

Проблема тревоги, аддикции и «НОВЫХ» симптомов у современных пациентов с позиции психоанализа

АВТОНОМОВ Д.А. медицинский психолог. Наркологический диспансер №12 УЗ ЮЗАО г.Москвы.
117449, Москва ул. Шверника 10А. Тел.: 8(499)126-25-01 Факс: 8(499)126-10-64. E-mail: nan@nan.ru

Проанализирована проблема понимания тревоги, специфики проявления психоневротических симптомов и симптомов зависимости у современных пациентов с позиции психоанализа. Показано, что изменение социально-культурных факторов, роли отца в современной семье и характера трансляции опыта между поколениями оказывает влияние на трансформацию симптоматики. Представлено описание случая из нашей клинической практики: пациент 51 года, страдающий от патологической склонности к участию в азартных играх.

Ключевые слова: тревога, аддикция, чувство вины, психоаналитическое понимание

Психоаналитические теории тревоги развивались в течение десятилетий, проделав значительную эволюцию. От теории застоя либидо, трансформирующегося в тревогу, к внутреннему конфликту между влечениями к жизни и смерти, к тому, что З. Фрейд описал как *сигнальную тревогу*, — возникающему в эго сигналу ожидаемого напряжения [11]. З. Фрейд в работе «Торможение, симптом и тревога» (1926 г.), пишет о том, что «тревога возникает как реакция на положение, составляющее опасность». Тревога понималась многомерно как «выражение беспомощности» и реакция на «отсутствие объекта». В главе 11 профессор З. Фрейд уточняет: «Тревога имеет очевидное отношение к ожиданию. Ей присущ характер неопределенности и беспредметности. Когда тревога находит свой объект, то это слово заменяется в нашей речи словом *боязнь*». *Реальная тревога* — тревога перед опасностью, которая нам известна. Реальная опасность исходит от внешнего объекта. *Невротическая тревога* — тревога перед опасностью, которая нам известна. Невротическая опасность исходит от влечения (от требования влечения). Симптомы образуются «*только для того чтобы избавиться от тревоги... тревога, таким образом, является основным феноменом и главной проблемой невроза*» [8]. Психоаналитик Б. Джозеф писала: «Все пациенты приходят к аналитику... потому что не могут справиться с тревогой и хотят понять, чем она вызвана» [1]. Карл Ясперс указывал «...в качестве самоочевидной цели лечения ... стремление к тому, чтобы вывести пациента из состояния тревоги». Но тут же, как бы оговариваясь, он цитирует фон Гебзателя, сетующего на то, что «...большие массы людей, особенно в наше время, живут, не испытывая тревожных ощущений...». К. Ясперс полагал, что «такая свобода от тревоги есть не что иное,

как обратная сторона почти полной потери свободы вообще» [13].

Значимое место во фрейдовской психоаналитической теории занимала фигура отца [9]. Необходимо признать, что роль, место и влияние отца в современном «постмодернистском» обществе сильно изменилось. Традиционный образ отца, отца могущественного, авторитетного, все больше и больше сходит на нет. Он меняется на образ отца пассивного, обесцеленного, отсутствующего, несостоятельного и всецело подавленного матерью. Согласно Кэрролу (J. Carrol, 1985), современное общество олицетворяет снижение отцовского авторитета в пользу семьи с доминирующей матерью [15]: «...сдвиг семьи в сторону материнского доминирования вызвал изменение ситуации, достаточное, чтобы сломить столпы авторитета, которые поддерживали сублимацию цивилизованной вины. Этот сдвиг был прямым следствием развития событий в Англии восемнадцатого века, когда наблюдалось усиление покровительства со стороны матери и смягчение суровости патриархального отца, но он развился в совершенно иную психологическую реальность, в которой матери преследуют любовью, а мягкость отцов превращается в безразличие и отчужденность» (цитируется по [5]).

Итак, в современном обществе трансгенерационная передача отцовского Идеала Я прервана или искажена. Маргарет Мид различала в человеческой истории три типа культур, с точки зрения характера трансляции опыта между поколениями.

1. Постфигуративные культуры — дети учатся у своих отцов (предков). Так, в патриархальном обществе, опирающемся на традицию и ее живых носителей, стариков, отношения возрастных групп жестко регламентированы, нововведения не одобряются, каждый знает свое место, господствуют чувства преемственности и верности традициям. Постфигуратив-

ные культуры ориентированы на прошлое, утраченный «золотой век» и для них характерен очень медленный прогресс.

