

Нарциссизм и депрессия — главные болезни века коммуникации

Александр Сосланд •

Мы упорно продолжаем считать людей, которые кажутся нам непривлекательными и чем-то отличаются от нас, «ненормальными», а людей, которые нас пугают и восхищают — «безумными». При этом главным недугом нашего времени, которое называют эпохой безграничной коммуникации, оказывается депрессия, возникающая как результат недостаточности живого человеческого общения. Но, судя по стремительному росту нарциссических расстройств, многие из нас даже в своей депрессии кажутся самим себе симпатичными в этом странном двадцать первом веке.



«Культиватор»: Александр Иосифович, кого мы сейчас называем «ненормальным» и почему?

А.С.: Мы никого не называем ненормальным. Такого диагноза нет. Точно так же, как нет диагноза «нормальный». Ставить диагноз, допустим, по таким признакам, как экстравагантное поведение или вызывающая манера одеваться, как это порой бывает — это очень наивно и непрофессионально. Ведь так называемая норма неотделима от исторического контекста, и, кроме того, определяется не раз и навсегда, а лишь в конкретных ситуациях, и ее определение невозможно вне существующих диагностических практик. Именно в них решается, в каких случаях для определения возможного отклонения от нормы востребован психолог, в каких — психиатр, и будет ли это определение происходить в форме, например, психиатрической диагностики, или судебного освидетельствования, или какой-либо еще. Во всех других случаях представить себе серьезный разговор о психической норме было бы очень сложно.

Я резко против разговоров о «ненормальности», определяемой исключительно по внешним признакам. Любой, пусть крайне вызывающе ведущий себя человек, должен считаться нормальным до тех пор, пока профессиональная экспертиза не констатирует наличия у него душевной болезни. Я глубоко убежден в том, что большая часть молодых людей из сообществ с бросающимися в глаза внешними атрибутами не имеет серьезной психической патологии. Считать каких-нибудь «эмо», хипстеров или еще кого-нибудь душевнобольными только на основании этих

атрибутов, которыми они себя «украшают» или временно напяливают на себя, было бы нелепо. Но к сожалению, в бытовой, дилетантской диагностике мы это видим очень часто.

К.: Некоторые психологи говорят о том, что понятие нормы сейчас не имеет содержательных характеристик и определяется лишь через отсутствие ненормальности.

А.С.: Да, я согласен с коллегами — чаще всего норма определяется, конечно, только апофатически. Но первое условие нормы для специалиста — это, конечно, отсутствие запроса. Мы без запроса не работаем. До того момента, когда сам человек или те, кому он сделал плохо, к нам не обратились, мы не имеем никакого морального права говорить о норме и ненормальности. Для определения нормы нужна конкретная процедура, в рамках определенного «договора», т.е. мы договариваемся, что освидетельствуем так или иначе этого человека, и только соблюдение правил этой процедуры делает заключение легитимным.

Более того, сам по себе диагноз душевной болезни (в том числе и тяжелой душевной болезни) не предполагает ненормальности. В отдельных случаях диагноз, например, шизофрения — в старом понимании, сейчас это понимание очень интенсивно меняется, — может нам позволить считать человека относительно нормальным. У него могут быть какие-то симптомы, но при этом вне манифестации этих симптомов — и даже в тех случаях, когда эти симптомы редуцируются под влиянием терапии, — он может быть во вполне адекватном состоянии. Есть много лю-

дей с подобными серьезными психиатрическими диагнозами, которые живут среди нас, но получают или не получают психотропные, — и они вполне адекватны. Зачатую никому не придет в голову что они больны. И даже опытные психиатры, обследуя некоторых из них, не смогут сказать, что они больные.

К.: Почему же они тогда считаются больными?

А.С.: Да потому что они серьезно болели в прошлом, и есть высокий риск, что если они перестанут принимать таблетки, то болезнь опять проявит себя в том виде, который, к сожалению, нельзя будет игнорировать.

К.: Но как это сложное профессиональное представление коррелирует с обыденным представлением о «ненормальности»?

