

18+

Сергей Александрович
Кулаков

ПСИХОСОМАТИКА

4-е издание, дополненное

Сергей Александрович Кулаков

Психосоматика

4-е издание, дополненное

Издательские решения
По лицензии Ridero
2022

УДК 61
ББК 53
К90

Шрифты предоставлены компанией «ПараТайп»

Кулаков Сергей Александрович
K90 Психосоматика : 4-е издание, дополненное / Сергей
Александрович Кулаков. – [б. м.] : Издательские решения,
2022. – 456 с.
ISBN 978-5-4483-5967-5

Книга представляет собой энциклопедию подходов и методов диагностики и лечения психосоматических пациентов на основе био-психо-социо-духовной парадигмы. Акцент сделан на интегративном подходе. Собранные в книге знания и обилие случаев из практики автора смогут быть полезными для специалистов разных школ и опыта, оказывающих помощь пациентам, у которых можно найти психологические корни их физических страданий

**УДК 61
ББК 53**

18+ В соответствии с ФЗ от 29.12.2010 №436-ФЗ

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	11
Механизмы нарушения психологической адаптации	14
РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ (ШИФР 6B43 МКБ-11)	15
Глава 1. Классификация психосоматических расстройств	22
Соматоформное болевое расстройство	24
Случай из практики №1	26
Случай из практики №2	26
Случай из практики №3	31
Различные виды патологии с хроническим болевым синдромом	32
ДИСМОРФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (МКБ-11)	33
Случай из практики №4	34
Диагностика психосоматических расстройств у детей . .	35
Случай из практики №5	35
Случай из практики №6	39
Ипохондрия (по МКБ-11 Патологическая тревога по поводу здоровья)	43
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №7	44
РАССТРОЙСТВА, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ	46
Случай из практики №8. (краткое посмертное клинико- психологическое исследование)	47
Глава 2. Клинико-психологическая диагностика. Первичное (приемное) клинико-психотерапевтическое интервью	55
Жалобы и симптомы	57
ПОГРАНИЧНЫЙ ТИП (МКБ-11)	57
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №9	58
Случай из практики №10	61
Изучение личной истории пациента	64
ОПЫТ ОБЩЕНИЯ СЕМЬИ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ	64
Оценка функционирования пациента. Структурный диагноз	65

А. ИДЕНТИЧНОСТЬ	67
ЧУВСТВО Я	68
РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ДРУГИХ	69
Б. ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ	70
ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ (продолжение)	71
Объектные отношения (продолжение)	71
ОБЩАЯ ОЦЕНКА ИДЕНТИЧНОСТИ	73
В. АГРЕССИЯ И ВРАЖДЕБНОСТЬ	73
Общая оценка агрессии	74
Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ	75
Д. АДАПТАЦИЯ\РИГИДНОСТЬ	76
Е. МОРАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ	76
 Глава 3. Концепции происхождения психосоматических расстройств	83
Психосоматический симптом как результат конверсии психической энергии. Конверсионная модель З. Фрейда	86
КОНВЕРСИОННОЕ РАССТРОЙСТВО	86
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №11	87
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №12	89
Случай из практики №13	93
Случай из практики №14	96
Структура Супер-Эго и психосоматическая патология	100
Случай из практики №15	101
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №16	104
Психосоматический симптом как результат разрешения конфликта в вегетативной нервной системе. Модель вегетативного невроза и теория векторов Ф. Александера	106
Случай из практики №17	108
Психосоматический симптом как результат использования незрелых психологических защит. Модель двухшелонной линии обороны А. Митчерлиха	110
Случай из практики №18	111
Психосоматический симптом как результат нарушения объектных отношений	121

Случай из практики №19	129
Психосоматический симптом как результат нарушения самоуважения. Эго-психология Х. Кохута	142
Психосоматический симптом как результат ресоматизации функций Я. Концепция десоматизации М. Шура	145
Случай из практики №20	146
Психосоматический симптом как результат переживаний потери объекта (Дж. Энгель, А. Шмале, Г. Фрайбергер) ..	154
Случай из практики №21	155
Психосоматический симптом как результат алекситимии	158
Психосоматический симптом как результат интроекции дисфункциональных базисных схем. Когнитивные теории..	159
Случай из практики №22	167
Самонаблюдение	170
Случай из практики №23	171
Исследование выбора (альтернатив) мыслей и действий	172
Психосоматический симптом как результат нарушения экзистенции	174
Случай из практики №24	176
Случай из практики №25	180
Случай из практики №26	181
Случай из практики №27	196
Случай из практики №28	202
Случай из практики №29	203
Психосоматический симптом как результат дисфункции семейной системы	203
Случай из практики №30	224
Планирование вмешательства	226
Случай из практики №31	228
Синергетический подход в психосоматике	230
Случай из практики №32	234
Глава 4. Принципы интегративной психотерапии психосоматических пациентов	246
Случай из практики №33	248

Случай из практики №34	248
Случай из практики №35	249
Работа с аффектами	252
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №36	254
Отношение к себе	258
Гибкость терапевтической тактики	258
Случай из практики №37	259
Концептуализация случая	260
Многоосевой подход DSM-IV-TR	261
Мультимодальность как основной принцип диагностики	262
Мультимодальный подход Р. Оудсхорна	262
Цветок потенциалов В. А. Ананьева	268
Случай из практики №38	269
Мнемоническая формула диагностики и терапии Л.	
Селигмен «DO A CLIENT MAP»	274
Методика карта ума (mind maps) Т. Бьюзона	277
Случай из практики №39	277
случай из практики №40	280
Глава 5. Алгоритм включения пациента в интегративную психотерапию	284
Приводим наиболее типичные варианты домашних заданий	285
Случай из практики №41	286
Глава 6. Методы психотерапии	291
Психодинамическая терапия (Индивидуально- раскрывающая психотерапия)	291
Формулирование темы взаимоотношений методом изучения центральной темы конфликтных отношений (CCRT)	293
Случай из практики №42	294
Написание психосинтетической автобиографии	297
Арт-анализ и арт-терапия	300
Случай из практики №43	303
Случай из практики №44	304
случай из практики №45	307

Случай из практики №46	308
КОЛЛАЖ И АРТАНАЛИЗ	310
Случай из практики №47	310
Кататимные образные переживания (символодрама)	313
Случай из практики №48	317
Терапевтическая работа с метафорами	319
Случай из практики №49	321
случай из практики №50	325
случай из практики №51	328
Психодрама и монодрама как мультимодальная терапия	332
Ролевая динамика	336
Случай из практики №52	345
Случай из практики №53	349
Примеры завершающих сцен в психодраме	351
Случай из практики №54	356
Разнообразные концовки, предложенные группой	357
Глава 7. Рецидив	361
МОДУЛЬ 1. АНАЛИЗ СРЫВА	364
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №55	365
МОДУЛЬ 2. ДУХОВНОСТЬ	369
СВОЕВОЛИЕ	370
МАНИПУЛЯЦИИ	370
ПЕРФЕКЦИОНИЗМ	370
ВЫСОКОМЕРИЕ	371
МОДУЛЬ 3. ЭМОЦИИ И ЧУВСТВА	372
Вина	372
Зависть	372
Жалость к себе	373
Обида	373
Гиперчувствительность	373
Гнев	374
Страх	374
Дневник чувств и письменный самоанализ	375
Мой ежедневный самоанализ	376
МОДУЛЬ 4. УПРАВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНИЕМ И СИТУАЦИЕЙ	377

Совладающие карточки	377
Автоматические мысли	378
Юмор	379
МОДУЛЬ 5. САМООЦЕНКА И САМОУВАЖЕНИЕ	379
МОДУЛЬ 6. РЕСУРСЫ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ	380
случай из практики №56	381
Ключевые позиции на будущее. Памятка пациенту	388
Супервизия	389
Случай из практики №58	390
Случай из практики №59	394
Заключение	396
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №57	397
Литература	402
Глоссарий	406
ПРИложения	415
Приложение 1. Психосоматические симптомы и синдромы у детей [по Исаеву Д. Н., 2000]	415
Приложение 2. Симптоматика психосоматических расстройств (Сандомирский, 2005)	419
ТЕЛЕСНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СТРЕССА	421
А. Мышечные проявления Болевые проявления	421
Б. Проявления со стороны сердечно-сосудистой системы	425
В. Проявления со стороны пищеварительной системы	426
Г. Проявления со стороны дыхательной системы	427
Д. Проявления со стороны органов чувств	429
Е. Прочие проявления	430
Приложение 3. Типы вопросов при интервьюировании пациентов	433
Приложение 4. История развития пациента (клинико-биографический метод)	443
Раннее моторное и психоэмоциональное развитие	444
Оценка развития ребенка в период от одного года до трех лет	445
История развития ребенка в период от трех лет до 5–5,5 лет	447

История развития ребенка в период от пяти до семи лет	448
Развитие ребенка в младшем школьном возрасте (от 7 до 10–11 лет)	450
Анамнез заболевания	452
Приложение 5. Принципы семейного интервью	452
Вопросы для проведения первого интервью	452
Построение системного определения	454

ВВЕДЕНИЕ

Пять импульсов

Существует пять основных импульсов, движущих людьми: личная прибыль, собственность и удовольствия; семейные и кровные узы; заботы общежития; совесть и чувство присутствия Живого Бога. Первые три импульса присутствуют и у животных, 4-й – у многих людей, пятый – у некоторых людей. Если метафорически распределить эти импульсы по линиям обороны в обратном порядке, получаем следующую картину. Пятый импульс – первая линия обороны; если человек не удержит ее, отступает на вторую (четвертый импульс); не удержав вторую, отступает на третью (третий импульс) и так далее, до первого. Так происходит деградация человека, регресс и гибель. Гибель, ибо и последнюю линию обороны может потерять человек. И тогда ему уже не остается ничего, кроме тупого безразличия ко всему, отчаяния и – самоубийства.

Владыка Николай Сербский

В Новое время учение о связи соматических заболеваний и психических процессов назвали психосоматикой. Со временем это понятие все больше расширялось, и психосоматические аспекты рассматривались как более или менее относящиеся к клинике множества болезней. Существовало и направление, противоположное такому широкому пониманию психосоматики, – многие авторы пытались подвести под это понятие только специфические заболевания. Такие картины болезни также назывались «психофизиологическими расстройствами» (например, бронхиальная астма, эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и т. д.).

У истоков развития психосоматической медицины в России стояли виднейшие русские клиницисты, которые указывали на неправильность понимания соматической болезни как процесса, обусловленного только биологическими факторами. При внимательном изучении их работ можно заметить, что они при-

давали огромное значение условиям жизни пациента. В лечении своих больных они интуитивно использовали психотерапевтические методы.

В клинической практике возникло свое понимание психосоматических расстройств, которое охватывало, прежде всего, соматические нарушения без однозначного органического субстрата. Под такое определение попадали и картины болезни, исторически обозначавшиеся понятием «истерия». Психосоматическим расстройствам нередко предшествуют нарушения психологической адаптации, которые выявляются за несколько лет до появления симптомов и могут служить их запускающим механизмом.

Многие из тех, кто серьезно занимается своей карьерой, выбирают «стратегию отсроченной жизни»: они планируют интенсивно работать сегодня, чтобы потом наслаждаться хорошим днем, машиной и обеспеченной жизнью. Хотя эта стратегия на первый взгляд привлекательна, она неизбежно приводит к серьезным психосоматическим проблемам.

Большинство оценочных форм в медицинских учреждениях требует постановки диагноза, основанного на МКБ-10 и скоро на принятой ВОЗ МКБ-11. Это самая большая классификационная система «психических и поведенческих расстройств», используемая во многих странах. Многие психологи и психотерапевты находят эти классификации ограниченным для использования при анализе психосоматических проблем и планировании психотерапии. В МКБ-11 психосоматические расстройства могут встречаться в рамках различных нозологий. Диагноз дисциплинирует мышление специалиста, но не предохраняет от ошибок назначения неадекватных методов психотерапии в силу того, что психотерапевты часто слабо знают психиатрию и не учитывают структуру личности пациента.

Сложность клинической диагностики в настоящее время связана и с обнаружением у пациентов сочетания нескольких психических расстройств – *психической коморбидности*. В том слу-

чае, когда помимо психических расстройств имеют место еще и соматические заболевания, говорят о *мультиморбидности*.

Выявление коморбидности имеет значение, во-первых, для терапии, а во-вторых – для гипотез по поводу этиологии / анализа условий возникновения (например, наличие расстройств S1 и S2 может указывать на их общие причины, но возможна и другая модель условий: S1 повлекло за собой S2. Психосоматические расстройства, расположенные в континууме здоровье – болезнь, тем более представляют трудности в диагностике, особенно для специалистов помогающих профессий, не имеющих медицинского образования.

Нередко психосоматический пациент предъявляет жалобы на расстройство физического здоровья, рассказывает о многочисленных инструментальных и лабораторных исследованиях. От специалиста, его интуиции и творческих способностей будет зависеть то, удастся ли ему вычленить психологический и социальный компонент имеющихся отклонений.

Вследствие этих причин пациенты, находящиеся на границе между пограничной психиатрией, клиникой внутренних болезней и неврологией в качестве «трудных больных», месяцами или даже годами не находят понимания и эффективной помощи у врачей-терапевтов, не владеющих достаточными знаниями и опытом психопатологической диагностики, психофармакотерапии и психотерапии, а также нередко у врачей-психиатров и психотерапевтов, в свою очередь не владеющих необходимыми знаниями и опытом в области внутренней медицины. Это основная группа больных так называемого «медицинского лабиринта». От специалиста требуется умение понять проблему и выявить симптоматику, а самое главное – найти путь к ее решению.

При всех психических заболеваниях детей и подростков следует принимать во внимание процессы развития растущего организма и их влияние на симптоматику расстройств и подбор методов психотерапии.

Также нелегко разделять анамнез болезни и анамнез жизни,

что обычно практикуется в клинической медицине. В отношении данного контингента пациентов, где симптоматика сопровождается стрессовые и кризисные периоды жизни, хочется вспомнить слова классика: «Болезнь – это стесненная в своей свободе жизнь».

МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

Внутренние причины :

духовный уровень: отсутствие конструктивных жизненных целей, экзистенциального смысла жизни (остановка саморазвития);

эмоциональный уровень: отрицательный эмоциональный «багаж»: длительно существующие деструктивные аффекты (обиды, мстительности, ревности);

личностный уровень: заниженная самооценка и повышенная самокритичность, комплекс неполноценности, чувство беспомощности, неуверенность в себе, проявляющаяся в снижении продуктивности мышления, трудности принятия решений, навязчивых мыслях, перфекционизме и ригидных «схемах», слабость Эго, нарушение поисковой и приспособительной активности, расстройство личности

Внешний пусковой фактор («триггер»):

стресс: особенно жизненная неудача, конфликт, потеря близких, потеря работы, резкое изменение жизненных обстоятельств, неопределенность будущего, социально-психологическая дезадаптация;

frustrация (неадекватное переживание неудачи или несоответствие желаемого и действительного, в том числе реального и идеального образа Я);

посттравматическое стрессовое расстройство

РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ (ШИФР 6B43 МКБ-11)

Расстройство адаптации в МКБ-11 устанавливается, если в основе лежит «зацикленность» на негативном событии в жизни или его последствиях, в то время как в МКБ-10 расстройство диагностировалось, если симптомы, возникающие в ответ на жизненный стрессор, не соответствовали определенным требованиям другого расстройства.