2. Кофигуративные культуры — дети и взрослые учатся у равных, т.е. у своих сверстников. Влияние старших падает, а влияние сверстников растет. Расширенная семья заменяется нуклеарной, поколеблена незыблемость традиций. Повышается значение юношеских групп, возникает особая молодежная субкультура. Кофигуративные культуры ориентированы на настоящее и на умеренный темп прогресса.

3. Префигуративные культуры — взрослые учатся у своих детей. Такие культуры возникли с середины XX столетия и объединены электронной коммуникативной сетью (эра, поколение Фейсбука, Живого Журнала и т.д.). Они определяют новый тип социальной связи между поколениями, когда образ жизни старшего поколения не тяготеет над младшим. Префигуративные культуры ориентированы на будущее и ускоренное движение [12].

Нет ничего удивительного в том, что современные пациенты редко демонстрируют определенные психоневротические симптомы, характерные для пациентов времен З. Фрейда. А. Грин полагал, что появилась «...потребность в новой концептуальной рамке — не собственно невроза, но и недостаточно явного психоза, откуда и название «пограничные случаи» [2].

Социально-культурные и экономические факторы формируют допущения проявления тех или иных симптомов и нарушений. По мнению Д. Карвета — «...манифестируемая симптоматология действительно сместилась в направлении субъективных состояний пустоты, отстраненности, болезненной социальной изоляции и одиночества, тревоги фрагментации, нарциссической obsессии и различных новых форм истерии (синдром хронической усталости, синдром фибромиалгии, множественная химическая чувствительность, экологические болезни, синдром войны в Персидском заливе, диссоциативное расстройство идентичности, синдром возвращающихся воспоминаний, синдром жертвы сатанинских ритуалов и похищения инопланетянами, obsессия «альтернативного здоровья» по поводу внутренних токсинов и паразитов и т.д.), некоторые из которых Шовалтер (Showalter, 1997) называет историями, а Д. Карвет (Carverth, 2000) считает вариантом того, что он называет "истеро-параноидным синдромом» [5]. Т.А. Караваева с соавт. отмечает, что за последние три десятилетия у «...больных с невротическими расстройствами усиливается инфантилизация, они в меньшей степени, чем ранее, считают, что важные события в их жизни являются результатом их собственных действий, им в большей степени присуще конформное и зависимое поведение» [6].

Общим для всех этих новых нарушений и симптомов является их субъективно переживаемая экзогенность — индивид выступает как жертва вредоносного окружения, объект принуждения, разрушительного воздействия или токсичной атаки. Типично беспокойство про себя, отрицание своей роли в развитии симптомов и избегание сознательного чувства вины — вектор вины неизменно направлен вовне. Д. Карвет описывает современную культуру как «деморализующую», избегающую вину и все больше и больше оправдывающую себя словами Короля Лира: «Против нас грешат больше, чем грешим мы сами». Многим современным пациентам близко выражение Ж.П. Сартра: «Ад — это другие». Д. Карвет утверждает, что: «...всегда было трудно сознательно выдерживать чувство вины и не избегать его, атакуя либо другого, либо себя самого. В первом случае, чувство вины смещается и проецируется в «козла отпущения». Во втором случае, поскольку нарциссизм делает моральные страдания невыносимыми, супер-эго добивается причитающейся ему доли с помощью бессознательно сконструированных форм самонаказания [15]. Нарциссическая озабоченность собой (своим величием или ничтожеством) и всевозможные формы истерического и психосоматического самоистязания, которые, по мнению Д. Карвета, являются заменой сознательного чувства вины, также являются приметами нового времени.

К списку «новых болезней и синдромов» мы со всем основанием добавили бы самые разнообразные аддикции — стойкие и рецидивирующие симптомы потери контроля над импульсами. Эти множественные аддикции, без сомнения, носят защитный характер и являются попытками «самолечения», «самовосстановления» и «самопомощи» — нарциссическими по своей сути. Согласно «гипотезе самолечения», предполагается, что злоупотребление, будь то психоактивными веществами, будь то азартными играми, возникает, когда индивид пытается самостоятельно и доступным ему способом лечить проявление уже имеющегося у него психического расстройства с целью улучшить, изменить и облегчить свое исходное, субъективно невыносимое психологическое состояние.

