ними – новых перспектив жизни. Будущее становится для него закрытым, и человек «тонет в депрессии», которая переходит в невротическую форму и затягивается на неопределённо долгое время. В этом случае депрессия из регулятора жизни превращается в остановку жизни.

Поскольку тревога и депрессия контекстуально связаны друг с другом и имеют общее основание, в дальнейшем мы будем использовать термин «невротическое состояние», подразумевая под ним возможность развития как тревожного, так и депрессивного расстройства.

В связи с тем, что характер переживания зависит от отношения к своему состоянию, особую актуальность приобретает вопрос личностной позиции, которую занимает человек: как именно он относится к своему состоянию и к «негативным переживаниям» в целом. В том случае, когда «не-

гитивные переживания» побуждают человека не столько к поиску их причин, сколько к борьбе с самим переживанием (эта борьба заключается в попытках не думать, отвлекаться, не замечать, делать для себя вид, что всё хорошо, изображать спокойствие и при этом избегать любых обстоятельств, способных столкнуть с неприятными чувствами), тогда состояние становится всё более напряжённым. Вместе с этим расширяется круг травмирующих факторов, преднамеренная деятельность в ещё большей степени дезорганизуется.

Такая борьба непосредственно с «негативным переживанием» означает не только оберегание себя от неприятных переживаний, но и *отстранение* как от смысла переживания, так и от смысла в более широком контексте – от своего жизненного смысла, поскольку само наличие «негативного переживания» говорит о том, что затронуты некие жизненно важные ценности.

Таким образом, мы считаем, что в порождении невротического состояния одним из ключевых личностных факторов является фактор *депривации смысла*. Смысл, являясь чувством субъективной значимости чего-то, связывает человека с тем, что для него значимо, и таким образом, есть то, что выводит человека из замкнутости на самом себе в более широкий контекст его жизни.

Внутреннюю ситуацию утраты смысла, соответствующую онтологической ситуации нарушения или разрыва связей индивида с миром, некоторые психологи рассматривают как ситуацию *отчуждения*: психологическим механизмом смыслоутраты выступает отчуждение, которое понимается как целостное устойчивое состояние нарушенности смысловых связей в структуре жизненного мира [12]. Степень субъективного отчуждения представляет собой относительно устойчивую индивидуальную характеристику, охватывающую различные сферы жизнедеятельности человека [11].

При этом некоторыми психотерапевтами отчуждение считается не частным психопатологическим феноменом, а общим. Например, Г.М. Назлоян, описывая причины психопатологии, говорит о том, что признаки отчуждения присутствуют при каждом психическом и психосоматическом расстройстве; всякое психическое расстройство начинается с постепенного уединения, ухода в себя [10]. В настоящее время некоторые исследователи считают (Ю.И. Александров), что социальность является не позднейшим приобретением живых существ, появляющимся на одной из стадий эволюционного процесса, а одним из основных механизмов эволюции. Эти факты как нельзя лучше говорят в пользу высказываемой Г.М. Назлояном точки зрения о том,

что отчуждение является краеугольным камнем всякой психопатологии: отчуждение всегда ведёт к тому или иному психическому нарушению. То, что при этом понятие отчуждения в большей мере имеет социальный контекст, нисколько не противоречит взгляду на отчуждение как на утрату смысла, поскольку переживание, будучи целостным феноменом, охватывает одновременно как «внешнее», так и «внутреннее» бытие человека. Отчуждаясь от себя и своих смыслов, человек всегда одновременно отчуждается и от других людей, а отчуждаясь от других людей, человек всегда отчуждается от самого себя и своих жизненных смыслов.

Представляется логичным соотнесение данных феноменов (отчуждение и смыслоутрата) с рассматриваемыми нами явлениями: отчуждение – с тревогой, а смыслоутрату – с депрессией. В пользу данного соотнесения говорит и то, что тревога и депрессия находятся в такой же контекстуальной связи друг с другом, как отчуждение и смыслоутрата.

Другими словами, депрессивное расстройство является *синдромом утраты смысла*, а тревожное расстройство – *синдромом отчуждения*, причём оба синдрома являются полюсами одного континуума переживания. При этом отчуждение/смыслоутрата как психологический феномен проявляет не столько конституциональные особенности личности, сколько её экзистенциальный статус, определяемый *выбором*.

Следующим понятием, логически развивающим тему данной статьи, является понятие стресса (англ. *stress* – напряжение). Всякое воздействие вызывает в нас как специфический, так и неспецифический (общий) ответ, выражающийся в потребности приспособиться к новым обстоятельствам и тем самым восстановить гомеостаз («нормальное состояние»). Согласно Г. Селье [14], стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявление ему требования: любой внешний стимул (стрессор), физический или психический, вызывает состояние стресса, проявляющееся в не зависящем от характера стрессора ответе организма (неспецифическом), названном *общим адаптационным синдромом*. Субъективно стресс ощущается как *состояние напряжения*, и всякое невротическое состояние сопряжено с определённым внутренним напряжением.