А.С.: В быту зачастую о человеке говорят, что он «ненормальный», если он экспансивно себя ведет, кричит, агрессивно ссорится с кем-то и т.д. Но с психиатрической точки зрения это чаще всего вполне здоровые люди. И наоборот, замкнутый в себе человек, да еще и с какими-то другими симптомами (а аутизм — одно из важных расстройств при шизофрении), — он-то как раз, с психиатрической точки зрения, скорее всего и окажется «ненормальным». Постоянно сталкиваешься с внешне отличие «тихого» душевнобольного от «шумного» здорового. Точно так же человек, отличающийся какими-то яркими внешними признаками, с заурядной, обывательской точки зрения скорее будет рассматриваться как ненормальный, в то время как огромное большинство душевнобольных одеваются вполне

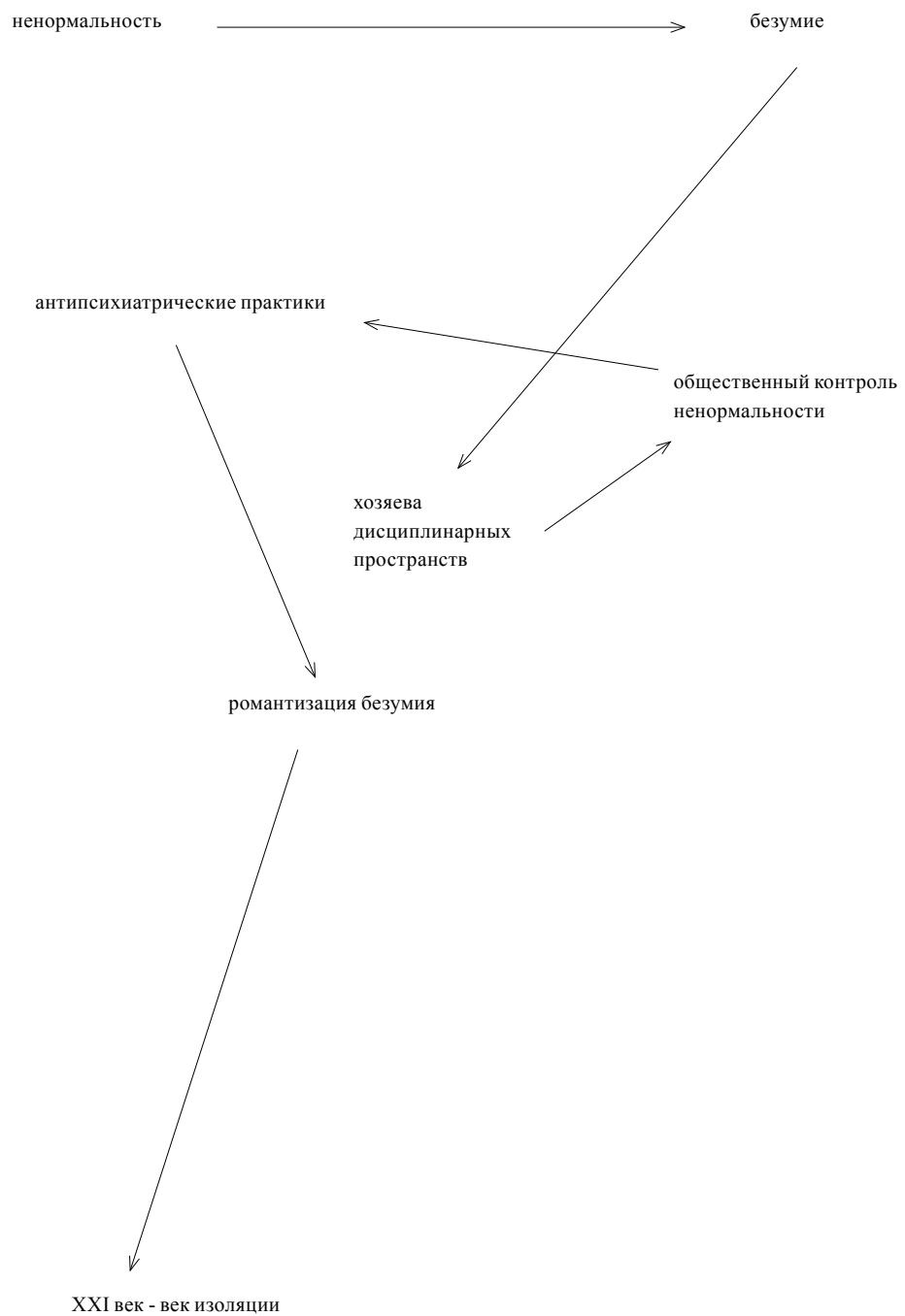
скромно и ничем особым не выделяются среди всех остальных. То есть здесь мы имеем абсолютно разные представления об этом феномене. Профессиональная точка зрения совершенно не совпадает с обывательской.