Еще одной общей чертой «современных постмодернистских расстройств» является тенденция к отреагированию. Типичны две крайности (полярности): компульсивное «отреагирование вовне» и психосоматическое «действие вовнутрь». «Отреагирование вовне» является заменой слов и помогает избавиться от внутренней психической реальности через моторную (двигательную) активность. Субъект бежит от внутренней реальности в реальность внешнюю.

«Действие вовнутрь» является противоположностью конверсии. «Действие вовнутрь» — это дезафек-

тивная попытка *не вести себя истерически* в условиях стресса и напряжения, не показывать обид и ранимости и мужественно «сохранять свое лицо». Деафектация сопровождается ложным ощущением независимости, силы, горделивым триумфом и отказом от объектов. Подобные «отреагирования» направлены против всякого позитивного объектного отношения.

Изучение основ психики необходимо для понимания проблем современных пациентов. Пожалуй, ни одно из направлений психоанализа не уделяло такого внимания ранним тревогам, как кляйнианская психоаналитическая школа.

Работа с маленькими детьми в «игровой технике» позволили Мелани Кляйн проникнуть глубже в содержание жизни фантазий. В безопасности, которую предоставляет ситуация психоаналитического лечения, ребенок мог выразить игрой и действием то, как он в фантазии воспринимает свое взаимодействие с другими людьми. М. Кляйн обнаружила, что в глубине детской психики существует бессознательный страх перед уничтожением жизни [7]. Аналитические наблюдения убедили ее в том, что первопричина тревоги заключена в страхе смерти. Тревога из-за ощущения аннигиляции эго (включающую в себя ощущение дезинтеграции, фрагментации, поглощения и распада на части) М. Кляйн назвала *параноидной*. Она центрирована вокруг собственной безопасности, это тревога за то, что может случиться с самим субъектом (с эго), она носит ощущение преследования. Ответные деструктивные импульсы против объектов возбуждают в субъекте страх возмездия, так как психика, по мнению М. Кляйн, в бессознательной фантазии функционирует по закону возмездия, закону талиона: «Око за око, зуб за зуб». Возникает *параноидный порочный круг*: страх провоцирует ненависть и насилие, а те, в свою очередь, провоцируют дальнейший рост страха возмездия. М. Кляйн писала (1932): «агрессия порождает тревогу, а тревога усиливает агрессию» [11].

Другой (второй) характерной тревогой является так называемая *депрессивная тревога*, т.е. тревога, связанная с сохранением хороших интернализованных (внутренних) объектов, с которыми эго идентифицируется как целое. Концепция Кляйн в данном аспекте конвергентна с положением Р. Шпида о тревоге восьми месяцев, «втором организаторе». Депрессивная тревога центрирована вокруг безопасности других — это тревога Эго за объект. Депрессивная тревога возникает от конфликта амбивалентности — любовь и ненависть ощущаются направленными на одну и ту же личность [4, 7, 11].

Таким образом, современный «постмодернистский» пациент сталкивается с проблемами:

- *пустоты и одиночества*. Как показала М. Кляйн (1963 г.), имеет место не просто страх

остаться одному, но *страх остаться наедине с ужасом*. Содержание ужаса может быть многогранным: страх собственной ненависти к себе и суицидальных импульсов; боязнь ненависти к другим людям и страх возмездия; боязнь грабителей и заговорщиков, ведьм и привидений; крайней физической и ментальной беспомощности; страх неизвестности, которая обычно ощущается потенциально опасной [4, 11];

- *зависти и защиты от зависти*. М. Кляйн в работе «Зависть и благодарность» (1957 г.) описала зависть как «злое чувство из-за того, что другой человек обладает и наслаждается чем-то желаемым — завистливый импульс состоит в том, чтобы отобрать или испортить это». Зависть — это враждебность, направленная на хороший объект потому, что он хороший. Защиты от зависти включают в себя различные приходящие состояния спутанности. Спутанность — это неспособность отличать хорошее от плохого. Путая хорошее и плохое, индивид, тем самым, избегает мучительного чувства зависти. Защитой от зависти является также обесценивание — обесцененному объекту можно не завидовать. Еще одна защита от зависти заключается в проецировании чувства зависти на других людей. Пробуждая в других зависть благодаря демонстрации собственных успехов, субъект освобождается от своей собственной зависти к другим [7, 11];