Основные (необходимые) признаки:

Дезадаптивная реакция на идентифицируемый психосоциальный стрессор или множественные стрессоры (например, одиночное стрессовое событие, продолжающиеся психосоциальные трудности или сочетание стрессовых жизненных ситуаций), которая обычно возникает в течение месяца после воздействия стрессора. Примеры включают развод или потерю отношений, потерю работы, диагноз заболевания, недавнее появление инвалидности и конфликты дома или на работе.

Реакция на стрессор характеризуется озабоченностью самим стрессором или его последствиями, включая чрезмерное беспокойство, повторяющиеся тревожные мысли о стрессоре или постоянные размышления о его последствиях.

Симптомы не объясняются в большей мере другим психическим расстройством (например, Аффективным расстройством или другим Расстройством, непосредственно связанным со стрессом).

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ КУЛАКОВ

Как только стрессор и его последствия заканчиваются, симптомы исчезают в течение 6 месяцев.

Неспособность адаптироваться к стрессору приводит к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования. Если функционирование сохраняется, то лишь за счет существенных дополнительных усилий.

Дополнительные признаки:

Симптомы озабоченности имеют тенденцию ухудшаться при любом напоминании о стрессоре (ах), что приводит к избеганию стимулов, мыслей, чувств или разговоров, связанных со стрессором (ами), для предотвращения переживаний или страдания.

Дополнительные психологические симптомы Расстройства адаптации могут включать депрессивные или тревожные симптомы, а также импульсивные «экстернализующие» симптомы, в частности повышенное употребление табака, алкоголя или других психоактивных веществ.

Пациенты с Расстройствами адаптации обычно восстанавливаются, когда стрессор исчезает, когда оказывается достаточная поддержка или когда человек разрабатывает дополнительные стратегии преодоления стресса.

Границы с нормой (Порог):

Расстройство адаптации представляет собой дезадаптивную реакцию и неспособность приспособиться к стрессору, что связано со значительными переживаниями и приводит к выраженным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования. Эмоциональные реакции на негативные жизненные события, которые не соответствуют этим требованиям, не должны диагностироваться как Расстройство адаптации. Острые реакции на травмирующие события, которые считаются нормальными, учитывая тяжесть стрессора, могут быть диагностированы как Острая реакция на стресс.

В настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением:

исследуя влияние эмоций на физиологические процессы, она является предметом исследования физиологии; как отрасль психологии она исследует поведенческие реакции, связанные с заболеваниями, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции; как раздел психотерапии она ищет способы изменения деструктивных для личности способов эмоционального реагирования и поведения; как социальная наука она исследует распространность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и условиями жизни.

Глубокое исследование психосоматических расстройств, ранняя профилактика и диагностика требуют их обоснованной систематики.

Термин «психосоматическое расстройство» означает соматическое заболевание, которое вызвано психологическими факторами или проявления которого обострились в результате их воздействия.

Сегодня методология изучения пограничных психических расстройств и психосоматики обязательно включает в себя факторы, важные для формулировки терапевтических целей, например, симптоматику, уровень развития, особенности личности, школьная, профессиональная и семейная ситуация, в оценочном формате учитывается и демографическая ситуация.

Основатель биопсихосоциального подхода Дж. Энгел полагал, что различные уровни биопсихосоциальной иерархии могут взаимодействовать, но закономерности их взаимодействия нельзя вывести непосредственно из принципов, присущих верхним или нижним ступенькам биопсихосоциальной лестницы. Результат скорее следует считать непредсказуемым, зависящим в очень большой степени от личных особенностей пациента

и от первоначальных симптомов. Несколько десятилетий такой подход вдохновлял исследователей, стремящихся прояснить природу подобных взаимодействий. За 30 лет, прошедших с тех пор в науке сформировались множество интегративных вариантов для системного анализа проблем, способных эту модель подкрепить: BASIC – ID А. Лазарус, многоуровневая психосоциальная модель расстройств аффективного спектра как средство синтеза знаний А. Б. Холмогоровой, «Цветок потенциалов» В. А. Ананьева и др.

Работа с пациентами с «архаическими заболеваниями Я» (Г. Аммон): психосоматическими расстройствами, химическими и нехимическими зависимостями и исследование их корней убеждает, что в их основе лежат проблемы био-психо-социо-духовной природы (рис. 1)



Рисунок 1.Био-психо-социо-духовное расстройство

Для того чтобы не попасть под влияние какой-либо одной точки зрения или теории, автор придерживается принципа интеграции. Этот принцип включает и клиническую многоосевую диагностику и многомерную постановку гипотез, что облегчает последующее планирование и проведение психотерапии с подбором индивидуальных вмешательств.

Психофизиологические и патофизиологические теории возникновения психосоматических расстройств не представлены в учебнике, так как они хорошо описаны в издававшихся ранее

руководствах. В качестве этиологических факторов рассмотрены старые, известные концепции – они даны в сокращенном виде. Наиболее популярные теории возникновения психосоматических расстройств рассмотрены более подробно.

Психотерапевтические методы представлены в основном теми технологиями, которые успешно используются у пациентов с психосоматическими расстройствами на отечественной выборке пациентов. Среди современных методов психотерапии акцент сделан на индивидуально-раскрывающей психотерапии. Описывается применение психодрамы (монодрамы) в индивидуальной работе с пациентами. Показана интеграция психодрамы с экзистенциальным анализом и другими методами.

В книге приведены различные клинико-психологические методы исследования психосоматических пациентов, все положения подробно иллюстрированы случаями из практики автора. Большинство клинических иллюстраций заканчивается авторским комментарием, в основе которого лежит гипотетический подход, введенный в практику медицины С. П. Боткиным. Многие клинические случаи описаны таким образом, чтобы читатель, основываясь на знании клинико-биографического метода, смог уловить особенности повествования (нarrатива) каждого пациента. (Имена пациентов в целях конфиденциальности изменены). Нередко именно в таких воспоминаниях обнаруживается патогенез психосоматического расстройства. В некоторых случаях один и тот же пример упоминается неоднократно в рамках другого подхода.

Обратите внимание!

Определения основных понятий и главные положения приводятся в рамках или выделены жирным шрифтом.

Клинические иллюстрации пронумерованы как:

«Случай из практики №...»

Знак **∞** отсылает читателя к тем книгам, которые, по опыту автора, специалисту будет полезно прочитать.

В конце учебника приведен список литературы, рекомендуемой для более глубокого самостоятельного изучения.

В глоссарии приведена расшифровка использованных терминов. В приложениях приведен ряд полезных методических материалов, которые можно использовать при психотерапевтическом сопровождении пациентов.

Сверхзадача при написании учебника — включить молодого специалиста в следующий образовательный маршрут по приобретению навыков: первое интервью — постановка многомерных гипотез — проведение психотерапии — рефлексия опыта — супervизия.

Автор полагает, что учебник окажется полезным всем специалистам, к кому направляют пациентов, у которых можно найти психологические корни их физических страданий.

Предложения по улучшению учебника направлять по адресу kulaksergey@yandex.ru

ГЛАВА 1. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Несмотря на такое многообразие состояний психосоматики, их объединяет общий признак: сочетание нарушений в психической и соматической сферах.

Цель классификации – упорядочить многообразие отдельных явлений и подчинить их категориям более высокого уровня. В современных классификациях психических заболеваний нет единой рубрики психосоматических расстройств. Это связано, прежде всего, с тем, что клинические проявления, определенные понятием «психосоматические расстройства», отличаются значительным полиморфизмом:

психосоматические расстройства
психосоматические реакции
функциональные невротические расстройства
органов
соматоформные расстройства
конверсионные расстройства
психосоматические заболевания.

Поскольку во многих случаях соматизированные расстройства, вегетативные дисфункции и симптомы ипохондрии проявляются в различных сочетаниях, захватывая разные висцеральные системы, авторы, как правило, ограничиваются общим их определением как соматоформные расстройства. Очевидно, этим можно объяснить, что число пациентов с соматоформными расстройствами в общей массе больных в широкой врачебной практике часто превышают 30–40%.

Определение соматоформных расстройств может быть

сформулировано следующим образом.

Соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой уже описанной психической симптоматики (например, депрессии или панических расстройств) называются соматоформными расстройствами.

Главной особенностью этих расстройств являются постоянные жалобы пациента на здоровье, продолжающиеся, несмотря на отрицательные результаты медицинских обследований и отсутствие какого-либо патологического процесса, объясняющего их возникновение.

В отечественной психиатрии соматоформные расстройства принято рассматривать в рамках психогенных заболеваний, динамики конституционально-личностной патологии, а основное значение в их генезе придают психогенным (в том числе иатрогенным) и конституциональным факторам. Концепция соматоформных расстройств тесно связана с концепцией ипохондрии, а также с развитием тревоги, депрессии и истерии. Широкое распространение этих расстройств явилось результатом патоморфоза психических заболеваний и успехов медицины в целом, позволивших с общей достоверностью верифицировать функциональные соматические расстройства. Таким пациентам дают различные малоприятные прозвища («Прилипала», «Индиюк»), что, по мнению персонала, провоцируется фрустрирующими обстоятельствами, в которых этот персонал пребывает в связи с упорным нежеланием пациентов верить объяснениям врачей.

Диагностические критерии различных видов соматоформных расстройств приведены в таблице 1.

Таблица 1. Диагностические критерии различных видов соматоформных расстройств

Вид соматоформного расстройства. Диагностические критерии

Соматизированное расстройство

- Четыре болевых симптома
- Два симптома, связанные с желудочно-кишечным трактом
- Один симптом, имеющий отношение к сексуальной сфере
- Один из псевдоневрологических симптомов
- Начало заболевания до 30 лет
- Жалобы, касающиеся различных систем органов
- Этиология не может быть связана с известным соматическим расстройством

Недифференцированное соматоформное расстройство

- Отсутствие полного соответствия с клинической картиной типичного соматоформного расстройства
- Одна или несколько жалоб на физическое состояние
- Продолжительность расстройств не менее 6 месяцев

Остановимся на характеристиках некоторых наиболее распространенных расстройств.

СОМАТОФОРМНОЕ БОЛЕВОЕ РАССТРОЙСТВО

Хроническое соматоформное болевое расстройство (ХСБР) или соматизированная психическая болевая реакция

Психическое отклонение из объединенной группы соматоформных расстройств, характеризующихся жалобами пациентов на заболевания или болезненные ощущения, которые не подтверждаются диагностикой узкоспециализированного общего направления. Проявляется длительными интенсивными болевыми ощущениями без выявления соматического заболевания, в полной мере объясняющего интенсивность страданий пациента. Боль не распространяется

по законам иннервации и в своей выраженности тесно связана с воздействием психологического фактора

Хроническое соматоформное болевое расстройство ни в коем случае нельзя относить к симуляции патологического состояния – источником боли являются психические душевные переживания пациента.

Неосознаваемые внутриличностные противоречия:

Психотравмы прошлого
Психосоциальный стресс
Тревога ожидания боли
Депрессия
Эмоциональная отчужденность – Алекситимия
(чувственная слепота – неспособность
вербализовать свои чувства)
Иммунологические нарушения (выброс гормонов
стресса)

Основная черта этого расстройства – жалобы на боль при отсутствии физических нарушений или жалобы на боль, которая намного сильнее, чем это могло бы быть обусловлено физическим состоянием. Часто средовой стрессор обнаруживается как нечто предшествующее боли. Подобно конверсионным реакциям, жалобы на боль могут освобождать личность от определенной ответственности или дают право на эмоциональную поддержку, которая иным образом не может быть приобретена.

Так в случае Натальи Н. (Случай №14) боль позволяла ей не ходить на педсоветы и получать поддержку от учеников.

Соматоформное болевое расстройство – это соматоформное расстройство, характеризующееся болью, ведущую роль в возникновении, силе или продолжительности которой играют психологические факторы.

Боль не распространяется согласно зонам иннервации. Переживаемый стресс или конфликт может быть тесно связан с возникновением или усилением боли. Часто расстройство раз-

вивается после несчастного случая или во время болезни, причиняющей настоящую боль, которая затем продолжает жить сама по себе.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №1

Masha, 10 лет, в течение года обследовалась в лучших педиатрических клиниках по поводу периодически возникающих болей в животе. Боли проходили летом, когда начинались каникулы, возобновлялись во время пребывания у бабки в другом городе, а также при предъявлении девочке ответственности. Мать, будучи в разводе, испытывала трудности материального характера и чувство вины, стараясь максимально удовлетворять потребности ребенка. Бабка, наоборот, была привержена жесткому стилю воспитания и кормления ребенка. Девочка своим «болевым симптомом» символически избавлялась от «ножниц воспитания», а затем болевой синдром закрепился по механизму «вторичной выгоды», позволяя избегать необходимых для ее возраста обязанностей. В этом случае проводилась семейная психотерапия с одной матерью.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №2

Клиническая супервизия случая соматоформной болевой дисфункции

Обратилась мать юноши к психотерапевту С. через электронную почту. «У моего 20-летнего сына, К., уже 5-й месяц не проходят боли внизу живота. Вернее, даже не боли, а, как он говорит, „давит“. Обошли врачей — терапевта, хирурга, гастроэнтеролога, невропатолога, сдавали анализы, УЗИ, ФГДС — все в норме. Сын даже в больнице несколько дней пролежал — ничего не нашли. Боли эти постоянные. Последний анализ показал превышение в 11 раз „хеликобактер пилори“ (бактерия, участвующая в патологии желудка — прим. С.А.). Гастроэнтеролог назначила курс на эрадикацию (уничтожение — прим. С.А.) бактерии, включ-

чая антибиотики. В течение месяца улучшений нет. Летом у сына было одновременно несколько непростых ситуаций, он пережил стресс. Вполне возможно, что это и спровоцировало такие боли. Может быть, эти боли носят психосоматический характер?».

Юноша пришел на прием один. Из анамнеза заболевания известно, что в возрасте 8–13 лет наблюдались редкие приступы бронхиальной астмы, которые прекратились с наступлением пубертата. В июне 2015 года с десятой попытки пациент сдал зачет по одному из предметов очень строгому преподавателю-женщине. Чувствовал себя утомленным, уязвленным. Через две недели после окончания экзаменов соседка, девушка примерно того же возраста, выбросилась из окна, и милиция несколько раз приходила к нему в квартиру с просьбой опознать её, но он категорически отказывался из-за страха — через день начались боли в животе. Пациент фиксирован на них, они мешают ему сосредоточиться на учебе.

Анамнез жизни. Родился в Санкт-Петербурге от первой беременности матери. Развитие по возрасту. ДДУ не посещал из-за аллергических заболеваний. Воспитанием занималась бабка по линии матери. В школу пошел вовремя, учился всегда хорошо. Наблюдалось неприятие личности юноши со стороны референтных групп сверстников, с его слов, из-за высокого интеллекта. Обнаруживались низкие показатели успеха и популярности у лиц противоположного пола. Был обидчивым, ранимым. Специальность, по которой он учится в вузе, ему не нравится, разочаровался в ней, остается полгода до окончания бакалавриата, а что делать дальше — не знает. Очень боится службы в армии. Отношения с противоположным полом сложные. Недавно исполнилось 20 лет, а с ним ни одна девушка «даже не сходила в кино». Очень много времени проводит в интернете, телефон включен на прием новостей постоянно. По сети познакомился с девушкой, для того чтобы ей понравиться, представился эмигрантом из России, живущим в Америке, и полтора года с ней общается под вымышленным именем. Это его единственная виртуальная подруга, которую он боится потерять. Чувствует, что

необходимо открыть свое настоящее имя, но боится быть отвергнутым и осмеянным, так как она из высокопоставленной семьи. Любит путешествовать. Не удовлетворён собственным физическим обликом и считает, что он не соответствует идеалам мужественности, принятым в молодежной среде. Критикует однокурсников за примитивность их интересов. Много мастурбирует. В последние месяцы стал ежедневно «пропускать» по кружке пива. Несколько встреч отказался пригласить мать на интервью.