Для дилетанта «ненормальный» — это тот человек, который мешает им жить. Для специалистов «ненормальный» — это чаще всего тот, кто мешает жить самому себе. И совпадение этих двух факторов — наличия душевной болезни и неудобства в коммуникации, в совместном проживании, в общении — далеко не стопроцентно.

К.: Представления о ненормальности и безумии как-то пересекаются между собой?

А.С.: Я думаю, что серьезное «безумие» — это и есть ненормальность в самом чистом и ясном виде. «Безумие» — это душевная болезнь с полной потерей вменяемости. То есть безумный — это не просто душевнобольной, это в первую очередь невменяемый, что и фиксируется в практике судебно-психиатрической экспертизы или просто при диагностике глубины душевного расстройства.

Есть разные уровни душевных расстройств. Когда я только пришел молодым человеком в психиатрическую клинику, я отметил для себя, что при одной и той же душевной болезни могут быть разные степени поражения. Возьмем ту же шизофрению: по степени поражения организма она бывает, грубо говоря, на уровне рака, т.е. это тяжелый психотический процесс, полностью разрушающий личность; бывает шизофрения, которую можно уподобить пневмонии, — тяжелый, но



Александр Сосланд



в общем-то сносный, не катастрофический процесс; бывает шизофрения — бронхит, относительно нетяжелое состояние, позволяющее человеку как-то жить и работать; и есть много случаев шизофрении на уровне насморка, — легких переходящих форм, с которыми люди живут годами, и окружающие даже не подозревают, что у них что-то в этом роде. Многие из них к психиатру вообще не попадают.

Конечно, «ненормальность» и клинический диагноз — это абсолютно разные вещи. В том числе, если иметь в виду, что при шизофрении бывают случаи спонтанного излечения. Кроме того при шизофрении, в терапевтическом лечении которой в последнее время достигнут серьезный прогресс, особенно благодаря использованию нейролептиков последних поколений, препараты помогают многим людям годами жить включенными в нормальную жизнь, в общество, в профессию и т.д.

Итак, если говорить о пересечении ненормальности и безумия, то главная тема здесь — насколько безумие разрушает «я». Отношение личности, ее здоровой части и ее больной части, насколько болезнь «съедает» здоровую часть личности — вот ключевой контекст этого разговора. И благодаря этой здоровой части мы видим людей с высоким уровнем, как сейчас принято говорить, качества жизни, а то и сверходаренных. И этому тоже есть огромное количество примеров.

К.: Можно ли говорить о том, что представление о норме, и в частности профессиональное представление о норме, является следствием какого-то общественного или социального запроса?

А.С.: Конечно. Я бы сказал, что чем более благополучно общество, тем легче в нем адаптироваться больному. То есть, когда ему не приходится существовать в жестких рамках борьбы за выживание, постоянной необходимости активных усилий по добыванию куска пищи, обеспечению себя и своих близких, ему намного легче адаптироваться, легче найти какую-нибудь работу по силам, и в то же время легче обеспечить ему необходимую социальную помощь. И мы видим, что в странах с высоким уровнем достатка обхождение с душевнобольными строится совершенно иначе в вопросах их изоляции и исключения из общества. Там все больше практикуется инклюзия в самых разных формах и все меньше практик тотальной изоляции таких людей. Создаются многие промежуточные формы между практиками изоляции и практиками освобождения — дневные стационары, например, или комплексы социальных квартир в разных городах, где они могут жить под наблюдением социальных работников. Чем больше у нас возможность оплачивать социальных работников, тем меньше потребности в изоляции больных. Так что уровень либерального отношения к душевнобольным прямо пропорционален уровню благополучия в обществе.