- *параноидной тревоги — тревоги вторжения*. Пациенту причиняет страдания некий преследующий, не оставляющий в покое, вторгающийся объект (который является завуалированной вездесущей материнской фигурой) [3]. Пациент убежден, что он был бы счастлив, если бы это вторжение прекратилось. При этом пациент с возмущением отрицает свою привязанность к данному состоянию. Этот преследующий объект как многоголовая гидра — стоит пациенту избавиться от одного преследования, тут же на его месте восстает другой. В список преследователей могут входить (в разные моменты времени) кто (что) угодно: жены, мужья, дети, начальники, подчиненные, правительство, плохая экология, стрессы на работе и врач, который его не понимает;

- *сепарационной тревоги — депрессии по поводу потери/отсутствия объекта* [3]. Пациент чувствует себя эмоционально не защищенным, покинутым, отделенным и лишенным благ. Чтобы избежать этих переживаний, пациент может отыгрывать: заниматься бурной деятельностью, организовывать себе неприятности и опасности, заниматься сексом без любви, набивать себя едой, напитками, ненавистью, критикой и жалобами, занимать себя параноидной деятельностью, физическими упражнениями, ипохондрией и различными видами мастурбации и т.д. [14].

Клиническая виньетка

Пациенту А. на момент обращения был 51 год, инженер по образованию, женат, имеет взрослую дочь. Жаловался на чувство эмоциональной пустоты, отстраненности, одиночества, отверженности, жалости к себе и неспособности противостоять импульсу играть в азартные игры. Результаты скринингового исследования показали высокие показатели депрессии, тревоги и алекситимии. Пациент А. ни слова не говорил о своих родителях и всячески пресекал интерес психолога относительно его родительской семьи. Он полагал, что это не имеет никакого отношения к нему и к его нынешним сложностям. У специалиста складывалось впечатление, что у пациента вообще не было родителей и что он породил себя сам.

Пациент А. — в прошлом успешный бизнесмен. Однако для него по жизни были характерны феномены «крушения в результате (в момент) успеха». Будучи амбициозным и уверенным в себе, он ставил перед собой масштабные цели, с огромным трудом их достигал, но по разным причинам не мог воспользоваться плодами своего успеха. Азартная игра для него стала еще одним легким способом «аннулировать» достигнутое. Он играл в игровые автоматы больше 8 лет, что, в конце концов, привело к окончательному краху его бизнеса. Ему даже пришлось продать одну из имевшихся у него квартир. Тем не менее, пациент продолжал играть, несмотря на проблемы, проигрыши, нарушение отношений в семье, потерю веры в его обещания. Собираясь пойти поиграть, сообщал другим людям, знающим о том, что он игрок: «Пойду-ка я поговорю со своим Железным Другом». Пациент А. называл игровой автомат «Другом», который надежен и верен и никогда его не предаст (в отличие от людей).

Его любовная жизнь была, в целом, неудачна и несчастна. Живя дома с семьей в городской трехкомнатной квартире, он не спал со своей женой. Пациент, имея свою отдельную комнату, с весны до осени предпочитал жить на балконе. На протяжении многих лет он открыто встречался с любовницей (которая по годам была близка к возрасту его дочери), периодически давая ей обещания развестись с женой и жениться на ней. Однако всякий раз он чувствовал, что не может совершить этот поступок, так как в глазах своей жены (и дочери) он будет «плохо выглядеть». Пациент А. очень хотел, чтобы им восхищались и чтобы он был «безупречным» и «хорошим для всех». Он не мог сделать выбор — то уходил, то возвращался. Возвращаясь к своей жене, он всякий раз давал обещание «окончательно расстаться» с любовницей и «вернуться в семью», чего, однако, не делал. Время шло, отношения портились и зачастую после

неприятного разговора или встречи со своей любовницей он с целью «забыться» шел в игровой клуб.

Однажды он даже пытался покончить с собой, закрывшись в гараже и оставив включенным двигатель своего автомобиля, чтобы смертельно отравиться выхлопными газами, однако в последний момент испугался и не реализовал свое намерение.

В последнее время (предшествующее обращению за специализированной помощью) пациент А. играл практически ежедневно, несмотря на долги, многочисленные кредиты и займы, давление со стороны банков, коллекторских агентств и частных кредиторов.