Семейный анамнез. Отец, 49 лет, по характеру обидчивый, с частыми перепадами настроения. Квалифицированный инженер, но никогда долго не задерживался на одном месте. Оставил семью, когда мальчику было 2 года, завел другую семью, а когда сыну исполнилось 13 лет, попытался восстановить отношения. В течение 2 лет мать пациента его принимала, затем отношения вновь охладились. Алименты платил нерегулярно. Но недавно для завоевания любви сына отец стал брать его в путешествия. Однако, обидевшись на что-либо, может потом несколько месяцев не отвечать на звонки ребенка.

Мать, 47 лет, работает бухгалтером и подрабатывает экскурсоводом. В молодости была застенчивой, но затем преодолела этот комплекс после того как начала проводить экскурсии. Критически оценивает свою семейную ситуацию. Считает семью достаточно изолированной, так мало родственников, друзей. Они живут втроем в малогабаритной квартире: бабка, мать и сын.

Бабка, 67 лет, пенсионер, ведет домашнее хозяйство, в том числе многое делает за внука.

Психотерапевтический контакт был установлен не сразу. Недоверчиво относился к психотерапии, но с 3 сессии стал подробно излагать свои «комплексы». Был фиксирован на отношениях к нему противоположного пола, складывалось впечатление, что это единственный источник самоуважения. Домашние задания выполнял нерегулярно и формально, ссылаясь на загруженность подготовкой к зимней сессии. После 6 занятия с психотерапевтом у него усилился болевой синдром, и юноша был

госпитализирован. Несмотря на уверения врачей, что органическая патология у него отсутствует, настоял на выполнении колоноскопии. Исследование не обнаружило каких-либо отклонений. Медикаментозное сопровождение психотерапии антидепрессантами (сертралин 50 мг/сутки) эффекта не дало, юноша плохо его переносил, что потребовало отмены через неделю после начала приема. Предварительно в психотерапевтическом контракте была договоренность, что юноша после зимней сессии на 2 недели будет госпитализирован в клинику для проведения интенсивной терапии, с переходом на поддерживающую терапию, и он формально с этим был согласен. Мать наблюдала, что болевой симптом нивелировался, но одновременно заметила, что молодой человек не делает домашних заданий, предложенных психотерапевтом, ссорилась с ним по поводу игнорирования участия в домашних делах. В последний момент отказалась госпитализировать сына в клинику, где находятся в основном зависимые пациенты, хотя и подчеркивала, что сын «стал увлекаться пивом и часами сидит в интернете». Отец юноши, примирившись с ним, увез его в путешествие на студенческие каникулы. Психотерапия была прервана.

Супervизорский разбор.

Операционализированная психодинамическая диагностика, которая была использована в данном случае, проводилась по следующим осям.

Ось 1. Восприятие заболевания. Степень повреждения. Вторичная выгода. Мотивация к лечению. Вторичная выгода – согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы дают человеку чувствовать доброе отношение со стороны других или избежать неприятной ситуации или решения. Болевой синдром помогал юноше сохранять свое реноме и не брать ответственность за свою жизнь и выборы.

Ось 2. Отношения. Конфликтные, дисфункциональные.

Ось 3. Конфликт идентичности и образа Я. Обнаруживался конфликт самоценности против ценности объекта (стыд, гнев, идеализация и обесценивание).

Ось 4. Структура. Юноша имеет средний структурный уровень. О расстройствах же личности мы говорим в тех случаях, когда данное лицо постоянно использует определенные, одни и те же механизмы реагирования на ситуации повседневной жизни совершенно неадекватным, плохо адаптированным, стереотипным способом. Если мы сравним клинико-психологические данные, полученные психотерапевтом, то речь идет о нарциссическом расстройстве личности. Согласно DSM-5 (пересмотр – июнь 2011) для диагностики нарциссического личностного расстройства необходимо наличие следующих критериев.

А. Значительные нарушения функционирования личности:

1. Нарушения в функционировании Я (а или б):

а. Идентичность: выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки; самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной, или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки.

б. Направленность Я: постановка целей основана на получении одобрения других; личные стандарты неоправданно высоки, что дает возможность воспринимать себя как исключительного

2. Нарушения в межличностном функционировании (а или б):

а. Эмпатия: нарушенная способность распознавать и сопереживать чувствам и потребностям других; чрезмерная ориентация на реакции других, но только если они воспринимаются как относящиеся к себе; пере- или недооценка собственного влияния на других.

б. Интимность: Отношения преимущественно неглубокие и используются для регуляции самооценки; взаимность ограничена слабым интересом к переживаниям других и приоритетом личной выгоды.

Б. Патологические личностные черты в следующих сферах:

1. Антагонизм:

а. Грандиозность: потребность в признании, открытая или

скрытая; центрированность на себе, основанная на убеждении, что кто-то лучше, чем другие; снисходительное отношение к другим.

б. Поиск внимания: настойчивые попытки быть в центре внимания других; поиск своего пути выздоровления. Как видно из описания, это соответствует структуре личности нашего пациента.

Операциональная диагностика позволяют оценивать адекватность метода заявленным целям, в том числе в рамках супервизии. Для выделения мишеней, специфичных для метода, необходимо соотнесение их не только с теорией личности, лежащей в основе какого-либо метода, но и с концепцией патологии, предлагаемой данной теорией, уровнем организации личности, темпом психотерапии. В данном случае психотерапевт, сделавший акцент на когнитивно-поведенческой психотерапии, недоучел влияние психодинамических и системных факторов. Было вполне оправдано предложение проведения интенсивной психотерапии пациенту с расстройством личности в условиях стационара. Самой большой трудностью в этом случае было отсутствие полноценного терапевтического альянса всех членов семьи.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №3

Еще один пример обращения за консультацией Андрея Н., 18 лет, страдающего болями в области позвоночника в течение 2 лет. Парень 2 года безуспешно лечился у остеопатов, антидепрессантами. В анамнезе до появления болевого синдрома наблюдалась эмоциональная зависимость от девушки, которая отвергала его. Хотя он добился её расположения, теперь другой внешний фактор якобы поддерживал его симптом: он с нежеланием учился в вузе, в который устроил его отец. При постановке «семейного диагноза» оказалось, что кроме «идентифицированного пациента» Андрея в семье было еще два «носителя симптома»: мать 2 года принимала антидепрессанты по поводу своего

невроза, а отец — кодеин-содержащие анальгетики по поводу сильных головных болей. В ходе консультации было понятно, что юноша «проживал жизнь своего отца», и у него сохранялась сильная эмоциональная зависимость от девушки («зачем ходить к психотерапевту, ты же не псих?»); родители отказались от участия в семейной психотерапии.

РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ПАТОЛОГИИ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Соматоформные расстройства (соматизированное и ипохондрическое расстройства, соматоформная вегетативная дисфункция — «nevрозы органов», хроническое соматоформное болевое расстройство). Болевой симптом может возникать при следующих расстройствах.

Посттравматическое стрессовое расстройство
Соматизированная депрессия
Головные боли напряжения
Боли в спине
Ревматические заболевания (ревматоидный артрит,
подагрический артрит, остеоартроз,
фибромиалгии)
Болевая диабетическая полинейропатия
Онкологические заболевания

В то время как лица с множественными соматоформными симптомами встречаются очень часто, лишь незначительное число этих пациентов удовлетворяет критериям полной картины соматизированного расстройства. В этом заключается большая сложность, поскольку одну из самых больших групп пациентов приходится относить к таким категориям, как «недифференцированное соматоформное расстройство» или «соматоформное расстройство неуточненное». По причине размытости определения часто выдвигается требование либо расширить критерии соматизированного расстройства, либо ввести диагноз «множе-

ственний соматоформный синдром». Отличительным признаком этого соматизированного синдрома должно стать наличие множественных соматических нарушений без достаточной на то органической причины, причем для диагностики должно присутствовать от четырех до шести соматических симптомов. Чаще такое расстройство наблюдается при сопутствующем расстройстве личности. Пограничное расстройство часто остается не диагностированным у пациентов с психосоматическими расстройствами.

Для соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы справедливо, что при ее диагностике не должны выявляться симптомы,ственные паническим атакам или другим фобическим расстройствам.

ДИСМОРФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (МКБ-11)

Основные (необходимые) признаки:

Устойчивая озабоченность одним или несколькими мнимыми дефектами или недостатками внешности, или уродливостью в целом, которые либо незаметны или малозаметны для окружающих.

Чрезмерная фиксация на мнимых дефектах или недостатках, часто включающая идеи отношения [т.е., убеждение, что окружающие обращают внимание, осуждают или обсуждают мнимые дефект (ы) или недостаток (и)].

Озабоченность сопровождается любым из следующих признаков:

Повторяющиеся и чрезмерные действия, такие как многократное изучение собственной внешности или выраженности мнимых дефекта (ов) или недостатка (ов) (например, разглядывание себя в отражающих поверхностях или сравнение своего облика с другими);

Настойчивые попытки скрыть или изменить воспринимаемый дефект (например, подбирая специальную одежду или путем выполнения ненужных пластических операций);

Заметные попытки избегать публичных ситуаций или провоцирующих факторов, которые усиливают переживания из-за мнимых дефекта (ов) или недостатка (ов) (например, свести к минимуму отражающие поверхности, сменить комнату, не посещать бассейн).

Симптомы не являются проявлением другого заболевания, не являются следствием воздействия психоактивных веществ или лекарственных средств на центральную нервную систему, включая эффек-

ты отмены.

Симптомы приводят к значительному дистрессу или выраженным нарушением в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования. Если функционирование поддерживается, это происходит только за счет значительных дополнительных усилий.

Некоторое беспокойство по поводу своей внешности – обычное явление в нашем обществе. Многие подростки и молодые люди, например, беспокоятся из-за угрей на коже, однако у людей с дисморфофибией такая озабоченность доходит до крайней степени. Страдающие этим расстройством пациенты иногда не могут смотреть в глаза другим людям или прилагают огромные усилия, стараясь скрыть свои «недостатки»: скажем, всегда носят солнцезащитные очки, чтобы не показывать свои «некрасивые» глаза. Некоторые обращаются к пластической хирургии, незначительная часть пациентов кончает жизнь самоубийством.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №4

Елена Б., 21 год, учась на 5 курсе по специальности «банковское дело», пыталась найти работу, но не сумела это сделать. Отсутствие близких друзей, умения общаться, сильная зависимость от мнения матери «обострила» комплекс неполноценности у девушки, воспитанной в интеллигентной семье. Ориентируясь на внешние стандарты молодежи, она сделала пластическую операцию, ликвидировав «дефекты своего носа», полагая, что станет привлекательнее для молодых людей. Прошло несколько месяцев после удачно проведенной операции, но результатов улучшения в ее жизни не возникло. Обратилась к психотерапевту только в связи с появлением признаков депрессии.

Трехмесячный курс психотерапии послужил импульсом к выполнению задач развития этого возраста. Появившаяся внутренняя уверенность в себе, психологический отрыв от матери, заменившей ей подруг, способствовал и предложениям

на рынке труда – девушка реализовала свой креативный потенциал.

ДИАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Еще труднее приходится при диагностике психосоматических расстройств у детей.

У детей психосоматические расстройства – характерная форма проявления психической патологии в силу возрастных, в том числе алекситимических особенностей реагирования. К типичным психосоматическим синдромам детского возраста относят состояния депривации в младенчестве, «пупочную колику», многообразные болевые синдромы, аффект-респираторные приступы, невропатические проявления, вегетосоматические эквиваленты тревоги и страха, нервную анорексию, ювенильное ожирение, ювенильную желтушность, диарею и запоры, энурез, энкопрез.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №5

Тимур, 8 лет. Жалобы на нарушение плавности речи, навязчивые движения плечами, непроизвольное мочеиспускание и пачканье штанишек, нарушения акта глотания, отвлекаемость в школе.

Есть косвенные данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями: бабка по линии отца собственно-ручно похоронила мертворожденного ребенка без какого-либо оформления документов. Отец, по профессии менеджер, психопатологических отклонений не имеет.

Мать по образованию педагог, по характеру тревожная и обидчивая. Матери при рождении ребенка было 28 лет, отцу 30 лет. До этого десятилетний супружеский период сопровождался предохранением от беременности. Нелли, назовем так мать Тимура, очень хотела дать редкое имя своему первенцу,

мотивируя свое желание следующим образом: «Когда я буду звать его из песочницы, то откликнется мой ребенок, а не три Димы». Беременность протекала тяжело с угрозой прерывания, был обнаружен отрицательный резус-фактор. Родился в срок. Врачами зафиксирована родовая травма, наблюдались явления стафилокковой инфекции, и ребенок был госпитализирован в городскую больницу. Первый год жизни прошел в борьбе за сон. Регистрировались также проблемы с питанием, периодически возникала аллергия с повышением температуры. При этом с пяти месяцев функции выделения осуществлял в кроватке, а первый оформленный стул появился к году.

Когда мальчику исполнился год, он заболел бронхитом, затем перенес 6–7 ангин, с последующим проколом пазух носа и удалением миндалин. Наблюдалась задержка речевого развития, а с трех лет – заикание. Оно характеризовалось повторением слов в начале предложения. Обратились в центр неврозов. Была диагностирована дизартрия и проведено лечение дыхательной гимнастикой.

С трех лет любил рисовать, собирал модели из конструктора «Лего». Отец много работал, с сыном занимался редко, а когда ребенку исполнилось пять лет, он ушел в другую семью. Мать, испытав сильный стресс, проходила лечение в психиатрической больнице. До сих пор считает, что любит своего мужа. «Я отпустила, но не отдала». В семье появилась няня, так как мать, по профессии учитель французского языка, решила переобучиться на бухгалтера, что ей вполне удалось. До шести с половиной лет ребенок почти не видел отца. Он изредка приезжал, привозил подарки, но мальчик радовался даже таким мимолетным встречам. Когда Тимур был маленьким, отец не хотел им заниматься, так как у него существовала иррациональная установка, что «ребенок до семи лет – мамин». Бывшая жена пыталась заставить отца «любить» сына, но это ей удавалось с трудом.

В лето перед поступлением в школу мальчику сообщили правду, что у отца есть другая семья, и он должен поехать вместе с мачехой и со сводной сестрой в Турцию. После этого «воя-

жа» у мальчика появился энурез и энкопрез. Новая жена отца мальчику не понравилась, он постоянно задавал матери вопросы, почему папа ушел от них. Но когда отец изредка навещал их, у матери после его ухода случались истерики. Тимур перестал рисовать. Отец купил ему компьютер, и мальчик часами играл в игру «Гарри Поттер» и другие виртуальные игры.