Существенным в данном случае является вопрос о том, действительно ли именно состояние гомеостаза, которое стремится восстановить организм, является тем, что определяет характер активности человека. Важно дифференцировать уровень организма и уровень личности. Если «нормальное состояние» является показателем приспособленности, а отклонение от него является сигналом к со-

ответствующему обстоятельству действием, то это ещё не означает, что для человека смыслом этого действия является приведение организма в первоначальное «нормальное состояние».

Для человека стресс – не просто некий «неспецифический ответ его организма»; это непременно и его *личный ответ*, поскольку человек всегда как-то относится к происходящему и совершает какие-то выборы. Это означает, что для человека психологический смысл всякой «ответной реакции организма» заключён не в восстановлении состояния равновесия внутренней среды, а в *освоении изменившейся ситуации*, то есть в нахождении своего *личного смысла* и реализации его в соответствии с изменившимися условиями. Именно в освоении ситуации и состоит адаптация к существующим и изменяющимся условиям. В свою очередь, напряжение, которое возникает при взаимодействии со «стрессором», означает наличие организмической готовности к соответствующему ситуации действию. Если это *состояние готовности* реализуется, то внутреннее напряжение (и эмоциональное, и физиологическое) естественным образом преобразуется в энергию действия. И организм восстанавливает равновесное состояние. В противном случае, из-за того, что «состояние готовности» не реализуется, возникает *перенапряжение*.

Поэтому для человека, который в отличие от остальных животных является «существом смысла», в первую очередь необходима внутренняя работа («работа переживания») по приращению этого личного смысла и внешняя – по реализации личного смысла в своей практической деятельности. И если эта работа не производится, тогда возникает внутренняя ситуация бессмысленности (не осуществления потенциалов и объективно существующих потребностей), которая может не осознаваться. Это приводит к дистрессу (перенапряжению) и становится основой для развития невротического расстройства.

В том случае, если человек ставит во главу угла заботу именно о состоянии, а не осознание смысла своего состояния и тех жизненных обстоятельств, отражением которых это состояние является, и не раскрытие этого смысла в соответствующей деятельности, то в этом и проявляется один из основных механизмов отчуждения/смыслоутраты.

Поясню этот тезис. Жизнь – явление изменчивое, требующее постоянных усилий по её освоению (с тем чтобы ей соответствовать). Встречаясь с теми или иными жизненными обстоятельствами, человек всегда испытывает и соответствующие им и самому себе состояния (поскольку кроме внешних обстоятельств, человек всегда пребывает и в неких

внутренних обстоятельствах: в жизненных обстоятельствах человек всегда «какой-то»). Состояние – явление комплексное, включающее всё многообразие эмоциональных состояний и чувств, а также всевозможных вегетативно-соматических реакций. Смысл состояния в том, чтобы человек находил соответствующие формы деятельности (проявления себя) и осуществлял себя в данных жизненных обстоятельствах. Всякое состояние побуждает к какому-то участию в мире, в жизни. То есть всякое состояние есть *деятельностное состояние*, которое человек как-то переживает, как-то осознаёт, как-то к нему относится. Всякое состояние переживается как различного рода *напряжения* и *побуждения* (или их отсутствие). Чем сложнее и труднее для человека жизненные обстоятельства, тем его состояние напряжённее, и в каких-то случаях эта напряжённость переживается весьма болезненно.

Когда человек вовлечён в созидательную деятельность, то есть творчески присутствует в своей жизни, тогда всякое его состояние разрешается в ходе деятельности само собой. Когда же человек смещает своё внимание с постижения смысла происходящего и со своего соответствующего участия в нём на своё состояние и пытается влиять на него непосредственно (избавиться от напряжения вместо решения жизненных задач), то в этом случае происходит своеобразный аутистический разворот на самого себя и выключение себя из взаимоотношений с миром. В сущности, этот разворот означает занятие патологической личностной позиции, которая и становится отправной точкой в развитии психопатологии.

Опираясь на вышеизложенное, а также на описание *переживания* как целого, то есть с точки зрения его *качественной определённости* (эта тема подробно освещается в статье В.В. Ляшенко «Переживание и его качественная определённость» (готовится к печати)), мы предлагаем следующую *модель избегающего поведения*, которое приводит к повышению эмоционального напряжения (перенапряжению), формированию дистресса и развитию психогенного расстройства.