Впервые пациент А. обратился за помощью в Городской центр по лечению и профилактике зависимости от азартных игр при НД №12 в 2007 г., не веря, что ему смогут помочь, так как он многократно самостоятельно пытался прекратить играть, но не имел успеха. Он воспринимал факт своего обращения в реабилитационную программу «Вне Игры» и к психологу постыдным доказательством своей ущербности и неполноценности.

Однако в результате психотерапевтической работы пациент А. начинал меняться, навязчивая тяга к игре уменьшилась и, к своему большому удивлению, он перестал играть. Он не играл 2,5 мес., имея на руках наличные деньги, что для него было своеобразным рекордом, так как он сам (за последние 5—6 лет) мог воздерживаться от игры только одну — максимум две недели и то при условии отсутствия денег. Этот несомненный успех повысил его самооценку, но и парадоксальным образом «насыпал соль» на старую нарциссическую рану.

Ситуация получения помощи для него была очень болезненна (что, однако, не мешало ему на словах это отрицать), так как в его глазах получение помощи приравнивалось к уничтожению того чрезвычайно оторванного от реальности идеализированного образа себя. Получалось так, что в его восприятии психолог оказывался более успешным, чем он сам, а для пациента А. осознание этой мысли было просто невыносимо, в том числе из-за активизации чувства зависти. Это осознание заставило бы его признать зависимость от лечения, реабилитационной программы, от психолога и его помощи. Кроме того, это признание означало бы отсутствие у него абсолютного всемогущества, совершенства и автономии. Тот факт, что благодаря концентрации «силы воли» и зарок «взять себя в руки» ему не удалось избавиться от игромании, побудил обратиться за помощью. Это нанесло чувствительный удар по его самолюбию (нарциссизму). Нарциссические пациенты не способны к благодарности. Они отчаянно мечутся между злостью и завистью. Проецируя свою зависть и злость на других, пациент А. начал считать,

что другие люди завидуют ему или гnevаются на него. У него активизировались механизмы проективной идентификации, ему стало казаться, что, оказывая ему помощь, психолог стыдит и упрекает его за несовершенство.

Пациент А. стал готов пожертвовать собой и своим собственным выздоровлением, лишь бы восстановить хрупкий нарциссический баланс. Он начал высокомерно утверждать, что больше играть не будет, так как «принял окончательное решение и теперь самостоятельно будет воздерживаться от игры до конца своей жизни», он впал в очень опасную, но типичную для игроков иллюзию — принял решение «начать жить заново, с чистого листа», вести себя «как новый человек», «как будто никакой игры и не было». То есть он начал активно изгонять из своего сознания любые мысли о прошлом и обо всем, что с игрой связано (об игре напоминает), подверг анафеме и решил забыть свою «игровую жизнь», пытаясь вычеркнуть из своего опыта и памяти 8 лет жизни, проведенных в игре.

Мелани Кляйн в работе «О чувстве одиночества» (1963 г.) писала: «Строгое Супер-Эго никогда не может восприниматься как прощающее разрушительные импульсы; действительно, оно *требует, чтобы их не было...* Чем строже Супер-Эго, тем больше одиночество, так как его жесткие требования увеличивают депрессивные и параноидные тревоги» (цитата [14]). Вместо того, чтобы осмыслить, проанализировать свои ошибки, простить себя и интегрировать свое прошлое в свой опыт, пациент А. решил разом и всемогущим образом полностью от него избавиться. За неделю до окончания курса реабилитации он в одностороннем порядке («чтобы доказать себе и другим») прекратил посещать реабилитационную программу, а еще через неделю — когда «репрессированные» мысли об игре неожиданно вернулись — как ни в чем не бывало, пошел играть.

Иногда, после очередного игрового срыва, когда он проигрывал не только свою заработную плату, но и деньги клиентов, работодателя и/или взятые им займы суммы, чтобы «погасить» долг перед банком, у него возникало необычное состояние. Пациент А. чувствовал себя очень маленьким и видел себя как бы со стороны в огромном и загадочном мире. У него возникало ощущение, что все это происходит не с ним, а с кем-то другим и что он спит и видит сон. Если была ночь, то на протяжении 2—3 ч он бессмысленно кружил по городу и курил одну сигарету за другой. Он чувствовал себя «живым мертвецом», которому все равно, что будет с ним дальше. Обычно после подобного эпизода пациент А. не выходил на работу, выключал телефон и укрывался (прятался) в гараже или в квартире у своего знакомого, каждый вечер выпивая по 500 мл водки.