По окончании первого класса отец предложил сыну вновь поехать в заграничную поездку на летний отдых. Мальчик вначале отказался. Но отцу удалось его «разжалобить», и Тимур согласился. Вернувшись с летнего отдыха, мальчик заявил, что он теперь знает причины, по которым отец оставил мать, добавив, что «папа обещал меня поддерживать». По случайности в тот день, когда их квартиру обокрали, были вынесены все вещи, в том числе компьютер Тимура. Мать позвонила бывшему мужу, сообщив о происшествии, но тот отказался приехать. «Вот какой твой любимый папочка, сволочь!» — заявила она ребенку. Отец приехал через пару дней, привез новый телевизор, компьютер, деньги, а у ребенка усилилось заикание.

С трудом согласился рисовать во время первого интервью. В тесте «Три дерева» (семейная диагностика) изобразил три дуба с отсутствующей кроной. Все дубы стоят отдельно друг от друга, и лишь маленький дубок, сам Тимур, одной веточкой тянется к своему отцу. На следующем занятии в рисунке «Моя болезнь» изобразил бомбу, из которой вылетает жидкость коричневого цвета — рисунок отражает симптоматику фазы сепарации-индивидуации (анальной стадии).

У ребенка нет близких друзей, нет образцов для иного поведения. Об энкопрезе говорить отказывается. Заикание носит черты «условной приятности симптома»: «Я — заика, меня нельзя травмировать». Когда читает стихи, заикание пропадает. Любит, когда его шлепают по ягодицам. Обнаруживает хорошую память при рассеянном внимании. Не выдерживает длительного напряжения, окружающим необходимо постоянно переключать его деятельность на другой объект. Навыки самообслуживания не соответствуют возрастным требованиям: мать завязывает

шнурки на ботинках, стирает за него белье, ребенок не умеет подогревать еду.

Мальчик имеет слабое Эго, нарушен контроль над влечениями. Можно предположить, что симптоматика в виде регресса на анальную стадию носит характер психологической защиты от «повзросления».

Ресурс: симптомы уменьшаются, когда ребенок общается с дедом по линии матери.

Ребенок с рождения является «нарциссическим расширением своей матери».

Нарциссическое расширение – психоаналитический термин, обозначающий неосознанное желание родителя реализовать свои блокированные потребности через ребенка Неадекватные или искаженные внутрисемейные коммуникации (длительный супружеский конфликт, разрешаемый через ребенка).

Семья Тимура смешанная, и ей не удалось выполнить многие задачи развития. С позиций структурного подхода, основная проблема кроется в супружеской подсистеме и, соответственно, размытости границ хаотичной родительской подсистемы. Методы воспитания отличаются непоследовательностью. С точки зрения стратегических аспектов взаимодействия, симптомы служат метафорическим выражением кризиса семьи. Развод способствовал усилинию гиперпротекции у матери по типу «фобии утраты». Мать сосредоточила свое внимание на симптомах сына, ее вовлеченность в симптоматику ребенка порой носит сверхценный характер. В семье нарушены границы, коммуникация, отношения между ее членами «инфантально-обидчивые». Мать создает у отца чувство вины через ребенка.

С другой стороны, симптомы ребенка мешают семье идти вперед по пути развития. Поведение «идентифицированного пациента» носит морфостатический характер, в попытках восстановить распавшийся брак родителей, кроме того, неправильное воспитание повторствовало закреплению инфантильных способов реагирования на трудности. Ребенок фиксирован на анальной стадии. Мать из-за обиды на мужа не дает сыну

возможности адекватно пройти процесс сепарации – индивидуации. Поведение Тимура, без сомнения, способствует сохранению отношений между бывшими супругами – родителями мальчика и препятствуют выделению новой семьи отца в самостоятельную единицу. Никто в семье не желает смириться с утратой прошлых отношений и признать, что много лет потрачено впустую – мать испытывает обиду и заявляет при ребенке, что любит своего мужа, одновременно ругая его за черствость («двойной сигнал» – double bind). Проблемное поведение Тимура дает им повод для общения. Категоризация этого раздела затруднена, так как имеется множество аномальных психосоциальных условий (Z62.4; Z62.8; Z62.1; Z61.2 и т. д.).

Мальчик демонстрирует признаки пассивно-агрессивного поведения, имеет место легкое нарушение выполнения социальных ролей в школе.

Заключение. Сочетание биологических, психологических и социальных факторов, привело к тому, что, кроме психосоматических симптомов, стали выявляться признаки психогенного патологического формирования личности. Ребенок входит в группу риска по развитию поведенческих и эмоциональных расстройств в подростковом возрасте и нуждается в психотерапии, прежде всего семейной.

При отсутствии соответствующей психотерапевтической и педагогической помощи ребенку в детстве и в подростковом возрасте мы можем встретиться со случаем «мультиморбидности», требующем от психотерапевта гибкости и креативности, умения сотрудничать с семьей.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №6

Руслана, 13 лет, привела на консультацию бабка, мигрант из Таджикистана. Семья переехала в Петербург в 1993 году и проживала в коммунальной квартире в центре города. Мать развелась с отцом Руслана из-за его брутального характера, по-

вторно вышла замуж уже в Петербурге. Отец периодически приезжает в Петербург, берет с собой сына и водит его по ресторанам, демонстрируя свою хорошую обеспеченность (притом, что алиментов не платит, а обучение в частной школе оплачивает отчим). От второго брака матери есть мальчик, 4 лет. Отношения Руслана с отчимом хорошие. С детства Руслан демонстрировал слабое здоровье, но обращение к педиатрам приводило лишь к ограничениям движения, назначением многочисленных лекарств. Бабка страдала гипертонией, которую осознавала, но не могла с ней справиться. Руслан в силу повышенной чувствительности к внешним обстоятельствам не вписался в общеобразовательную школу (не выдержал насмешек ровесников) и в момент обращения обучался в частной школе. Все это требовало огромного эмоционального и материального напряжения всей семьи. Обращение к школьному психологу не принесло должного облегчения. При осмотре жалобы были следующие: самостоятельно не выходит из дома даже купить что-либо сладкое во дворе; обнаруживает повышенную утомляемость, заикается при общении; периодически возникают приступы астмы, купируемые ингалятором. Мальчик физически выглядел старше своих лет, выявляя развитые вторичные половые признаки, при выраженнем психическом инфантизме.

Пропустив диагностические рассуждения, используя многоосевую диагностику, можно было констатировать следующее.

Клинические психопатологические синдромы.

Невротическое заикание.

Расстройства личности. Избегающее расстройство личности в стадии формирования.

Соматические болезни. Атопическая бронхиальная астма.

Аномальные психосоциальные условия.

Дисфункциональная семья с длительным супружеским конфликтом и вовлечением в него детей. Воспитание по типу повторствующей гиперпротекции.

Глобальный уровень функционирования (20).

Подросток не справляется со всеми возникающими проблемами (выраженные трудности в социальной, профессиональной или учебной деятельности).

Арт-анализ, проведенный на второй сессии, выявил признаки диффузной идентичности, подтверждая пограничную личностную организацию подростка и его симптомы, носящие регрессивный характер (см. рис.2. Психотерапия с юношем проводилась по интегративной модели, позволив в конце курса «разбить гранит его астмы» (см. рис.3). Участие в кружке юных спасателей в какой-то степени заменило ему групповую психотерапию. Юноша использовал свой ресурс, поступив на факультет изобразительного искусства.

Катамнез через 8 лет. Симптоматика отсутствует. Работает чиновником. Круг общения ограничен: нет друзей, подруги. По настоянию бабки записался на прием, но не пришел.

∞ В приложении 1 приведен список психосоматических симптомов и синдромов из книги Исаева «Психосоматические расстройства у детей», которую мы рекомендуем прочитать специалистам, работающим как с детьми, так и с взрослыми.



Рисунок 2. Я как сообщество



Рисунок 3. Разбитый гранит астмы

ИПОХОНДРИЯ (ПО МКБ-11 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА ПО ПОВОДУ ЗДОРОВЬЯ)

Основные (необходимые) признаки.

Устойчивая озабоченность или страх по поводу возможного наличия одного или нескольких серьезных, прогрессирующих или угрожающих жизни заболеваний. Озабоченность сопровождается любым из следующих признаков:

Повторяющиеся и чрезмерные действия, касающиеся здоровья, такие как многократная проверка отсутствия признаков болезни, трата чрезмерного количества времени на поиск информации о предполагаемой болезни, поиск повторных заверений со стороны (например, многократное посещение медицинских консультаций); или Неадекватное избегающее поведение в отношении здоровья (например, избегание медицинских осмотров).

Симптомы приводят к значительному дистрессу или выраженным нарушением в личной, семейной, социальной, учебной, профессио-

нальной и других важных сферах функционирования. Если функционирование поддерживается, то только за счет значительных дополнительных усилий.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №7

Так, экстернализирующий и способствующий установлению терапевтического альянса эффект у Максима, 17 лет, назвавшего свое состояние «съехавшей кукухой» (панические атаки, кардиофобия), произвело задание «Мои тараканы» (рис.4). Психотерапевт, работавшая с ним до этого в когнитивно-поведенческой парадигме (с матерью встретилась только вначале терапии на 10 минут) не смогла установить с ним контакт и не поняла, что за симптоматикой скрывается «нарциссический дефицит», связанный с недостатком любви и отражения родителей. Пациент отказался принимать антидепрессанты, тем более что при последующем мониторинге сердца были найдены: ночью брадикардия, частые эпизоды миграции водителя ритма по предсердиям. Мать и отец часто критиковали своего старшего сына за учебу и эмоциональные реакции «как у девочки». Первые невротические симптомы появились в 10 лет, появились и отражали «вторичную выгоду» болезни, когда родители стали больше внимания уделять не пациенту, а его младшему брату. С тех пор постоянно прислушивался к своему телу, искал различные болезни. В период обращения пациент, будучи обиженным невниманием к нему родителей, оставшись один, тут же побежал к дедушке и бабушке, живущих рядом из-за страха умереть от заболевания сердца. Установление сопутствующего формирующегося нарциссического расстройства личности со средним структурным уровнем позволило определить индивидуальный психотерапевтический маршрут. Работа проводилась в интегративном ключе, включавшая индивидуальную психотерапию 1 раз в неделю, госпитализацию в психотерапевтический стационар в период каникул (цели: групповая терапия, отрыв от семейной системы, снятие уникальности симптоматики) и последующей поддерживающей психоте-

рапией. Был вскрыт ретрофлексивный механизм его психосоматического расстройства (см. раздел «психодрама и монодрама»). В рамках краткосрочной семейной психотерапии были скорректированы подходы к воспитанию, а у подростка уменьшились идеализированные, необоснованные требования к матери, не способной в силу своих нарциссических особенностей дать ему необходимый «объем любви». Окончил школу и поступил в университет по «бюджету». Катамнез 1,5 года. симптоматики нет. В стабильных отношениях с девушкой полгода.

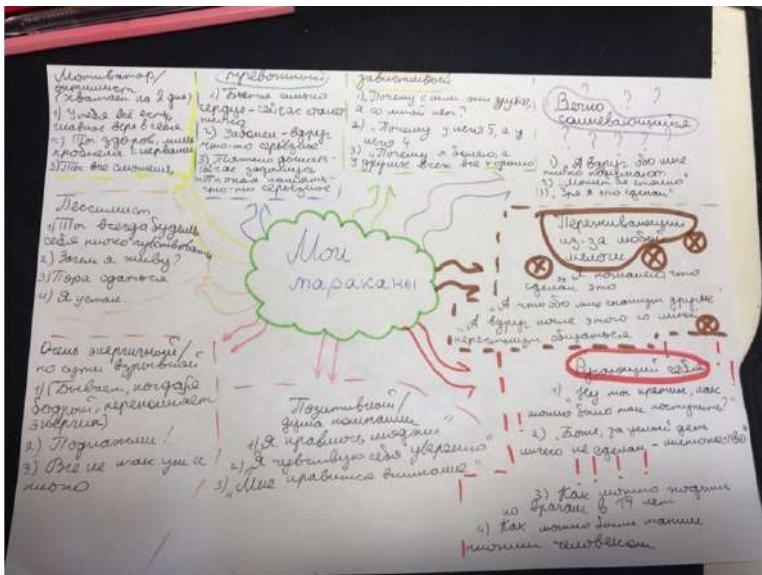


Рисунок 4. Мои тараканы

Симптом является системным феноменом

Часто в работе с подростками возникает соблазн рассматривать симптом как нечто автономное, лишенное какой-либо смысловой связи с системой (организмом, семейной системой).

Тем не менее, симптом всегда необходимо рассматривать

не как отдельный феномен, а как элемент более широкой системы. Симптом никогда не возникает автономно, он «вплетен» в ткань системы. Симптом нужен и важен системе в данный период ее существования. Посредством его она решает какую-то важную для себя функцию. См. ниже раздел ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ ДИСФУНКЦИИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ.

Еще следует указать, что в МКБ-11 соматоформные симптомы учитываются и в других группах заболеваний.

РАССТРОЙСТВА, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ

В МКБ – 11 расстройства, непосредственно связанные со стрессом, напрямую имеют отношение к воздействию стрессогенного или травмирующего события, или серии таких событий, или травматичного опыта. Для каждого расстройства в этой группе определяемый стрессогенный фактор является обязательной, но и не достаточной причиной. Хотя и не у всех лиц, оказавшихся под воздействие стресса, разовьется расстройство, расстройства в этой группе не возникнут без переживания стрессора. Стрессогенные события для некоторых расстройств в этой группе находятся в рамках нормальных жизненных переживаний (например, развод, социоэкономические проблемы, тяжелая утрата). Другие расстройства требуют воздействия чрезвычайного или жизнеугрожающего стрессового события (т.е., потенциально травмирующее происшествие). Все расстройства в этой группе отличает то, что по происхождению, характеру и длительности симптомов и связанным с этим нарушениям функционирования, они возникают в ответ на стрессовые события. Расстройства, непосредственно связанные со стрессом, включают следующее:

Посттравматическое стрессовое расстройство

Осложненное посттравматическое стрессовое расстройство

Затяжная патологическая реакция горя

Расстройство адаптации

Другое расстройства, непосредственно связанное со стрессом

Основные (необходимые) признаки.

Проявления характеризуются связанными со стрессом симптомами, которые имеют общие клинические признаки с другими Расстрой-

ствами, непосредственно связанными со стрессом (например, возникающими в конкретной связи с идентифицируемым стрессором).

Симптомы не соответствуют диагностическим требованиям для любого другого расстройства в группе Расстройств, непосредственно связанных со стрессом или для Острой реакции на стресс.

Симптомы не объясняются в большей мере другим Психическим и поведенческим расстройством (например, Аффективным расстройством или Тревожным и связанным со страхом расстройством).

Симптомы не являются проявлением другого заболевания и не связаны с воздействием какого-либо вещества или лекарственного средства на центральную нервную систему, включая эффекты отмены.

Симптомы приводят к значительному дистрессу или к существенным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования. Если функционирование сохраняется, то лишь за счет существенных дополнительных усилий.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №8. (КРАТКОЕ ПОСМЕРТНОЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Бронислав, 39 лет.

Родился недоношенным. В течение 2,5 месяцев, находясь в отделении для недоношенных детей, получал молоко матери, которое родители привозили в стационар. Мать не была допущена в стационар ухаживать за недоношенным сыном. Родился плачущим и коммуникабельным ребенком, у него всегда было много друзей. В семье больше тяготел к отцу. С детства строил планы будущей жизни, впоследствии, большинство их осуществил. Ответственно относился к учебе, окончил химико-фармацевтический факультет. Очень любил свою специальность, участвовал в продвижении необходимых лекарств для онкологических пациентов.