К.: В одном из ваших интервью вы сказали, что культура является внешней структурой по отношению к психике. По сути, она всегда оказывается насильем над психикой и провоцирует какие-то отклонения от так называемой «нормы». Что бы вы с этой точки зрения сказали о сегодняшней культурной ситуации?

А.С.: Сегодняшняя культурная ситуация характеризуется ослаблением этого давления на психику, ослаблением давления на личность, снижением уровня репрессивности. Сегодня существуют многочисленные практики включения в общество как душевнобольных, так и других людей с ограниченными возможностями, и поддержки их через разные социальные институты.

Борьба за права душевнобольных стала такой же важной частью борьбы за права человека, как и все остальные правозащитные практики. Это тоже очень важный момент — известно, что все практики изоляции почти неизбежно сопряжены с нарушением прав человека, как в тюрьме, например. Поскольку психиатры — хозяева дисциплинарных пространств, они тоже испокон веков обнаруживали очень высокую склонность к деятельности, нарушающей права человека. И теперь с этим во всем мире, и даже в России, ведется все более серьезная борьба. Эти вопросы включаются в сферу жесткого общественного контроля. Опять-таки, это относится к состоятельным обществам, в которых имеются условия для широкой социальной поддержки душевнобольных. Разумеется, это не надо путать с известными антипсихиатрическими практиками.

К.: Не могли бы вы немного подробнее рассказать об антипсихиатрическом движении?

А.С.: На волне леворадикального движения 60–70-х годов как отдельная практика оформилось антипсихиатрическое движение, участники которого отрицали саму реальность существования душевных болезней и требовали

освобождения всех больных из психиатрических клиник. Душевные болезни были объявлены следствием капиталистической эксплуатации и капиталистического общественного устройства. В целом ряде европейских городов, в Италии, Германии происходил захват психиатрических клиник, и в результате больных там просто распускали по домам. К сожалению, многие из них не смогли приспособиться к существованию вне стен клиник. Вскоре стало понятно, что душевные болезни — это не какой-то надуманный повод для изоляции эксплуатируемых в капиталистическом обществе, а, к сожалению, печальная реальность. Тем не менее антипсихиатрическое движение сыграло важную положительную роль в деле ослабления режима изоляции в психиатрических клиниках, в том что касается снижения уровня репрессии по отношению к душевнобольным. Но в том, что касается клинических представлений и практик помощи больным антипсихиатрия безусловно неприемлема.

К.: Само возникновение антипсихиатрического движения свидетельствует о наличии какой-то динамики в представлениях непрофессионалов о том, что такое ненормальность. А помимо этих левацких интерпретаций можем ли мы говорить о том, что наши представления о ненормальности и безумии как-то меняются со временем?

А.С.: Я думаю, что идеология антипсихиатрического движения была продолжением старых «романтических» представлений о безумии. С очень давних пор безумие разными способами встраивалось в возвышенный контекст. Вспомним, к примеру,

о таком социальном институте как юродство. С психиатрической точки зрения юродивый — это человек с очевидными признаками душевной болезни. Содержание его расстройств всегда, так или иначе, было связано с религиозным контекстом. И в допетровской России это определяло особый социальный статус юродивого. Ему позволялось очень многое из того, что возбранялось обычным гражданам. В частности, он мог вести себя в публичных местах крайне непристойно. Юродивый — это человек, который уходил за грань обыденного существования, в особое пространство, где возможность его непосредственного общения с божественными сущностями представлялась окружающим очевидной.

Другой контекст романтизации душевной болезни — это тема «гениальности и помешательства». Признаки особой одаренности у многих душевнобольных, равно как и признаки душевной патологии у многих крупных деятелей культуры и искусства, придали этой теме некий особый возвышенный оттенок. Тут, конечно, оставляется без внимания то соображение, что огромное большинство душевнобольных не выказывают никаких признаков творческой одаренности.

К.: А наоборот?

А.С.: С другой стороны, множество одаренных людей не демонстрируют нам никаких признаков душевной болезни. Антипсихиатрическое движение тоже связывает душевную болезнь с такими личностными качествами, как креативность, независимость, свобода воображения, имеющими относительно

высокую социальную ценность. Душевнобольной с этой точки зрения — это бунтарь, тот, кто действует вне правил, ломает рамки буржуазного режима. Тем самым происходит своеобразная героизация культурного статуса душевнобольного.

