

НЕОДНОЗНАЧНАЯ ТРАКТОВКА РЕВНОСТИ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ

В. Ф. Простомолотов

доктор медицинских наук

профессор кафедры клинической психологии
ФПСР ОНУ имени И. И. Мечникова,

А. И. Простомолотова

аспирантка кафедры клинической психологии
ФПСР ОНУ имени И. И. Мечникова

В психологической литературе, вопреки однозначной трактовке слова «ревность» в толковых словарях практически всех европейских языков как болезненного чувства, поднимается вопрос о необходимости различать ревность нормальную и аномальную/патологическую. Условность первого определения ревности будет объяснена ниже, как и неоднозначность второго. Под так называемой нормальной ревностью чаще понимают краткосрочную или долгосрочную реакцию человека в ответ на реальную угрозу (лично им увиденную, услышанную, прочитанную) его любовным взаимоотношениям с близким человеком со стороны другого человека, в то время как аномальная/патологическая ревность порождается иллюзорным восприятием или воображением такой угрозы. В нормальной ревности определяющими ее факторами являются внешние обстоятельства, поэтому ее еще называют реактивной ревностью. В аномальной или патологической ревности определяющими обстоятельствами являются внутренние факторы: патология или выраженная акцентуация характера, та или иная психическая болезнь, лежащие в основе когнитивных нарушений, особенно зафиксированных, сверхценных и бредовых идей. Поскольку больных с бредовыми идеями (бредом) наблюдают, изучают и

лечат психиатры в ПНД и ПБ, мы не рассматриваем прицельно эту категорию больных.

Некоторые авторы различают три компонента ревности – эмоциональный, когнитивный и поведенческий [6, 8]. Условность выделения этих трех компонентов очевидна, т.к. в реальной жизни они выступают обычно интегративно (понятно, что при любом варианте провоцирования ревности, эмоции будут всегда, тем более, что ревность – это чувство), поэтому целесообразно говорить лишь о преобладании одного из этих компонентов. Риделл и Брингл выделяют два типа ревности: реактивную и подозрительную/мнимую [7]. Поскольку в этой краткой классификации всего из двух составляющих, при этом выделяемые типы оцениваются разными, не сопоставимыми единицами измерений (как например, «кг» сравнивать с «см»), то, по нашему мнению, второй тип логичнее назвать зафиксированной или сверхценной ревностью. В этом случае в патогенезе зафиксированной или сверхценной ревности решающую роль играют так же, как считают Риделл и Брингл [7], внутренние факторы, но среди них основными, на наш взгляд, являются особенности характера, мышления, воспитания, установки, часто сочетано. По мнению Риделла и Брингла, реактивная разновидность ревности представлена эмоциональным компонентом, а подозрительная (зафиксированная, сверхценная) – ее когнитивным и поведенческим элементами [7]. Реактивная ревность порождается внешними факторами (ситуацией адюльтера, угрозой взаимозависимости и снижением доверия) и напрямую связана с уровнем и качеством взаимоотношений между партнерами. Подозрительная (зафиксированная, сверхценная) ревность порождается внутренними факторами (когнитивными нарушениями, установкой, самооценкой, личностной тревожностью) и отрицательно связана с качеством взаимоотношений между партнерами [5, 7]. Этридж также различал эти две разновидности ревности, связав подозрительную ревность лишь с когнитивным компонентом [4]. Скорее всего, каждый вид эмпирически различаемой ревности должен

характеризоваться своими эмоциональными, когнитивными и поведенческими проявлениями. Однако в норме ревность, что замечено многими авторами, не становится помехой в развитии любовных взаимоотношений, то есть не переходит в типичные для некоторых разновидностей ревности деструктивные тягостные раздумья или в слежку за партнером, т. е., если пользоваться в научной статье не описательным языком, а терминами из общей психопатологии, в сверхценные и бредовые идеи с соответствующим нарушением поведения.

В психологической литературе «под *нормальной ревностью* чаще понимают долгосрочную реакцию на реальную угрозу взаимоотношениям с близким человеком со стороны другого, конкурирующего человека, в то время как *аномальная ревность* порождается иллюзорным восприятием или воображением такой угрозы» [1].