Женился в 24 года по любви. Приоритетные ценности родительской семьи находились в духовной сфере: развитие, искренность в отношениях, взаимопомощь, профессионализм, тогда как ценности семьи жены, присутствовали в материальной сфе-

ре: заработка, красивые вещи, путешествия. В целях экономии проживали в квартире тестя, что позволяло им путешествовать и не чувствовать себя стесненными в средствах. Однако три года назад тестя, невзлюбивший зятя, спровоцировал конфликт и написал на него заявление в полицию, о том, что зять покушался на его жизнь. До этого Бронислав заботился о нем, когда тот лежал в больнице с инфарктом, отвозил его на дачу, платил всю сумму за квартиру. Конфликт был исчерпан примирением сторон. Какой-то период жили у родителей пациента, затем они с женой решили взять дорогую ипотеку не смотря на рекомендации всех друзей и знакомых не делать этого опрометчивого шага. Первый год радовались новой квартире и свободе, но через год фирма, в которой работал Бронислав, закрылась. В течение двух последующих лет сменил 5 мест работы, а последние полгода был безработным. Возникли проблемы со здоровьем: испытывал сильную слабость, головокружения. Обращался к кардиологам, неврологам, эндокринологам: назначались инструментальные обследования, которые не находили видимых симптомов заболевания. Во время суточного мониторинга была обнаружена брадикардия, пульс 52. Назначено симптоматическое лечение. Стал плохо спать, появились кратковременные, на несколько секунд, отключения сознания, о которых не сообщал врачу, жене (синкопе?). Одолжил деньги у знакомых, родителей, намереваясь их вскоре отработать. Говорил своему другу, что ему безумно стыдно за свою, неожиданную для него, финансовую несостоятельность. Очень сильно переживал неустойчивое финансовое положение семьи, в возникновении которого винил себя. С родителями стал общаться все реже, ссылаясь на необходимость зарабатывать на ипотеку. Был заброшен спорт. Жену беспокоила его безработица, неправильное отношение к сыну, с которым он проводил много времени. Ребенок рос своевольным, а в силу мягкости характера отца последний неправлялся с его воспитанием. Супруга взяла дополнительную работу, пыталась организовать подработки для семьи, которые были связаны с длительными поездками Бронислава на ма-

шине, часто в ночное время. Пациент старался ей не перечить, оправдывал её раздражительность усталостью, шёл первым на примирение после ссор. Ночные поездки способствовали недосыпанию, потере веса, нарастала усталость, слабость. Эндокринолог, наблюдавший его по поводу начальных проявлений гипотиреоза (показатели гормонов щитовидной железы были на нижней границе нормы), назначил новую схему и заверил, что через две недели он почувствует себя лучше... Через 2 недели пациент умер.

Таблица 2. Синдром Такоцубо

Кардиомиопатия (синдром) Такоцубо

Синонимы:

- Нейрогенный станированный миокард
- Стress-кардиомиопатия
- Стress-индуцированная кардиомиопатия
- Транзиторное баллонирование верхушки левого желудочка
- «кампульная» кардиомиопатия
- «синдром сломанного сердца» («broken heart syndrome»)

Кардиомиопатия такоцубо (от яп. *tako* – краб, *tsubo* – ловушка для осьминога), **транзиторное шарообразное расширение верхушки левого желудочка, стрессовая кардиомиопатия** – вид неишемической кардиомиопатии при котором развивается внезапное преходящее снижение сократимости сердечной мышцы. В связи с тем, что слабость

миокарда может вызываться эмоциональным стрессом, например, смертью любимого человека, безработицей, длительным семейным конфликтом состояние также называется «**синдромом разбитого сердца**». Синонимы представлены в табл.3

Точные причины развития кардиомиопатии такоцубо неизвестны. Поэтому универсальный план борьбы с недугом специалисты в настоящее время предложить не могут. Врачи обычно назначают курс терапии, схожий по своим принципам с лечением гипертонической болезни. С его помощью можно предупредить такие осложнения, как инфаркт или инсульт. Медикаментозное лечение включает в себя гипотензивные препараты: ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов. Чтобы копировать симптомы синдрома «разбитого сердца», используются антидепрессанты, транквилизаторы, вегетостабилизаторы. При незначительной выраженности проявлений патологии предпочтительно психотерапевтическое лечение.

Прогноз. При стрессовой кардиомиопатии риск летального исхода предельно низок, но все же существует.

К сожалению, интернисты редко собирают психосоциальный анамнез. Если проанализировать стрессовые события, произошедшие за 2 года у Бронислава, то они выглядят следующим образом.

Жизненные события и баллы (по шкале стресса Холмса)

Ссора с тестем, угроза тюремного заключения	50
Травма или болезнь	63
Увольнение с работы	50 (4 раза за 2 года)
Изменение в состоянии здоровья членов семьи	45
Снижение либидо	40
Потеря работы	47
Изменение финансового положения	39
Смерть близкого друга	38
Смена рода деятельности	37
Увеличение конфликтов в отношениях	36
Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	35
Просрочка выплаты кредита, растущие долги	31
Повышение служебной ответственности	30

- Проблемы с родственниками мужа (жены) 29
Изменение условий жизни 26
Изменение личных привычек, стереотипов
поведения 25
Проблемы с начальством 24
Изменение условий или часов работы 23
Перемена места жительства 20
Проведение досуга или отпуска 20
Изменение социальной активности 19
Ссуда или заем средней и малой величины 18
Изменение индивидуальных привычек, связанных
со сном, нарушение сна 17
Изменение числа живущих вместе членов семьи,
изменение характера и частоты встреч с другими
членами семьи 16
Изменение привычек, связанных с питанием
(количество
потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита
и т.п.) 15
Угон автомобиля 30
Незначительное нарушение правопорядка (штраф
за нарушение правил уличного движения) 12

Итоговая сумма определяет одновременно и степень сопротивляемости стрессу. Большое количество баллов (более 300) – это сигнал тревоги, предупреждающий об опасности. Следовательно, необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс.

Даже предварительный подсчет суммы свидетельствует о превышении «опасного порога» в 2 с лишним раза.
Бронислав умер от острой сердечной недостаточности.

Причина смерти: прочие кардиомиопатии.

Рис.5. Этот рисунок примерно за пол-года до смерти Бронислава выбрал случайно из альбома для раскраски и оформил его сын, который учится в художественной школе; он назвал её

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ КУЛАКОВ

«любовь»). Этот рисунок символически отражает это расстройство: здесь и любовь, и стрессы и со-зависимость: сердце не выдержало... (зависимость написано моей рукой – С.А.)



Рисунок 5. «Разбитое сердце»

Иными словами, если в клинике психосоматического расстройства не обнаружено выраженных органических изменений, то диагностический процесс направляется на изучение истории жизни пациента, ведущих конфликтов, схем, т. е. психологической составляющей заболевания. В связи с этим следует подчеркнуть важность психосоциального аспекта позитивной диагностики, отражающего реальную жизненную ситуацию пациента, взаимоотношения его с окружающими людьми, их ожидания и требования по отношению к больному, способы разрешения им патогенной ситуации, характер используемых психологических защит и копинг-механизмов.

Под английским термином «*scoping*» подразумевается процесс конструктивного приспособления, в результате которого данное лицо оказывается в состоянии справиться с предъявленными требованиями таким образом, что трудности преодолеваются, и возникает чувство роста собственных возможностей, а это в свою очередь ведет к положительной самооценке. Самооценка – это процесс когнитивной и аффективной оценки собственной личности. Самооценка может выступать в качестве показателя уровня психической зрелости личности.

К сожалению, ни одна классификация не основана на едином подходе. В нее включено ограниченное число синдромов и заболеваний; ряд аналогичных расстройств остался за ее пределами. Одним из вариантов выхода из кризисной ситуации является тщательно собранный анамнез, использование многоосевых подходов и концепции мультимодальности.

∞ Подробную информацию о классификационных системах, включая проект новой МКБ-11 можно найти на сайте Российского общества психиатров <http://psychiatr.ru>

ГЛАВА 2. КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА. ПЕРВЫЕ (ПРИЕМНОЕ) КЛИНИКО- ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ

Для вынесения диагностического решения существуют различные методические пути получения данных.

Хотя многие специалисты в области психического здоровья используют психологические тесты, самый надежный метод на практике – диагностическая беседа (интервью).

Не потеряло своего значения понятие негативной и позитивной диагностики, пришедшее из диагностики невротических расстройств, представленное главным образом в трудах В. Н. Масищева, его сотрудников и последователей, которое можно использовать и в диагностике психосоматических расстройств. Содержание понятия негативной диагностики состоит в отнесении к неврозам только тех заболеваний, при которых отсутствуют установленные биологические причины и изменения. Сущность позитивной диагностики вытекает из признания категории «психогенного», включающей в себя следующие основные положения: 1) психогенез связана с личностью больного и с психотравмирующей ситуацией, трудностью этой ситуации, с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее; 2) возникновение и течение невротического расстройства более или менее связаны с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между динамикой состояния больного и изменениями психотравмирующей ситуации; 3) клинические проявления по своему содержанию в определенной степени связаны

с психотравмирующей ситуацией и с переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний; 4) отмечается более высокая эффективность психотерапевтических методов по отношению ко всему заболеванию и отдельным его клиническим проявлениям сравнительно с биологическими воздействиями.

Диагностическая беседа служит не только для сбора информации, но одновременно выполняет консультирующую и терапевтическую функции. При диагностике особенно важно учитывать разные, в частности, взаимодействующие влияния как поведения интервьюирующего, так и ответа-поведения интервьюируемого. Присоединение к пациенту во время интервью, когда появляются первые данные о расстройстве и собирается анамнез, может являться уже начальной фазой клинико-психологического вмешательства. Умение провести первичный прием пациента – навык, который нарабатывается годами каждым специалистом. Обычно первичное интервью подразумевает получение информации о новом пациенте для определения наиболее подходящей терапии, если таковая необходима. Приемное интервью проводится, прежде всего, с диагностической целью. Соответственно, оно подразумевает широкое применение вопросов.

Исследованию предшествует ряд открытых вопросов, позволяющих осуществить присоединение, открыть зоны переживания пациента, подвести к жизнеописанию.

Цели первичного психотерапевтического интервью:

- изучение основных жалоб пациента
- изучение личной истории пациента
- концептуализация случая и формулирование соответствующих терапевтических задач.

ЖАЛОБЫ И СИМПТОМЫ

Оценка жалоб пациента требует от интервьюера определения основного источника дисфункции пациента, а также диапазона других проблем, которые ей способствуют. Симптомы пациента нужно классифицировать и ранжировать в зависимости от их приоритетности и с учетом возможностей для психотерапевтических вмешательств.

Говоря о симптомах психосоматических расстройств, в первую очередь необходимо перечислить симптомы эмоциональные (обида, неустойчивость настроения и т. д.), являющиеся следствием реакции напряжения, тревоги и фрустрации. Гипотеза появления проблемы, предложенная пациентом или членами его семьи, выявляет внутрисемейные убеждения, относящиеся к этой проблеме, их влияние на переживания и на методы решения проблемы. Такой порядок описания не позволит пропустить и явления коморбидности.

ПОГРАНИЧНЫЙ ТИП (МКБ-11)

Примечание: данный уточняющий критерий был включен для улучшения клинической полезности классификации Расстройств личности. Существует значительное перекрытие между этим разделом и информацией, содержащейся в описании дополнительных признаков. Однако **использование этого квалификатора может облегчить выявление лиц, которым могут помочь определенные виды психотерапии.**

Квалификатор Пограничного типа может быть применен по отношению к индивидам, картина Расстройства личности которых характеризуется повторяющейся нестабильностью межличностных отношений, образа себя, настроения, а также выраженной импульсивностью, о чем свидетельствуют пять (или более) из следующих критериев.

Отчаянные усилия, чтобы избежать реального или воображаемого одиночества.

Паттерн неустойчивых, чрезвычайно сложных межличностных отношений, которые могут характеризоваться колебаниями между идеализацией и обесцениванием, обычно связанный с сочетанием сильного желания и страха близости.

Нарушение идентичности, проявляющееся в выраженном и постоянно неустойчивом образе себя или самоощущении.

Склонность действовать опрометчиво в состоянии сильного негативного аффекта, что приводит к потенциально саморазрушительному поведению (например, рискованное сексуальное поведение, опасное вождение, чрезмерное употребление алкоголя, употребление психоактивных веществ, переедание).

Повторяющиеся эпизоды самоповреждения (включая попытки самоубийства).

Эмоциональная нестабильность из-за выраженной реактивности настроения. Колебания настроения могут быть вызваны как внутренними (например, собственными мыслями), так и внешними событиями. Как следствие, индивид испытывает сильные дисфорические состояния, которые обычно делятся несколько часов, но могут длиться до нескольких дней.

Хроническое чувство пустоты.

Неуместный интенсивный гнев или трудности с контролем гнева, проявляющиеся в частых его проявлениях (например, крики или вопли, бросание или разбивание вещей, драки).

Преходящие диссоциативные или психотические симптомы (например, кратковременные галлюцинации, паранойя) в состоянии аффекта.

Другие проявления пограничных особенностей, не все из которых могут присутствовать у данного индивида в настоящий момент времени, включают следующее:

Представление о себе как о несоответствующем, плохом, виновном, отвратительном и достойном презрения.

Переживание себя как глубоко отличающегося и изолированного от других людей; болезненное чувство отчуждения и всепроникающего одиночества.

Склонность излишне переживать отказы; проблемы в установлении и поддержании полноценного, надлежащего уровня доверия в межличностных отношениях; частое неправильное истолкование социальных сигналов.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №9

Эффективность работы клинического диагноза определяется его способностью выдвигать гипотезы, предположения и намечать возможные методы их проверки. В некоторых случаях полезно пользоваться патобиограммой (табл.2), в которой симп-

ПСИХОСОМАТИКА

томы и особенности личности разнесены во времени и по годам. В данной таблице отражены симптомы и диагнозы Валентины М., 19 лет, которая лечилась в разных клиниках с разными диагнозами, включая психосоматические расстройства. В наркологической клинике был верифицирован диагноз пограничного расстройства личности, которое сопровождается полисимптоматическим неврозом и сменой симптомов во времени.

Клиническая диагностика строится на обобщении различных исходных данных интенсивного обследования единичного случая, а сама диагностика исходит из принципа качественного анализа особенностей психического явления в противоположность задаче лишь количественного измерения.

Таблица.3 Патобиограмма пациентки Валентины М., 19 лет

Симптомы/диагноз	8-9 лет	10-11 лет	12-13 лет	14-15 лет	16-17 лет	18-19 лет	19 лет (находка в)	19 лет (Февраль) 2015 (развивающиеся)
Патологические личностные черты	Гиперактивность			Сложная и неадекватная личность	Демонстративное поведение		Сложная и неадекватная личность	Внешний интроверт
Импульсивность:			Агрессивно-челюстные проблемы	Ком навис	Сложные партнерские, межличностные конфликты	Агрессия, подрыв личных планов	Психотипичность	Лашин Убегание с группой в случае Критики
Антагонизм:					Конфликт с родителями	Истерические приступы	Истеро-формальные реакции	Амбициозность
Другие симптомы	Ком в горле		Блокажи		Булинг		Псевдоголотики	Психосоматические симптомы
Госпитализация						НИИПНИИ	НИИПНИИ	Реабилитация
Диагноз						Найд. шизофр.	Шизотипическая личность	ПРЛ

Основа клинической диагностики – это развертка явлений во времени, и только комплекс методических приёмов позволяет это сделать.