В XX веке многие деятели культуры намеренно придавали и своим творениям, и своему имиджу отдельные психопатологические признаки. Один из самых ярких примеров — Сальвадор Дали. Все это относится к стратегии придания душевной болезни особого, чрезвычайно привлекательного статуса. Во многом благодаря успешности этой стратегии в культурных кругах и возникают такие противоречия в оценке нормы.

К.: Почему возникает такой большой спрос на романтизацию безумия? Кому это выгодно, кто от этого выигрывает?

А.С.: Один из главных героев европейской культуры — это творец художественных ценностей. Поэт, писатель, художник, композитор и т.д. При этом самой высокой ценностью обладают те творения искусства, которые несут в себе определенного рода новизну. Быть крупным художником и поэтом — в первую очередь означает создавать какие-то новые формы. Душевная болезнь — по сюжету этого культурного мифа — есть нечто такое, что позволяет видеть вещи и обстоятельства с особой точки зрения, «в новом свете», что недоступно закосневшему в своей заурядной нормальности обывателю, но может быть открыто посредством особой оптики больного человека.

Но основное условие новизны — это выход за ограниченный контекст суще-

ствующих на сегодняшний день правил и способов производства культурных ценностей. И это всегда связано с противопоставлением себя обществу, с тем или иным вариантом изгойства, т.е. с тем, что неизбежно присутствует в образе душевнобольного. Художник, творящий некие новые ценности, так же как и душевнобольной, противопоставляет себя заурядным нормам.

Еще один аспект романтизации безумия связан с тем, что душевная болезнь в своих сильных вариантах выглядит как особого рода транс. И это роднит ее с тем необычным состоянием, в котором художник, по мнению обывателей, творит свои произведения — «творческим экстазом», «вдохновением» и т.п.

Так что, особый вкус к новому, выход за пределы общественной нормы и впадение в некий, условно говоря, транс — это то общее, что есть и у художника, и у душевнобольного, и у юродивого.

К.: В своей практике вы, наверно, часто сталкиваетесь с необходимостью подвести человека к пониманию того, что он нарушает какие-то культурные границы, отходит от них...

А.С.: Во многих случаях нам приходится этот отход от культурных границ даже поддерживать. Очень дурной будет тенденция встраивать человека в те режимы, которые он отвергает, пытаться подчинить его тем правилам, которые он не приемлет. Мы должны в любом случае стремиться к тому, чтобы человек с патологией — или без нее — был бы, как бы банально это не звучало, самим собой. Дело обстоит так, что в большинстве случаев все трудности

начинаются с того, что происходит отход именно от этой «самособойности».

Разумеется, при этом мы так или иначе пытаемся снять грубые симптомы болезни. Они чаще всего, конечно, очень сильно мешают жить. Но при этом мы всегда отслеживаем опасность ослабления каких-то творческих способностей, особенно в тех случаях, когда имеем дело с клиентами соответствующего рода занятий. Это всегда очень тонкий баланс.

В нашей культуре большое влияние имеет образ дурного психиатра, который стремится встроить индивида в режим заурядных, обычных правил. Именно об этом рассказывается в знаменитом романе Кена Кизи и еще более знаменитом фильме Милоша Формана «Пролетая над гнездом кукушки», который снят по этому роману. Это деятельность психиатра по так называемой «нормализации» человека. Такие сюжеты, конечно, подкармливают антипсихиатрическую идеологию.

Мы должны быть теми, кто исцеляет, т.е. восстанавливает целое, а не теми, кто «нормализует».

К.: Вы сказали, что мы должны помочь человеку стать самим собой. Но зачастую душевные недуги создают как бы отдельную реальность, которая становится частью личности. То есть душевная болезнь интегрируется в саму личностную структуру. И как тогда психолог или психиатр разграничивают, вводят для больного какие-то различия в его уже сформировавшемся представлении о самом себе?

А.С.: Видите ли, это тонкая ювелирная работа. Мы должны сформировать его критику по отношению к себе само-

му в таком духе, чтобы он критически относился к тем элементам патологии, которые мешают ему себя реализовать. И положительное отношение к тому, что ему себя реализовать помогает. Но тут нет никаких правил, в каждом отдельном случае это решается исходя из конкретной ситуации. Просто эти вещи надо никогда не упускать из вида.