Пациент А. утверждал, что иногда испытывает невообразимую тоску по тому состоянию «живого мертве-

ца», в котором он пребывал после очередного крупного проигрыша. Эпизоды самой сильной тяги к игре (и следующие за ними игровые срывы) у него возникали не после того, как он вспоминал о выигрышах, бонусах, розыгрышах или хорошей игре, а именно после воспоминаний о пустоте и дереализации, после игрового фиаско. Именно то состояние крайнего опустошения, возникающее после проигрыша, и являлось для пациента А. глубоко желательным и притягательным.

Когда потери в результате игры перевесили, с его слов, «унижение от признания своей неправоты», он через полгода обратился за помощью повторно. На этот раз пациент А. завершил реабилитационную программу. Он воздерживался от игры в течение 6 мес., частично раздал и реструктурировал свои многочисленные долги, однако после очередного выяснения отношений с любовницей сорвался и продолжил играть. Несмотря на это, в его игровой зависимости произошли изменения — он играл реже, чем раньше, и проигрывал значительно меньшие суммы.

Еще через год пациент А. обратился за помощью в третий раз. На этот момент он уже расстался со своей любовницей. В процессе реабилитации он неоднократно демонстрировал признаки негативной терапевтической реакции. З. Фрейд в работе «Я и Оно» (1923 г.) писал: «Каждое частичное разрешение проблемы, которое должно было бы иметь результатом улучшение или временное выпадение симптомов, у них вызывает немедленное усиление их страдания: их состояние во время лечения ухудшается вместо того, чтобы улучшаться. Они проявляют так называемую негативную терапевтическую реакцию. Нет сомнения, что что-то в них противится выздоровлению» [10].

Пациент А. после продуктивного завершения психотерапевтической сессии, когда у него возникала надежда на изменение и улучшение его жизненной ситуации, впадал в кризис и зачастую совершал опасные и даже потенциально смертельные отреагирования. Например, он спровоцировал попадание в ДТП: на своей машине, грубо нарушив правила, столкнулся с трамваем. Когда проблемы пациента А. начинали решаться или уходили на задний план, то он вместо облегчения и радости впадал в тоску и апатию. Пациент А. привык к тому, что его жизнь напоминает бесконечную чрезвычайную ситуацию. Он воспринимал проигрыши, потери и преследование со стороны кредиторов как некое благо, как стимул для дальнейшего развития и заработка. Пациент А. утверждал, что именно после проигрыша он начинал лучше функционировать в своей профессиональной и деловой жизни. В голове у него наступало своеобразное «просветление» и складывались самые невероятные проекты по добыче денег и новые финансовые схемы.

У пациента А. была как будто нарушена бинарная оппозиция между наслаждением и страданием. Перестав мучиться и чувствовать преследование со стороны кредиторов, он начинал ощущать себя дезориентированным и потерянным, так, как будто утратил что-то важное, то, ради чего и зачем он жил. Тут-то и выяснялось, насколько важно для пациента А. находиться в контакте с плохим внутренним объектом (со своим преследованием, беспокойством, стыдом, виной, жалостью к себе, ощущением покинутости и т.д.). Андре Грин (1975 г.) писал: «По моему опыту рецидивы, всплески агрессии и периодические коллапсы после прогресса указывают на потребность любой ценой сохранить отношения с плохим внутренним объектом. Когда плохой объект теряет свою силу, единственным выходом будет, как кажется, попытка снова его вызвать, воскресить в виде другого плохого объекта: они похожи с первым как братья, и пациент может идентифицироваться с этим вторым объектом. Дело здесь не столько в неустранимости плохого объекта или в желании быть уверенным, что ты его таким образом контролируешь, сколько в страхе, что исчезновение плохого объекта заставит пациента столкнуться с ужасами пустоты, при том что не будет никакой возможности когда-либо заместить его хорошим объектом, даже если этот последний и окажется в пределах досягаемости. Объект плох, но он хорош тем, что существует, даже если он и не существует в качестве хорошего объекта. Цикл уничтожения и повторного возникновения напоминает многоглавую гидру...» [2].