Вектора (рис. 1) указывают на то, что каждая из «позиций» связана со всеми другими, и всё находится в равной зависимости друг от друга. Это означает, что отчуждение может происходить по любой траектории: оно может начинаться с отчуждения от себя (человек не обнаруживает своего места, не определяет своих границ); или с избегания неприятных чувств, напряжений; или с отчуждения от других людей; или с отстранения от своей инициативы и осмысленной для себя деятельности – и далее развиваться в любом из направлений. Конфигурация траектории, по

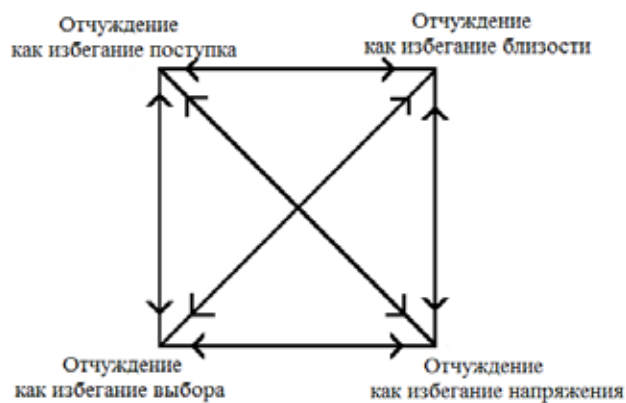


Рис. 1. Модель избегающего поведения (отчуждения)



Рис. 2. Траектория развития избегающего поведения

всей видимости, определяется индивидуальными свойствами человека и его жизненными обстоятельствами. В силу целостности переживания отчуждение всякий раз будет тотальным, то есть будет затрагивать все указанные области, и вопрос заключается лишь в степени этого отчуждения. Чем более отчуждается человек, тем более интенсивно развивается психопатология. Мера же отчуждения напрямую зависит от занимаемой человеком личностной позиции – от его выбора.

Термин «избегающее поведение» является выражением такого отстранения, когда человек отчуждается: от своего состояния, от отношений, от своей деятельности и от самого себя, своих смыслов и места в мире.

Проследим одну из возможных траекторий развития избегающего поведения (рис. 2).

- 1) Отчуждение от своего жизненного мира: избегание близких отношений, утрата эмоциональных контактов с людьми, а также связей с обстоятельствами своей жизни.
- 2) Потеря себя: в той мере, в какой человек отчуждается от мира, он одновременно отстраняется и от самого себя. Человек уже не прилагает в должной мере (в той, в которой это необходимо, в какой этого требуют существующие внутренние и внешние обстоятельства) усилие к тому, чтобы осознавать себя, определять своё место в существующих обстоятельствах, совершать выбор, производить «работу переживания» и обретения смысла.
- 3) Повышение внутреннего напряжения и тревоги, от которых человек отстраняется, избегая неприятного состояния.
- 4) Отстраняясь от своего состояния (от напряжения, боли, неприятных чувств, ощущений, соматических симптомов), человек не обнаруживает его смысла. Не обнаруживая личного

смысла в то время, когда обстоятельства того требуют, человек и в предметной деятельности перестаёт соответствовать требованиям внутренних и внешних обстоятельств. В основе личной, ответственной, осмысленной деятельности лежит поступок как проявление выбора. Если нет выбора, нет и поступка. Так деятельность человека остаётся бессодержательной для него. Как следствие – напряжение и тревога в ещё большей степени нарастают.

- 5) Отстранение от самого себя и от работы по обретению смысла приводит к нарастанию отчуждения от мира, поскольку он теперь ещё больше давит своей «не таковостью». Человек чувствует себя беспомощным в отношениях с миром.
- 6) Поскольку человек остаётся отстранённым от осмысленной для себя деятельности, его отношение к себе становится сниженным. Всё большая отстранённость от мира, выключение из отношений, несоответствие требованиям обстоятельств приводит к ощущению собственной несостоятельности.
- 7) Отчуждение и ощущение собственной несостоятельности перед предъявляемыми миром требованиями и перед собственными требованиями к самому себе приводит к нарастанию ощущения угрозы, а в наивысшей точке – к генерализации опасений.
- 8) Занимая такую личностную позицию, человек вместо «работы переживания» направляет усилия на изменение неприятного состояния. Так возникает тенденция к:
 - а) избеганию переживания напряжения, боли, тревоги (избегание чувствования, «анестезия чувств», алекситимия);

- б) попыткам влиять на своё состояние непосредственно (подавить тревогу, отвлечься, не думать или «думать о хорошем», приёмом алкоголя или наркотиков и другим эрзацам). Постепенно формируется избегающий стиль поведения и уход в те способы, которые могут отвлечь от неприятных чувств и ощущений и снизить чувствительность к ним.
- 9) Попадание в зависимость от того, что помогает снимать напряжение.
- 10) Постепенная невротизация и психопатологизация.