К.: Насколько я понимаю, наличие или отсутствие критичности по отношению к самому себе является чуть ли не главным маркером ненормальности или безумия.

А.С.: Да, отсутствие критики к своим расстройствам и своему состоянию — это главный маркер. Здесь надо работать, конечно, очень-очень твердо и формировать эту критику. Но так, чтобы это не задевало каких-то других свойств личности, ее здоровых частей. Надо понимать, что каждый больной болен, условно говоря, только наполовину (кроме, конечно, очень тяжелых крайних случаев патологии).

К.: А может ли так быть, что эта конечная точка исцеления, когда человек становится самим собой, угадана, понята или сформирована неправильно по отношению к данной личности?

А.С.: Ни в коем случае, мы сами ничего не сочиняем, и уж тем более ничего не навязываем. Мы исходим только из того, что нам говорит наш клиент. Никаких привнесенных извне готовых критериев.

К.: Получается замкнутый круг, поскольку у него отсутствует механизм критичности к самому себе.

А.С.: Нет, здесь не возникает никакого замкнутого круга. Из того, что он нам выдает, мы отделяем какие-то вещи, которые мы потом с ним вместе оцениваем как патологические и как стоящие препятствием на пути его самореализации. В любом из нас есть внутренние критерии собственного, индивидуального здоровья. Наш клиент сам для себя лучший диагност и терапевт. Мы его просто консультируем.

К.: Но ведь он может сам себя обманывать в том, что для него значит быть самим собой. Как определяется истинность того, что значит в конкретном случае «быть самим собой»?

А.С.: Дело в том, что мы в нашей работе ориентируемся в первую очередь на «попустительские» практики. Мы даем состояться тому, что в этом человеке уже есть. В этой работе очень важен постоянное проговаривание — что мы вместе считаем для него дурным и вредным, и соответственно, что мы вместе считаем для него полезным, неотъемлемым и т.д. Навязать ему свою точку зрения, отличную от его собственной, мы никак не можем. Это и вредно, и бессмысленно. В конце концов, человек в последней своей сути всегда остается «самим собой». Мы верим нашим клиентам и считаем, что в них самих есть то, что и является основным лекарством.

К.: У меня к вам есть еще один вопрос. Девятнадцатый век, к примеру, считается «веком истерии». Можно ли выделить главный душевный недуг нашего времени?

А.С.: Не думаю, что есть какой-то особо универсальный диагноз, но на-

чало XXI века продолжает конец XX-го. Все более заметными становятся нарциссические расстройства. Люди в своей изоляции все больше сосредотачиваются на любви к себе. Ну и, конечно, эмоциональные расстройства, то, что мы по большей части называем депрессией.

К.: Как же возможно в век коммуникации говорить про изоляцию?

А.С.: Тем не менее люди коммуницируют не так, как раньше, когда в коммуникацию инвестировалась вся личность. Все большая часть коммуникации, особенно через интернет и социальные сети, носит суррогатный, и зачастую анонимный характер. Аффективный режим такой коммуникации можно расценить только как дефицитарный. Адекватная коммуникация — это когда ты встроен в нее через взгляд, через телесность, через личную ответственность. Все это и есть полноценная инвестиция в общение, к которой мы привыкли за много тысячелетий.

Нынешняя коммуникация порой совсем иная. И здесь одна из главных проблем, с которыми к нам обращаются. Наши клиенты — зачастую очень компетентные в интернет-общении люди. Они сидят в социальных сетях, играют в интернет-игры. Они нам пересылают по смс или на электронную почту свою переписку с другими людьми. То есть у них такой коммуникации хоть отбавляй. Но она, как все больше выясняется, не избавляет от одиночества. Она в каких-то смыслах «бедная». Она явно неполноценна.

Нарциссические расстройства, заключающиеся в ощущении недопонимости, недооценки, сопровождающиеся очень часто фантазиями величия и признания, — они, конечно, распространяются все больше. Это, если угодно, и есть одна из основных болезней века. Она сопровождается, конечно, и все более нарастающими эмоциональными расстройствами. Поэтому депрессия — это тоже болезнь нашего века.