На рис. 6. показано сколько различных диагнозов может быть установлено у одного пациента, страдающего сопутствую-

щим пограничным расстройством личности (ПРЛ).



Рисунок 6. Варианты диагнозов у пациента с ПРЛ

Способы совладания с внутренним напряжением в виде различных злоупотреблений, которые наиболее ярко выражены в клинической практике, скорее приводят к симптоматической, а не патогенетической постановке диагноза.

∞ О методике патобиограммы можно почитать в книге Арндта П. Психосоматика и психотерапия: справочник/пер. с нем. — М.:МЕДпресс-информ,2014

Некоторые жалобы имеют еще один механизм происхождения – регressiveный, сочетающий в себе и физиологические, и психологические факторы (например, когда молодой человек не отделяется от семьи и не берет ответственность за свою жизнь и (или) дополнительно заболевает психосоматическим заболеванием).

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №10

Андрей, 19 лет. Когда мальчику было 14 лет, мать впервые обратилась к психотерапевту по поводу частых респираторных инфекций и перепадов настроения, трудностей установления контакта с окружающими.

В момент обращения подросток находился на домашнем обучении в связи с болезнями. Во время первого интервью было отмечено, что у пациента кроме вышеописанных жалоб регистрировалась зависимость от кумира. Андрей знал наизусть все песни Высоцкого, носил в своем кармане мешочек с землей с его могилы, «доставал» одноклассников разговорами о нем. Вечерами не давал матери заниматься своими делами, сидел рядом, просил разговаривать с ним. Единственный сын в семье. Об отце сообщили следующую информацию: он редко бывает дома, так как его работа связана с командировками.

Подростку было предложено поучаствовать в краткосрочной психотерапевтической группе. Вначале Андрей отказался, опасаясь, что группа его не примет. После тщательной подготовки с применением десенсибилизации (посидел в комнате групповой психотерапии, почитал плакаты, рассмотрел рисунки, побеседовал с ко-терапевтом) согласился прийти на первое занятие. Адекватно вписался в группу. На третьем занятии работал со своей проблемой зависимости от авторитета. В психодраме было показано, как тень Высоцкого затмевает развитие его собственных способностей. На следующий день поделился с ребятами следующим фактом: летом вместе с одноклассниками он создал свой любительский фильм. Подружился на занятиях с ровесником Юрием (см. книгу «На приеме у психолога – подросток»). С большой тревогой воспринял окончание группы. На последнем занятии в рисунке «Мое настроение» нарисовал разведенный мост.

Через три дня у него появились жалобы, что мир стал «как кино, а он чувствует себя манекеном», что трактовалось как депрессивный эпизод. После проведения трехнедельного курса медикаментозной терапии жалобы депрессивного характера

прошли. Была продолжена индивидуальная психотерапия. На психотерапевтических сеансах свои отношения с родителями описывал как непонятные. «Спрашиваю отца, почему он не дает свой рабочий телефон, а тот ссылается на правила работы фирмы. С матерью в контакте такое ощущение, что **я открываю дверь, а она держит ее изнутри**».

На последующей семейной сессии, в которой участвовали мать и сын, психотерапевт поделился с женщиной метафорой ее ребенка и спросил, какое она имеет значение для семьи. Мать побледнела, достала ингалятор и прыснула себе аэрозоль в горло. «Знаете, я страдаю несколько лет бронхиальной астмой... Я должна сказать несколько вещей...» Психотерапевт: «Пожалуйста, не волнуйтесь. Во время психотерапии приходится говорить и о неприятных вещах: изменах, венерических болезнях, ненависти к родителям» (реплика в сторону: «Ага, еще один носитель симптома! Надо искать семейный секрет»). Мать сообщила следующую информацию. Она познакомилась с отцом Андрея, когда училась на третьем курсе университета. К этому времени он обучался в аспирантуре, и у него была своя семья. Однако он заверял, что любит ее, и, узнав о беременности, не настаивал на прерывании, обещал помочь ей и ребенку, а позже оформить развод с женой. Прошло 14 лет, но он так и не смог сдержать свое слово. Появлялся он неожиданно и редко. Последние годы напряжение, связанное с работой, болезнями Андрея и хранением этой тайны значительно возросло. У матери на глаза навернулись слезы: «Знаете, мне нужно побывать одной». Мальчик спокойно выслушал исповедь матери. «Мне теперь легче. Какой-то груз свалился».

В ходе индивидуальных занятий и поддерживающей психотерапии началось «строительство мужского здания» подростка (использована техника арт-анализа «Я как сообщество» и создание антнarrатива через нарисованный образ).

Если в начале на чертеже «площадь» матери и бабки в «его здании» занимали 70%, то в своем новом проекте «внутреннего сооружения», планировавшемся к сдаче в эксплуатацию к 1 ап-

реля 200... года она занимала 40%. Одна из «площадей» – ответственность – составляла уже большую долю. Первой ласточкой в открытии своего творческого потенциала было создание подростком учебного фильма «Групповая психотерапия подростков».

Мальчик прервал терапию, поступив в колледж на обучение специальности «кинооператор». Мать отказалась пройти собственную терапию, но продолжала поддерживать контакты с психотерапевтом, поздравляя его каждый раз с Новым Годом.

Повторное обращение через 4 года. Жалоб на физическое здоровье нет. Заканчивает обучение в колледже по специальности «кинооператор». Отношения в группе характеризует как хорошие. Мать прервала прежние связи с биологическим отцом Андрея. Ингалятором по поводу бронхиальной астмы пользоваться перестала. Юноша после разрыва отношений с девушкой, отвергшей его любовь, стал страдать игровой зависимостью. Состоялась только одна встреча с юношой, на следующее занятие он не пришел.

Катамнез через год после повторного обращения. Со слов матери, пожелавшей, наконец, пройти собственную терапию, Андрей прекратил играть, но теперь зависит от своей подруги, старше его на 8 лет.

Отсутствие необходимой («здравой») фruстрации в отношениях с матерью, ее выраженная гиперпротекция привели к тому, что в объектных отношениях не возникло дифференциации Я – Другой. Уровень организации личности пациента – пограничный, тип характера отражается сочетанием нарциссических и зависимых черт. Пациент и его мать изначально нуждались в длительной индивидуальной раскрывающей терапии, но прервали или не начинали ее. **Налицо смена симптоматики, характерная для пограничной личностной организации.**

ИЗУЧЕНИЕ ЛИЧНОЙ ИСТОРИИ ПАЦИЕНТА

Выяснение личной истории пациента – деликатный и сложный процесс, поэтому интервьюер вначале должен придерживаться недирективных подходов. Личная история начинается с ранних детских воспоминаний, включает впечатления о жизни в семье и учебе в школе, отношения со сверстниками и профессиональную деятельность. При сборе психосоциальной информации клиническим интервьюерам следует быть избирательными и гибкими; невозможно выяснить все в течение одной встречи. В отличие от психических расстройств, которыми занимается «большая психиатрия», при «пограничной патологии» вряд ли будут наблюдаться расстройства мышления, интеллектуальной сферы или другие выраженные психопатологические отклонения. Если такие проявления имеют место и исследователь испытывает затруднения при их верификации, то следует использовать такой диагностический инструментарий, как структурное интервью Кернберга (рис.7), провести тщательное психопатологическое исследование.

ОПЫТ ОБЩЕНИЯ СЕМЬИ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

Еще важный пункт, который никак нельзя упустить – это опыт общения с лицами помогающих профессий (помощниками), один из самых тонких разделов для психологов. Он посвящен поискам описания текущих взаимоотношений пациента с помощниками и предыдущего позитивного и негативного опыта общения с психологами, врачами, психотерапевтами.

Отмечается:

общение семьи (пациента) со специалистами в настоящее время;
прошлый опыт обращения за психологической помощью;
влияние прошлого опыта на точку зрения профессионалов.
Для пациента, имевшего многоократный негативный опыт

взаимодействия с помощниками, процесс опроса о предыдущих контактах может помочь определить, что данное обращение – другое, отличается от предыдущего. Сам факт обсуждения открывает возможность развития иных взаимоотношений.

Этот раздел важен, так как показывает психологам проблемы, которые могут возникнуть у нас с данной семьей или пациентом. Кроме того, специалист обобщает опыт предыдущих усилий помощников и других отношений с пациентом. Необходимо также провести границу между реальными фактами и переживаниями семьи по этому поводу. Осознать негативный опыт в некоторой конкретной ситуации не означает согласиться с утверждением, что предыдущий специалист – «плохой». Для пациента, имевшего многократный негативный опыт с помощниками, процесс опроса об их предыдущих обращениях может помочь определить, что данное обращение – другое, отличается от предыдущего. Сам факт обсуждения открывает возможность развития иных взаимоотношений.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА. СТРУКТУРНЫЙ ДИАГНОЗ

В процессе психологического обследования решаются вопросы диагностики, общие для всех ее сфер. Кроме того, в исследовании решаются частные проблемы, например, исследование уровня организации личности и «синдрома диффузной идентичности», выявление ведущего аффекта в объектных отношениях (от этого зависят сроки психотерапии). «Диффузная идентичность» проявляется в амбивалентном отношении к себе и другому (нарушенные Я- и объект-репрезентации) и включает механизм расщепления; импульсивное поведение, которое может наносить вред пациенту проявляется в следующих формах:

импульсивное поведение при трате денег
импульсивная сексуальность
 злоупотребление психоактивными веществами
(ПАВ)
безрассудная езда на автомобиле
импульсивность в еде
повторяющиеся суицидальные действия
угрозы совершения суицида
самоповреждающее поведение

Структурное интервью Кернберга (рис.7) облегчает эту задачу диагностики.

СХЕМА КРУГОВОГО ИНТЕРВЬЮ ПО КЕРНБЕРГУ



Рисунок 7. Диагностическое интервью по Кернбергу

Структурный диагноз ставится по следующему алгоритму.

А. ИДЕНТИЧНОСТЬ

Способность вкладываться в учебу, работу, отдых, получение удовольствия

1. Глубоко, постоянно и адекватно уделяет время работе (учебе) и досугу

2. Глубоко, постоянно и адекватно уделяет время работе/учебе ИЛИ досугу, проявляя поверхностность в другой сфере из двух.
3. Вовлеченность в работу и досуг непоследовательная и поверхностная.
4. Может уделять больше времени какому-то одному занятию или проявлять кажущуюся вовлеченность, больше для удовлетворения нарциссизма.
5. Минимальная вовлеченность в работу/учебу или досуг
6. Отсутствие вовлеченности в работу/учебу или досуг

Провалы в школьном образовании дают возможность вскрыть и семейный контекст консультируемого случая: какие установки у родителей на школьные достижения и поведение; разделяют ли родители ответственность за проблемы своего ребенка или они ругают школу; хвалят ли родители за школьные достижения ребенка или «учатся за него». Другими подкрепляющими или ослабляющими девиантное поведение условиями являются отношения учителей и дирекции школы с конкретным учеником: знают ли они его особенности; есть ли контакт у родителей с учителями или они находятся в конфронтации.

Умение планировать отдых и развлечения также показатель «взрослости».

ЧУВСТВО Я

Самоописание (поверхностное, глубокое); амбивалентность, постоянство чувства Я в настоящем; мнения, вкусы; нарциссические черты; чувство Я в интимных отношениях; самооценка. Выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки. Самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной, или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки: (от грандиозности к униженности).

1. Самоощущение хорошо интегрировано — связное, сложное, сохраняемое в течение длительного времени, вне зависимости от ситуации.

2. Самоощущение хорошо интегрировано, но нестабильно в течение длительного времени или легкие, стабильные нарушения самоощущения (например, непонимание себя).
3. Самоощущение почему-либо плохо интегрировано (не соглашается в чем-либо, поверхностное, нестойкое или противоречивое, со значимыми нарушениями (например, одновременно идеализированное и девальвированное представление о себе, устойчиво грандиозное представление о себе или устойчиво обесцененное).
4. Самоощущение плохо интегрировано: нестабильное, слишком поверхностное, противоречивое или устойчиво грандиозное/девальвированное.
5. Самоощущение не интегрировано: крайне несвязное, поверхностное хаотично нестабильное с отсутствием ощущения ядра личности.

РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ДРУГИХ

Значимые фигуры в настоящей жизни. поверхностное, глубокое описание, амбивалентность, меняющееся мнение о других или целостное восприятие достоинств и недостатков родителей или друзей.

1. Представления о других хорошо интегрированы – связанные и устойчивые, в разное время и в разных ситуациях
2. Представления о других хорошо интегрированы, но есть некая поверхностность или легкая нестабильность в данных представлениях или в чувствах других по отношению к опрашиваемому.
3. Представления о других в чем-то плохо интегрированы – присутствует несогласованность, туманность, поверхностность, непоследовательность, какая-либо нестабильность и противоречивость в ощущениях других или в чувствах других по отношению к опрашиваемому, описания могут быть автореферентными (со ссылкой на себя как на источник информации для себя).
4. Представления о других плохо интегрированы – несогласо-

ванные, нестойкие, противоречивые, со значимыми нарушениями; описания во многом автореференты.

5. Представления о других не интегрированы – карикатурные, хаотичные, противоречивые и крайне нарушенные; описания автореферентны.

Б. ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Межличностные отношения

Присутствуют\отсутствуют, сколько времени (в норме устойчивые отношения должны наблюдаться не менее года).

Отношения с ровесниками – также серьезный предиктор эмоциональных и поведенческих расстройств у подростков. Специалисту следует расспросить, кто является близким приятелем данного пациента; чем они вместе занимаются; как пациент себя чувствует в неформальной группе. Предпочтение группы старших подростков или маргинальной группы может навести на мысль о семейной дисфункции, а избегание социальных контактов – на тревожное расстройство личности или слабое развитие социальных и коммуникативных навыков. Контактируя с другими, подростки не воспринимают адекватно границы между собственными намерениями в общении и чувствами других людей.

1. Есть как минимум один (или больше) хороший друг с продолжительностью дружбы не менее двух лет; регулярные контакты с близкими друзьями; большая глубина вовлеченности; конфликты с друзьями редки и понятны (реалистичны).

2. Один (или более) хороший друг с продолжительностью дружбы не менее двух лет, но в самой близкой дружбе прослеживается поверхностность, конфликтность или меньшая вовлеченность, проявляющаяся вариабельностью контактов и доверия, конфликтами в дружбе.

3. Можно говорить о наличии одного или более друзей с поверхностными отношениями, более короткой продолжительностью, значимо сниженной интимностью или нарушением взаимности доверия, значимыми конфликтами с друзьями.

4. Имеет знакомых, вряд ли – друзей. Отношения поверхност-

ные, изобилуют конфликтами.

5. Отсутствие друзей. Описание дружбы бедное, поверхностное, хаотичное.

ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Интимные отношения и сексуальность

Имеются ли романтические или интимные отношения, присутствует любовь или отсутствие сексуальной активности, наличие мастурбации. При первом контакте с подростком эти темы поднимать осторожно или отложить на следующую встречу.

1. Наличие удовлетворяющих интимных отношений с взаимной зависимостью, способность сочетать любовь и сексуальность в течение длительного времени (дольше 6 месяцев).