Пациент А., в третий раз пройдя реабилитацию, медленно вступил в отношения с молодой женщиной-игроком, с которой он познакомился на психотерапевтической группе. Его отношения с ней развивались по типичной для него схеме: идеализация вначале, разочарование в финале. Пациент А. по-прежнему метался между женой и новой любовницей, пытаясь быть хорошим для обеих. Когда эти отношения стали заходить в тупик, он начал манипулировать: раз ты такая, я пойду играть. Оставаясь один, он *оставался наедине с ужасом* и пытался нейтрализовать это чувство, сбегая в мир игры, избегая этих переживаний, связанных с сепарацией — мечтая об идеальных взаимоотношениях.

Несколько раз пациент А. пытался вернуться в терапию, однако — *на своих условиях*, и, сталкиваясь с требованиями психолога относительно сеттинга, он немедленно исчезал.

Таким образом, в результате проведенного психотерапевтического лечения пациент А. продемонстрировал клиническое улучшение, выразившееся в уменьшении тяжести депрессии и тревоги. Было достигнуто уменьшение тяжести симптомов зависимости, увеличение дней, проведенных вне игры, и значительное сокращение времени и денежных сумм, затраченных на азартные игры.

Однако пациент А. не смог выйти за пределы своего нарциссизма и не пришел к осознанию своих внутриспсихических конфликтов — амбивалентности влечений любви и ненависти.

Список литературы

1. Джозеф Бетти. Различные типы тревоги и обращение с ними в аналитической ситуации // Психоаналитическая хрестоматия. Классические труды / Под ред. Ромашкевич М.В. — М., 2005. — С. 101—111.
2. Грин Андре. Истерия и пограничные состояния. Хиазм — новые перспективы // Уроки французского психоанализа: Десять лет франко-русских клинических колоквиумов по психоанализу / Пер. с франц. — М.: Когнито-Центр, 2007. — 560 с.
3. Грин А. Аналитик, символизация и отсутствие в аналитическом сеттинге (об изменениях в аналитической практике и аналитическом опыте) — Памяти Д.В. Винникотта // Int. J. Psycho-Anal. — 1975. — Vol. 56. — P. 1—22.
4. Иска Зальцбергер-Виттенберг. Психоаналитический инсайт и человеческие отношения. Кляйнианский подход / Пер. с англ. — М.: Класс, 2006. — 192 с.
5. Карвет Д. Бессознательная потребность в наказании: проявление или избегание чувства вины? // Психоаналитический вестник. — 2006. — №15.
6. Караваева Т.А., Колотилищикова Е.А., Мизинова Е.Б. Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен. Часть II. Изменение психологических характеристик у больных с невротическими расстройствами в последние три десятилетия // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. — 2010. — №3. — С. 62—64.
7. Кляйн М. Зависть и благодарность: Исследование бессознательных источников. — СПб.: Б.С.К., 1998.
8. Фрейд З. Торможение, симптом и тревога // Психоаналитическая хрестоматия. Классические труды / Под ред. Ромашкевич М.В. — М.: 2005. — С. 15—79.
9. Фрейд З. Тотем и табу. — М.: Азбука-Классика. 2008. — 256 с.
10. Фрейд З. Я и Оно. — М.: Азбука-Классика. 2008. — 288 с.
11. Хиншелвуд Р. Словарь кляйнианского психоанализа / Пер. с англ. — М.: Когнито-Центр, 2007. — 566 с.
12. Хоруженко К.М. Культурология. Энциклопедический словарь. — Ростов н/Д.: Феникс, 1997. — 640 с.
13. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. — М., Практика, 1997. — 1056 с.
14. Brenman E. Separation: A Clinical Problem // Int. J. Psycho-Anal. — 1982. — Vol. 63. — P. 303—310.
15. Carroll J. Guilt: The Grey Eminence Behind Character, History and Culture. — London: Routledge & Kegan Paul, 1985.

THE PROBLEM OF ANXIETY, ADDICTION AND “NEW” SYMPTOMS IN PATIENTS WITH ADVANCED POSITION OF PSYCHOANALYSIS

AVTONOMOV D.A.

Narcological dispensary №12 UZ UZAO Moscow;

tel.: (499)126-25-01, fax: (499)126-10-64. E-mail: nan@nan.ru