По нашему мнению, такое деление ревности на *нормальную ревность*, которая несет реальную угрозу взаимоотношениям с близким человеком, и *аномальную/патологическую ревность*, которая сама по себе деструктивна, несет в себе с самого начала явную неопределенность и путаницу.

В самом деле, как можно определять термином «нормальная ревность», например, следующую ситуацию: муж/жена, случайно застав жену/мужа в интимных отношениях с любовницей/любовником, убивает ее/его/их выстрелом из пистолета, который по делу службы постоянно носит с собой? Это нормально в наше время в цивилизованной стране или ненормально?

Совершенно ясно, что ненормально, т.к. право на ношение оружия получает дееспособный гражданин, осознающий свою ответственность перед законом и владеющий собой в экстремальных ситуациях. А если в обсуждаемом примере ответственное за ношение оружия лицо, не владея собой, применяет его спонтанно под воздействием эмоции, то это указывает на ошибку в психологической диагностике его личности соответствующей комиссией. На назначаемой психолого-

психиатрической экспертизе, обязательной в подобных случаях убийства-самосуда, будет наверняка установлено, что этот гражданин/гражданка – личность импульсивного типа (чаще) или параноидного (реже) и находилась в состоянии физиологического аффекта, что может явиться лишь смягчающим уголовное наказание обстоятельством и только; а если на экспертизе будет установлено, что подэкспертный совершил убийство-самосуд в состоянии патологического аффекта, то он вообще освобождается от суда. Зато последует частное определение суда в адрес психолого-психиатрической комиссии, пропустившей заведомо психически неуравновешенного или нездорового человека к исполнению работы с правом ношения оружия.

Проанализируем с других сторон возможные варианты т.н. *нормальной ревности*, т.к. совершенно ясно, что в описанной выше случайной ситуации ее разрешение не будет однозначно, а зависит от весьма и весьма длинного ряда обстоятельств, в т. ч. характера и темперамента пораженного чувством реактивной ревности супруга.

Рассмотрим противоположный вариант. Нам пришлось наблюдать пациента, старшего офицера органов МВД, который несколько лет мучительно ревновал – как он считал, обоснованно – свою жену. Наконец, он решил доказать ей (и себе), что его подозрения справедливы. Уехав утром в официальную двухдневную командировку, он вечером вернулся в свой город. Дождавшись глубокой ночи, он пришел к своему дому, расположенному на берегу реки, и, убедившись, что жена в доме не одна (детей у них не было), поднялся на свой этаж (третий, последний). Просидев до рассвета на площадке у двери своей квартиры, дождался, когда открылась дверь его квартиры и его полуобнаженная жена, целуя, провожала любовника. Дождавшись этого момента, пациент из темного угла площадки заявил жене о себе, что он здесь пробыл всю ночь, что теперь она уже никак не увернется от правды, что ее измена доказана. Любовник мгновенно исчез, а истеричная жена пациента вначале остолбенела, затем стала метаться по коридору – по типу реакции «двигательной бури Кречмера» – после чего полуобнаженная бросилась вниз по

лестнице, и, выскочив во двор, побежала к реке и бросилась в нее топиться [2]. И, возможно, утопилась бы, если бы не муж, наш пациент, который, раздевшись, вытащил ее из реки и привел в дом. Затем он позвонил теще и попросил ее прийти к ним, т. к. Н. себя чувствует очень плохо. Как рассказал нам пациент, юрист по образованию, он не хотел быть обвиненным в провоцировании суицида у жены, поэтому вытащил ее из реки, привел домой и передал из рук в руки ее матери. Дождавшись тещи, он уехал продолжать командировку. Затем он сумел добиться развода и, как нам известно, успешно продолжил службу с повышением, а через полтора года женился.

По нашей оценке, пациент является акцентуированной личностью, включающей сочетание черт застревающего и интровертированного типа с гиперсоциальными установками. Степень выраженности его явной акцентуации вплотную подходит к границе шизоидного расстройства личности, а его гиперсоциальные установки застревающей личности соприкасаются с параноическим развитием у психопата. Это именно тот случай, о котором Леонгард писал: «Акцентуация – это, в сущности, те индивидуальные черты, но обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние» [3, с. 16].