Список литературы:

1. Аведисова А.С. Сложности и противоречия в диагностике генерализованного тревожного расстройства // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. 2008. № 2. С. 28-33.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Московского университета, 1984. 200 с.
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства (проект) // Российское общество психиатров. URL: <http://psychiatr.ru/news/413>.
4. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: учебник. М.: Медицина, 1995. 608 с.
5. Ладыженский М.Я., Городничев А.В., Костюкова Е.Г. Актуальные тенденции в терапии тревожных расстройств // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 3. С. 15-23.
6. Лесс Ю.Э. Типология генерализованного тревожного расстройства (клиника, коморбидность): Дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 123 с.
7. Ляшенко В.В. Арт-терапия как практика самопознания: присутственная арт-терапия. М.: Психотерапия, 2014. 160 с.
8. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). URL: <http://mkb-10.com>.
9. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. М., 2007. 63 с.
10. Назлоян Г.М., Назлоян Г.Г. Арт-терапия в клинической практике (портрет, автопортрет, бодиарт). Симферополь: ИТ «Ариал», 2013. 428 с.
11. Осин Е.Н. Смыслотрата как переживание отчуждения: структура и диагностика: Дис. ... канд. психол. наук. М., 2007. 217 с.
12. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Смыслотрата и отчуждение // Международный научный журнал «Культурно-историческая психология». 2007. № 4. С. 68-70.
13. Покрасс М.Л. Активная депрессия. Добрая сила тоски. Самара: Изд. дом «Бахрах-М», 2001. 320 с.
14. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Книга по Требованию, 2012. 66 с.
15. Фасмер М.Р. Этимологический словарь русского языка: в 4 т. Т. 4. (Т – ящур) / Пер. с нем. и доб. О.Н. Трубочева. 2-е изд., стер. М.: Прогресс, 1987. 864 с.
16. Касавина Н.А. Терапия и технология: как работать с экзистенцией? // Философия и культура. 2012. № 9. С. 94-104.

References (transliterated):

1. Avedisova A.S. Slozhnosti i protivorechiya v diagnostike generalizovannogo trevozhnogo rasstroistva // Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya. Zhurnal im. P.B. Gannushkina. 2008. № 2. S. 28-33.
2. Vasilyuk F.E. Psikhologiya perezhhvaniya (analiz preodoleniya kriticheskikh situatsii). M.: Izd-vo Moskovskogo universiteta, 1984. 200 s.
3. Klinicheskije rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu panicheskogo rasstroistva i generalizovannogo trevozhnogo rasstroistva (proekt) // Rossiiskoe obshchestvo psikhiatrov. URL: <http://psychiatr.ru/news/413>.
4. Korkina M.V., Lakosina N.D., Lichko A.E. Psikhiiatriya: uchebnik. M.: Meditsina, 1995. 608 s.
5. Ladyzhenskii M.Ya., Gorodnichev A.V., Kostyukova E.G. Aktual'nye tendentsii v terapii trevozhnykh rasstroistv // Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv. 2014. № 3. S. 15-23.
6. Less Yu.E. Tipologiya generalizovannogo trevozhnogo rasstroistva (klinika, komorbidnost'): Dis. ... kand. med. nauk. M., 2008. 123 s.
7. Lyashenko V.V. Art-terapiya kak praktika samopoznaniya: prisutstvennaya art-terapiya. M.: Psikhoterapiya, 2014. 160 s.
8. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei 10-go peresmotra (МКБ-10). URL: <http://mkb-10.com>.
9. Mosolov S.N. Trevozhnye i depressivnye rasstroistva: komorbidnost' i terapiya. M., 2007. 63 s.
10. Nazloyan G.M., Nazloyan G.G. Art-terapiya v klinicheskoi praktike (portret, avtoportret, bodiart). Simferopol': IT «Ariall», 2013. 428 s.
11. Osin E.N. Smysloutrata kak perezhhvanie otchuzhdeniya: struktura i diagnostika: Dis. ... kand. psikhol. nauk. M., 2007. 217 s.
12. Osin E.N., Leont'ev D.A. Smysloutrata i otchuzhdenie // Mezhdunarodnyi nauchnyi zhurnal «Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya». 2007. № 4. S. 68-70.
13. Pokrass M.L. Aktivnaya depressiya. Dobraya sila tosiki. Samara: Izd. Dom «Bakhrakh-M», 2001. 320 s.
14. Sel'e G. Stress bez distressa. M.: Kniga po Trebovaniyu, 2012. 66 s.
15. Fasmer M.R. Etimologicheskii slovar' russkogo yazyka: v 4 t. T. 4. (T – yashchur) / Per. s nem. i dob. O.N. Trubacheva. 2-e izd., ster. M.: Progress, 1987. 864 s.
16. Kasavina N.A. Terapiya i tekhnologiya: kak rabotat' s ekzistsentsiei? // Filosofiya i kul'tura. 2012. № 9. S. 94-104.