2. Наличие интимных отношений с изъяном (подавленные, грубые, ограниченно доверительные); может сообщать о наличии любви при подавленности сексуальности; могут быть сложности с интеграцией любви и секса.

3. Ограничение интимной сферы. Может сообщать о сложностях в сохранении интимных отношений; отношения характеризуются широтой конфликтов, кратковременностью и поверхностностью; могут быть длительные отношения с подавлением сексуальности, неверностью и/или нарушением доверия.

4. Краткие, малоинициативные поверхностные попытки установить интимные отношения; серьезная подавленность сексуальности и доверительности и/или промискуитет.

5. Отсутствие интимных отношений и сексуальной активности.

ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Внутренний вклад в отношения со значимыми людьми

Эгоцентризм, скука, открытость, закрытость, наличие эмпатии, экономический взгляд на отношения, конфликтность.

1. Легко поддерживает взаимную зависимость, не рассматривает взаимоотношения как средство удовлетворения потреб-

ностей. Полноценная способность к эмпатии и к уважению/осознанию потребностей других, вне зависимости от собственных потребностей. Легко сохраняет интерес к другим в течение длительного времени.

2. Способен сохранять взаимную зависимость. В целом, не думает об отношениях как о средстве удовлетворения потребностей. Может думать о том, что он (а) получает от отношений, но это – не центральная мотивация в отношениях. Полностью развитая потребность в эмпатии с некоторыми сложностями видеть потребности окружающих вне зависимости от своих в отдельных сферах (сексуальные отношения, соревнования с друзьями). Способен сохранять интерес к другим в течение длительного времени.

3. Ограниченнная возможность в формировании взаимной зависимости. Может либо заботиться, либо нуждаться в заботе ИЛИ занимать доминирующую/подчиненную роль, вести или быть ведомым. Могут наблюдаться колебания между двумя позициями. Склонен рассматривать взаимоотношения как средство для удовлетворения потребностей. Ограниченные способности к эмпатии и к пониманию потребностей других в отрыве от собственных потребностей. Ограниченные способности к сохранению интереса с течением времени.

4. Нет способности к взаимной зависимости. Рассматривает отношения как средство достижения собственных целей. Незначительные способности к эмпатии. Не понимает потребностей других людей в отрыве от своих потребностей. Интерес к человеку после удовлетворения потребности мал или отсутствует.

5. Нет способностей к зависимым отношениям, к эмпатии. Рассматривает отношения целиком с точки зрения удовлетворения своих потребностей, не интересуясь потребностями других.

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ИДЕНТИЧНОСТИ

1. Целостная идентичность – ощущение себя и окружающих хорошо интегрировано, глубокая вовлеченность в работу и отдыkh.
 2. Целостная идентичность но с областями легкого дефицита – ощущение себя и окружающих интегрировано, но с легкой поверхностью, нестабильностью или нарушениями И/ИЛИ некоторыми сложностями вовлечения в работу или отдыkh.
 3. Легкая степень нарушения идентичности – ощущение себя и/или других в чем-то плохо интегрировано (очевидная поверхность, несогласованность или нестабильность, временами – с противоречиями и разрывами) с явными нарушениями способности вовлекаться в работу и/или отдыkh или вовлечение лишь удовлетворяет нарциссические потребности.
 4. Умеренная степень нарушения идентичности – ощущение себя и других плохо интегрировано (значительная поверхность, несогласованность, нестабильность, противоречия и нарушения), дефицит способности вовлекаться в работу/учебу и досуг.
 5. Тяжелая патология идентичности – крайне поверхностные, хаотичные, резко противоречивые и разорванные представления о себе и об окружающих. Вовлеченность в работу и отдыkh отсутствует.
- Примечание: Если нарушение восприятия окружающих значимо выше нарушений самовосприятия – следует заподозрить нарциссическую патологию.

В. АГРЕССИЯ И ВРАЖДЕБНОСТЬ

1. Агрессия по отношению к себе: вред своему здоровью, рискованное поведение, самоповреждения, суициальность, прекращение лечения в медицинских учреждениях, игнорирование рекомендаций врачей, хроническое нарушение режима.
2. Агрессия, направленная на других: враждебность, зависть, гнев, месть, ревность.

1. Отсутствие аутоагрессии или минимальный ее уровень (например, пощипывание кожи).
2. Редкие случаи саморазрушающего поведения (например, случаи чрезмерного употребления алкоголя, случайный секс) и минимальное пренебрежение здоровьем (неправильное питание, нерегулярная чистка зубов, нерегулярный прием назначенных лекарств).
3. Более значимое саморазрушающее поведение (допущение таких ситуаций, как незащищенный секс, любовные интрижки, запои). Выдирание волос или ресниц. Поведение, мешающее выздоровлению или ведущее к инфекционному заболеванию. Неспособность следовать медицинским рекомендациям с потенциально серьезными последствиями.
4. Значимая аутоагрессия: нередкое допущение ситуаций с риском для жизни, крайне рискованное поведение (незащищенный секс с незнакомцем, пьяники в опасных ситуациях, вождение в нетрезвом виде). Нелетальные самоповреждения (порезы, ожоги). Серьезное пренебрежение здоровьем. Суициdalные жесты.
5. Опасная аутоагрессия по «многим фронтам»,
с потенциальным серьезным вредом для здоровья. Одна или более суициdalная попытка.

ОБЩАЯ ОЦЕНКА АГРЕССИИ

Общая оценка агрессии важна для определения прогноза лечения и выбора амбулаторного или стационарного способа оказания помощи.

1. Агрессия под контролем. Могут иметь место эпизоды гнева или вербальной агрессии, но они кажутся адекватными ситуациями.
2. Ситуация с агрессией не критичная. Дезадаптивные проявления ограничены минимальным саморазрушающим поведением или пренебрежением, контролирующим стилем отношений или вспышками верbalной агрессии. Верbalная агрессия чаще

или сильнее, чем в случае 1. Может иметь место хороший контроль, но нарастающая враждебность.

3. Достаточно плохой контроль агрессии. Дезадаптивные проявления агрессии включают в себя значимое саморазрушающее или высоко рискованное поведение, пренебрежение собой и неподчинение. Также/или могут быть вспышки гнева, вербальная ненависть, частые случаи враждебного контроля над другими, садистическое удовольствие от дискомфорта или неудач других. Может наблюдаться хороший контроль над поведением, но значительная враждебность.

4. Плохой контроль агрессии. Если агрессия направлена на себя, она может быть смертельно опасной, но не постоянной. Если она направлена на других, – эпизодическое, но частое вербальное издевательство, частые угрозы физического вреда себе или окружающим, нападения на других, удовольствие от оскорблений и/или злой власти над другими. Суицидальные жесты. Значительная или тяжелая враждебность.

5. Контроль агрессии минимален или отсутствует. Склонность к проявлению хронической, смертельно опасной агрессии. Частые жестокие, садистические вербальные издевательства. Атаки на других или самоповреждения с целью причинить вред. Создание ситуаций, опасных для жизни себя и/или других. Суицидальные попытки. Могут наблюдаться многократные попытки с целью умереть.

Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ

У пациентов с расстройствами личности решающую роль играют механизмы психологической защиты, представляя собой устойчивый, индивидуальный специфический набор приемов. С их помощью индивидуум привыкает преодолевать конфликты, возникающие между основными параметрами психической жизни, – собственно влечениями, потребностями, реальностью, прежде всего значимыми лицами социального окружения. Вместо расширения копинг-механизмов, что бывает у здоровых де-

тей, у подростков с личностными девиациями преобладают защитные построения. Они позволяют пациентам контролировать болезненные, чаще тревожно-депрессивные реакции на конфликт и приводят к гомеостатическому решению проблемы. Далее защиты автоматизируются и перестают осознаваться, в этом причина их устойчивости и того, что больные с ними так неохотно расстаются. Лица с высоким структурным уровнем используют более зрелые защиты: рационализацию, вытеснение, сублимацию. Пациенты со средним и низким структурным уровнем выявляют идеализацию\обесценивание, проекцию, проективную идентификацию, нарциссические фантазии, параноидные симптомы.

Д. АДАПТАЦИЯ\РИГИДНОСТЬ

Планирование, предвидение событий (антиципация), гибкость, самообвинения, застревание на конфликте, ухудшение самочувствия при незначительном стрессе.

Е. МОРАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ

Имеется ли внутренний моральный компас (самостоятельный, постоянный, гибкий). Чувство стыда, вины. Присутствие жестокого, агрессивного, антисоциального поведения (драки, ограбления); отсутствие критики на отсутствие моральных ценностей, отсутствие вины, стыда, раскаяния.

1. Внутренний нравственный компас автономен, последователен и гибок. Отсутствуют признаки аморального поведения. Зрелое и адекватное чувство ответственности за потенциально вредоносное или неэтичное поведение. Испытывает чувство вины.
2. Внутренний нравственный компас автономен и последователен, но с ригидностью или двойственностью в случаях возможной личной выгоды. Нет признаков явно аморального поведения. Некоторая ригидность или небрежность в ощущении беспокойства.

ства или ответственности за свое потенциально вредоносное или неэтичное поведение. Чувство вины есть, но оно пассивно, и не ведет к активным действиям по возмещению ущерба.

3. Некое чувство внутренних нравственных стандартов, слишком ригидное или слабое. Может иметь место неэтичное поведение, такое как плагиат, ложь. Могут наблюдаться трудности с применением нравственных стандартов для управления поведением. Может быть эксплуататором, с трудом берет ответственность за поведение, причиняющее вред другим. Недостаточно ощущает беспокойство и вину, или испытывает чувство вины лишь для садистического самобичевания.

4. Нравственные стандарты слабы, непоследовательны и коррумпированы. Может быть агрессивное антисоциальное поведение, такое как воровство, подлог, шантаж. Может идти на конфронтацию с жертвой, но без насилия (по крайней мере, запланированного). Морально ориентирован на то, чтобы не быть пойманым. Эго-сintonная эксплуатация. Не упускает случаев получить выгоду за счет других. Не испытывает вины или сожаления.

5. Не понимает, что такое «нравственные ценности». Наличие жестокого антисоциального поведения (запланированные нападения, побои) ИЛИ явная психопатия (непонимание явления нравственных ценностей) с жестоким поведением или без такового. Не испытывает вины или сожаления.

Последняя важная сфера, на которой сосредотачивается интервьюер во время приемного интервью – актуальное функционирование пациента. Интервьюер должен перейти к этой теме ближе к окончанию интервью, поскольку это помогает пациенту вернуться из прошлого в настоящее, с его как преимуществами, так и стрессами. Окончание интервью должно подчеркивать сильные стороны пациента и ресурсы его окружения, а также ориентировать пациента на будущее и на постановку практических задач.

Развитие теории объектных отношений в клинической практике способствовало пониманию, что каждого человека можно описать как имеющего определенный уровень развития личности (психологиче-

ский, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и так далее). Это будет означать, что данному человеку свойственен и определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства. Психосоматические расстройства рассматривают в качестве архаических заболеваний Эго (Г. Аммон), большинство пациентов имеют сопутствующее расстройство личности разной степени глубины. Одни функционируют на достаточно высоком уровне, другие находятся на ранних стадиях психоэмоционального развития.

В таблице 4 представлена психоаналитическая нозологическая модель, помогающая определить тип личностной организации.

Таблица 4



Сущность структуры характера не может быть осознана без понимания двух различных и взаимодействующих друг с другом измерений – уровня развития личностной организации и защитного стиля внутри этого уровня. Согласно современным психоаналитическим представлениям, пациенты невротического уровня опираются, в основном, на более зрелые защиты; при этом они используют также и примитивные механизмы, хотя наличие последних не исключает диагноза структуры характера невротического уровня.

В психоаналитической литературе было отмечено, что более здоровые люди используют вытеснение в качестве своей основной защиты, отдавая ему предпочтение по сравнению с менее дифференцированными способами решения конфликтов. Психотические личности чаще всего прибегают к уходу в фантазии, отрицанию, тотальному контролю, примитивной идеализации и обесцениванию, примитивным формам проекции и интроекции, расщеплению и диссоциации.

Первое измерение отражает уровень индивидуации пациента или степень патологии (психотический, пограничный, невротический, «нормальный»); второе обозначает тип характера человека (параноидный, депрессивный, шизоидный и так далее). Оценка центральной проблемы индивида (безопасность, автономия или идентичность), характеристического переживания тревоги (тревога уничтожения, сепарационная тревога или более специфические страхи наказания, повреждения, потери контроля), основного конфликта развития (симбиотический, сепарация–индивидуация, эдипов), способности к объектным отношениям (монадические, диадные, триадные) и чувства собственного Эgo (подавленное, втянутое в сражение или ответственное) образует одно всестороннее измерение аналитической психодиагностики. По этой схеме многие аналитические диагнозы определяют структуру личности пациента. На оси развития расположены три главные категории организации. Фактически мы имеем дело с континуумом, имеющим отличия в степени выраженности. Следует отметить, что в условиях достаточно сильного стресса совершенно здоровый человек может иметь временную психотическую реакцию.

Для того чтобы исследователю было легче понять особенности каждого уровня нарушения, в таблице 5 в краткой форме представлены их характеристики.

Таблица 5. Характеристики уровней нарушений

Характеристики	Уровни нарушений по О. Кернбергу		
Психотический уровень. Симбиоз	Пограничный уровень. Сепарация—индивидуация	Уровень от невроза до здоровья. Интеграция идентичности и константность объекта	
Центральная проблема	Безопасность	Автономия	Идентичность
Характер тревоги	Тревога уничтожения	Тревога сепарации	Тревога наказания и потери контроля
Конфликт развития	Оральный: симбиотический	Анальный: сепарация—индивидуация	Эдипов конфликт
Тип конфликта по Эрикsonу	Базовое доверие или недоверие	Автономия или стыд и неуверенность	Инициативность или вина
Объектные отношения	Монадические	Диадные	Триадные
Чувство «Я»	Затопленное	Сраждающееся	Ответственное

В психотерапии такой подход означает, что можно лучше понять пациента, рассматривая его не только через призму интрапсихических проблем (тревожность, внутренние дилеммы, зависимости, психосоматика и т. д.), но и с точки зрения целого, то есть в контексте социальных связей, составной частью которых он является. Поведение отдельного пациента, на первый взгляд представляющееся отклонением от нормы, необычным или странным, при индивидуальном подходе может показаться естественным или, по крайней мере, понятным, если рассматривать его как ответ на взаимоотношения, которые сложились в его семье. Диагностика уровня развития личности определяет объем и временной интервал дальнейших психотерапевтических мероприятий. Таким образом, адекватное или неадекватное представление о себе ребенок формирует на основе «отраженных оценок», исходящих от значимых других. Если ребенок не является желанным, и родители обращаются с ним жестоко, подвергая его унижениям, его Эго деформируется, наполняясь агрессивностью, жестокостью по отношению к миру. Здоровое и целостное Эго может возникнуть только на основе любви, эмпа-

тии, уважения. Родительское отношение к ребенку, а также реакции на него значимых других будут определять самооценку и приспособительные функции на протяжении всей взрослой жизни.

Теория О. Кернберга хорошо соотносится с эриксоновскими стадиями детского развития и ролевого развития Я. Морено и представляет ориентир для психотерапевта. Так, например, если у пациента имеется чувство вины, это указывает, что проблема возникла в трех-пятилетнем возрасте – в период инициативы–вины. Даже если пациент точно не укажет возраст, все равно психотерапевт ищет корни проблемы, возникшей примерно в этот период.