Мы не склонны определять последний приводимый случай как *нормальная ревность* по понятным основаниям: подавляющее большинство наших граждан, мужчин и женщин, едва ли поймет и оправдает действия этого офицера МВД. Совершенно очевидно, что его действия в большей степени обоснованы не столько знанием законов и дисциплиной, хотя этот фактор нельзя исключать полностью, сколько в большей степени его характером и темпераментом. Он, эмоционально холодная личность, погруженная в свой внутренний мир и живущая по раз и навсегда усвоенным правилам и установкам вопреки тому, что реальная жизнь – это скорее бурно кипящий котел, чем застывшая лава.

Между двумя анализируемыми случаями, что подтверждается реалиями повседневной жизни, наблюдается множество вариантов ревности, в провоцировании которой большое значение имеют

эмоциональные, когнитивные и поведенческие факторы, представленные в различных соотношениях друг к другу, при этом особенности характера и темперамента, акцентуированные или дискордантные, воспитание, культура человека всегда оказывают влияние – негативное, позитивное – на проявление ревности.

На основании вышеизложенного – вместо подразделения ревности на «нормальную» и «аномальную» – мы предлагаем следующую классификацию, основанную на клинико-патогенетическом принципе.

1. Ревность, обоснованная внешними обстоятельствами, у гармоничных или уравновешенных личностей. Обычно проявляется в форме острой или подострой невротической реакции (неврастенической, истерической, субдепрессивной, тревожно-фобической).

2. Ревность, обоснованная внешними обстоятельствами, у акцентуированных личностей. Проявляется в форме аффективно-поведенческих реакций, включая физиологический аффект.

3. Ревность, обоснованная внешними обстоятельствами, у дискордантных (психопатических) личностей. Обычно проявляется в форме выраженных аффективно-поведенческих реакций, включая физиологический и даже патологический аффект, часто сопровождается сверхценными идеями ревности, носящими затяжной характер параноического развития.

4. Ревность, не обоснованная внешними обстоятельствами, у дискордантных/психопатических личностей, особенно осложненных хроническим алкоголизмом, или у психически больных. При расстройствах личности обычно проявляется паранойальным бредом ревности, плохо поддающимся психотерапии без подключения нейролептиков. В структуре хронических бредовых психозов бред ревности лечат психотропными препаратами при ведущей роли нейролептиков широкого спектра действия.

Первые два типа ревности подлежат психологической помощи, третий и четвертый тип ревности подлежит лечению под наблюдением психиатра.

Список використаної літератури

1. Бреслав Г. М. Ревность в любовных отношениях в среднем возрасте: спасение или разрушение? // Национальный психологический журнал. – 2016. – № 2(22). – С. 38-49.
2. Кречмер Э. Об истерии / Пер. с нем. – М., Л., 1928. – 160 с.
3. Леонгард К. Акцентуированные личности / Пер. с нем. – Киев, 1981. – 392 с.
4. Attridge M. Jealousy and Relationship Closeness: Exploring the Good (Reactive) and Bad (Suspicious) Sides of Romantic Jealousy. SAGE Open, 2013, January-March XX(X): 1–16, DOI: 10.1177/2158244013476054
5. Barelds D. P. H., Dijkstra P. Reactive, Anxious and Possessive Forms of Jealousy and Their Relation to Relationship Quality Among Heterosexuals and Homosexuals. Journal of Homosexuality, 2006, V. 51 (3), 183-198.
6. Pfeiffer S. M., Wong, P. T. P. Multidimensional jealousy. Journal of Social and Personal Relationships, 1989, 6, 181–196.
7. Rydell R. J., Bringle, R. G. Differentiating Reactive and Suspicious Jealousy. Social Behavior Personality: An International Journal. 2007, Vol. 35 Issue 8, 1099-1114.
8. White, G. L., Mullen, P. E. Jealousy: Theory, research and clinical strategies. New York: Guilford, 1989.

АКТИВАЦІЯ ЕКЗИСТАНЦІЙНИХ РЕСУРСІВ В ПСИХОТЕРАПІЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

О. Ю. Рязанцева

кандидат психологічних наук,
практичний психолог КНП «ООМЦПЗ» ООР» м. Одеса

Існує безліч причин і факторів, що призводять до алкогольної залежності як системних, так і індивідуальних. Ризик алкоголізації