Если продолжить дальнейший ряд периодизации психического развития по Э. Эриксону или формирование идентичности, мы обратим внимание, что личность делает полярный выбор между компетентностью или неполноценностью, идентификацией личности (социальная, половая роль) или путаницей ролей, близостью или одиночеством. При этом каждый новый выбор, каждый новый этаж в структуре личности как бы насливается, надстраивается на предыдущие (принцип эпигенеза). Соответственно их «демонтаж» и «реконструкция» могут быть проведены в обратном порядке, от зрелого возраста к более раннему. Для того чтобы проанализировать с этой точки зрения конкретную психологическую проблему, нужно «просеять» ее через «сито» перечисленных позитивных и негативных выборов и их телесных же психокоррекционных приемов.

В психотерапевтическом диагнозе (более широкое понятие) содержится информация, отражающая био-психо-социо-дульные причины происхождения проблемы или расстройства, (многоосевой) диагноз. Необходимость проведения дифференциального диагноза, проведения психодиагностического исследования, изучения конкретных психических функций.

Завершая интервью, пациенту предлагается рассказать о каких-либо важных отношениях со значимыми объектами, о которых не спросил интервьюер.

Организация интервью позволяет использовать его не только

ко в качестве диагностического инструмента, но и как психотерапевтическое вмешательство, особую форму разговорной техники.

Умело проведенное интервью помогает отделить проблему от пациента («экстернализация»), получить обратную связь о степени участия и заинтересованности в решении проблемы пациентов и членов семьи, найти ресурсы пациента и использовать их в последующей психотерапии.

В конце встречи специалист выясняет, имеются ли у пациента какие-нибудь вопросы к нему. Заканчивая интервью, психолог благодарит пациента и подчеркивает, важность полученных сведений для дальнейшей работы и, в случае необходимости, предоставляет диагностические гипотезы (концептуализация случая). Затем с пациентом обсуждаются дальнейшие шаги, назначается следующая встреча, если нужно, даются рекомендации о дополнительных параклинических (психодиагностических) обследованиях.

∞ По этому разделу советуем обязательно прочитать
Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: стратегии
психотерапии — М.:Класс,2005

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. М.: Класс, 1998.

Мак-Вильямс Н. Формулирование психоаналитического слу-
чая. — М.:Независимая фирма «Класс», 2015

ГЛАВА 3. КОНЦЕПЦИИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Термин «психосоматика» был введен в 1818 году И. Хайнротом, и десятью годами позже М. Якоби предложил похожий термин «соматопсихика», который, однако, не стал популярным. В дальнейшем психосоматика развивалась как клиническая дисциплина, учитывающая, кроме биологических факторов, патогенные психосоциальные причины возникновения того или иного соматического заболевания, которые рассматривались как первичные причины возникновения и дальнейшего течения психосоматических расстройств.

Современная психосоматика берет начало в работах клиницистов психоаналитического направления. Впервые описал причины семи психосоматических заболеваний Ф. Александр, объясняя их возникновение наследственной предрасположенностью, дефицитарным эмоциональным климатом в семье и эмоциональными переживаниями взрослой жизни. В настоящее время выделены типичные психосоматические расстройства, имеющие психогенное происхождение: ожирение, нервная анорексия, нервная булимия, бронхиальная астма, язвенный колит, болезнь Крона, лабильная эссенциальная гипертония (психосоматоз), сердечный невроз, гастроэнтерит (как пример функциональных расстройств, не вызывающих структурных изменений органов) и некоторые другие.

С понятиями психосоматика и психосоматическая медицина мы связываем сегодня много разных значений и направлений исследований, которые неоднородны и не согласованы между собой в постановке проблем и методах исследования.

Г. Селье описал общий адаптационный синдром, который является суммой неспецифических системных реакций организма и возникает вследствие длительного стресса. Система гипоталамус-гипофиз-надпочечники реагирует на стресс чрезмерной секрецией кортизола, что вызывает структурные изменения в различных системах организма. К нейрофизиологическим проводящим путям, при прохождении которых формируются стрессовые реакции, относятся: кора головного мозга, лимбическая система, гипоталамус, мозовое вещество надпочечников, а также симпатическая и парасимпатическая нервная система. Нейротрансмиттеры включают такие гормоны, как кортизол, тироксин и адреналин. Согласно работам Дж. Энгеля, в состоянии стресса все регулирующие нервную деятельность механизмы подвергаются функциональным изменениям, которые нарушают гомеостатическое равновесие. В результате организм становится восприимчивым к инфекционным заболеваниям и другим патологическим процессам.

В отечественной литературе долгое время одной из ведущих теорий, объясняющих возникновение психосоматических расстройств, длительное время была теория кортико-висцеральных взаимодействий, основанная на идеях нервизма и теории условных рефлексов. Суть этой теории заключается в том, что нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии. При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. По мнению некоторых авторов, влияние коры больших полушарий на внутренние органы опосредуется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами.

Информационная модель психосоматических заболеваний. Данная теоретическая концепция появилась в 1980–1990-е годы, когда обнаружили и поняли назначение так называемых «стволовых клеток» в организме. Стволовые клетки – это недифференцированные клетки, которые рассредоточены по всему организму. Оказалось, что они непосредственно участвуют в защитных механизмах организма, так как могут заменять

состарившиеся или погибшие клетки тканей и органов. Когда проходит срок деятельности клетки, и она погибает, то на ее месте образовывается новая клетка, которая занимает место погибшей. Если орган не может сам регенерировать новую клетку, то в этом ему помогает стволовая клетка, которая подходит на место погибшей и занимает ее место. Как только стволовая клетка встроилась в орган, она получает информацию о деятельности предыдущей клетки и дифференцируется под тип погибшей клетки, выполняя все ее функции.

При сильном стрессе и хронических заболеваниях нарушается информационная структура клетки на уровне ДНК: нарушается информационная спираль ДНК, надламываются отдельные соединения из аминокислот, в результате чего меняется код отдельных звеньев. Поэтому при замене погибшей клетки на новую (стволовую), ей передается не изначально правильная программа деятельности клетки, а измененная. Логично было бы, чтобы новые клетки, когда они обновляются в органах и тканях организма, работали как новенькие, но нет — они продолжают программу предыдущей клетки, как бы «ведя историю продолжения своего рода».

Эта проблема в медицинской модели психотерапии в настоящее время не получила достаточно глубокого и методологически обоснованного объяснения.

Представляется бесспорным, что современная психосоматическая медицина, получившая развитие в последние полвека, **немыслима без психодинамического мышления**. Психодинамическое мышление, по сути, представляет собой не что иное, как ставшее наукой «врачебное искусство обращения с пациентом». Так как пациент перестает быть пассивным объектом лечебной процедуры, специалист не может уже оставаться сторонним наблюдателем физиологических, биохимических или психологических процессов.

Как правило, в психосоматическом анамнезе находят различные причины, вызывающие заболевание.

Вместе с тем ряд других оригинальных концепций, связанных

ных и не связанных с психодинамическим направлением, имеют право на существование и должны приниматься во внимание специалистом при диагностике психосоматических симптомов.

Остановимся на тех концепциях, которые прошли проверку временем.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ КОНВЕРСИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ЭНЕРГИИ. КОНВЕРСИОННАЯ МОДЕЛЬ З. ФРЕЙДА

КОНВЕРСИОННОЕ РАССТРОЙСТВО

Характеризуется одним или несколькими неврологическими симптомами (параличи, атаксия, слепота, глухота, нарушение чувствительности, истерические расстройства, ложные судорожные припадки или конвульсии), связанными с психологическими факторами

Эти симптомы в отечественной психиатрии рассматривались ранее в рамках истерического невроза.

Конверсионные расстройства традиционно понимают как потерю или нарушение физиологических функций, утрачивающих произвольное управление вследствие психологических проблем. Часто эти состояния напоминают неврологические симптомы, но они могут поражать любую систему или орган. В детском возрасте сочетание конверсии и истерической личности встречается не менее чем в 50% диагностируемых расстройств. В отличие от других психосоматических нарушений конверсионные расстройства у детей имеют одинаковое распространение среди обоих полов. Образовавшийся патологический комплекс приносит индивиду первичную и вторичную выгоду, что заставляет его удерживать психологический конфликт от осознания и – тем самым оберегать от возможных воздействий на него.

Необходимо подчеркнуть, что чем больше в обществе,

в средствах массовой информации, в произведениях современной культуры говорят о механизме конверсии и истерии, тем меньше эти симптомы встречаются. С конверсионного симптома как бы снимается завеса тайны, необходимая для процесса символообразования. Например, во время Первой мировой войны самым частым психосоматическим нарушением был трепет – невротическое дрожание. Во время Второй мировой войны дрожание практически не встречалось, а самым частым психосоматическим нарушением были желудочные боли. Таким образом, организм находит новые механизмы для снятия напряжения.

Спустя столетие в невротической симптоматике на первый план выступают сомато-вегетативные расстройства и их личностная переработка. Особенно наглядно процесс «соматизации» невротических расстройств заметен на симптоматике истерии. Поблекла яркая психопатологическая окраска истерии, клинической редкостью стали большие истерические припадки, а также и другие грубые истерические симптомы. Преобладающей формой истерических пароксизмальных состояний стали своеобразные вегетативно-сосудистые кризы типа «сердечных приступов». В то же время некоторые авторы, основываясь на опыте работы в неврологической клинике, указывают на все еще большую частоту псевдоневрологических расстройств при истерии.

Ранее считалось, что конверсия – это скорее «женская» форма патологической защиты от конфликта, в то время как для мужчин характерен скорее ипохондрический способ защиты. Между тем, клинические данные последних лет показывают, что у мужчин они также встречаются.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №11

Андрей Ю., 40 лет. Неоднократно был госпитализирован в неврологическую клинику по поводу затяжного радикулита с выраженным болевым синдромом и нарушением чувствительности. При случайном посещении психотерапевтической группы

родителей подростков во время психодраматической постановки его сна удалось выяснить, что он служил в Афганистане, долгие годы медленно продвигался по карьерной лестнице, терпел самодурство начальника и в течение многих лет не позволял себе проявлять эмоции страха и гнева. Столкнувшись с тревожащей его ситуацией во время психодрамы, он не хотел вставать после завершения проигрывания своего сна (возник функциональный паралич) и издавал стон. Применив прием вербального отражения и усиления его звуков, удалось вызвать у мужчины крик: эмоцию страха он долгие годы «прессовал» в бессознательном. После проведения психотерапии в течение двух последующих лет неврологической симптоматики не наблюдалось.

Когда, например, радикулит, вызванный конверсией, делает для офицера невозможным участие в боевых действиях в Чечне, или язвенная болезнь, вызванная той же причиной, предотвращает разрыв отношений, действует вторичная выгода.

Теоретики психодинамического направления полагают, что при образовании истерических соматоформных расстройств работают два механизма – первичная выгода и вторичная выгода. Люди получают первичную выгodu в связи с тем, что их истерические симптомы удерживают внутренний конфликт вдали от сознания. Например, если человек испытывает неосознанный страх перед выражением гнева, то во время ссоры у него может отняться нога, что не позволит его агрессивной реакции достичь сознания. Вторичную выгоду из своих истерических симптомов люди извлекают за счет того, что эти симптомы помогают им избежать участия в неприятной для них деятельности или позволяют почувствовать доброе отношение со стороны других людей. Чтобы разобраться в проблеме вторичных выгод болезни, в терапии необходимо решить две основные задачи: определение потребностей, которые удовлетворяются благодаря симптоматическому способу; поиск путей удовлетворения этих потребностей иным образом (без участия симптома).

Проиллюстрирую вышесказанное еще одним примером.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №12

Дмитрий, 26 лет, военнослужащий, студент заочного отделения психологического факультета, рискнул выступить в качестве клиента на занятиях по психотерапии. Вот как он описал свое расстройство.

«Основным симптомом моего заболевания является неспособность дышать носом, нос «постоянно забит», приходится прибегать к лекарству. Обследование, лечение, смена климата никаких результатов не дали. Считаю, что это проявления психодистического заболевания.

Отец погиб в 1979 г. (производственная травма). В 1985 году мать второй раз вышла замуж, появилась сестра Таня. С самого начала наших отношений с отчимом появились разногласия в понимании некоторых вещей жизни. Со временем его роль отца при взаимодействии со мной проявлялась в подавлении моих желаний, лишении чего-либо, угрозы к лишению, наказания (не физического). Как правило, мать принимала сторону отчима, так как думала о полезности моего воспитания. Чем старше я становился, тем сильнее проявлялось противостояние в силу моего характера. В 8–10 лет я продолжал проявлять твердость своих убеждений вплоть до 1–2 лет до армии, в результате чего мне приходилось выполнять волю отчима через «не хочу» с «внешними эмоциональными проявлениями» как с моей, так и его сторон.

Я стал ненавидеть отчима. Со слов матери отчим меня очень любит и желает для меня только хорошего.

Первые признаки затяжного насморка появились в 14–15 лет. Отношения со сверстниками были хорошие, а с классным руководителем все было гораздо хуже. Имели место инциденты, например, она назвала меня подонком, я выбил у нее дома стекла.

В 18 лет был призван в армию. Практически все негативные стороны армейских взаимоотношений пришлось вынести: подавление, подчинение чужой воле, унижение. После службы

в вооруженных силах я работаю в структуре МВД. Принцип работы силовых структур – иерархическая лестница, подчинение, субординация.

Считаю, что такие жизненные моменты как отношения в школе, отношения в армии, отношения на работе плюс отношения мои с отчимом и есть причины моего хронического насморка, т. е. неспособность дышать. Ограничение воздуха в легких – есть отсутствие свободы самовыражения, неспособность к спонтанным действиям, а лишь достижение поставленной задачи или программы».

Некоторые психоаналитики считают, что хронический насморк – это проявление сдерживаемых слез.

При дифференциальной диагностике необходимо исключить возможность того, что эти симптомы обусловлены шизофренией или другим родственным расстройством, а также аффективным или паническим расстройством. Вероятна также связь этих жалоб с психологическими факторами и подсознательными конфликтами. Пациент обращается за помощью к различным специалистам, и иногда «его величество случай» помогает поставить правильный диагноз.

Впервые идею конверсии З. Фрейд изложил в работах «Психоневрозы защиты» и «Исследования истерии». Под конверсией понимается смещение психического конфликта и попытка разрешить его через различные симптомы в области тела – соматические, моторные (например, различного рода параличи) или чувственные (например, потеря чувствительности или локализованные боли). Происходит как бы «прыжок» из психической в соматическую иннервацию, то есть «отделение либидо» от бессознательных, вытесненных представлений и преобразование этой либидонозной энергии в соматическую сферу. Благодаря такому переносу либидонозного наполнения из области психического в область телесного патогенный конфликт удаляется из сознания. В соматическом симптоме символически представлено то, что должно было содержаться в бессознательной фантазии.

Конверсионная модель особенно хорошо объясняет нарушения произвольной моторики (невротически обусловленные параличи и речевые нарушения). Она может быть также полезна для понимания психогенных нарушений чувствительности, нарушений походки, ощущения кома в пищеводе при истерии (*globus hystericus*), определенных болевых состояний, мнимой беременности.

При этом важно, что телесный симптом символизирует бессознательный конфликт пациента, имеющий, по Фрейду, преимущественно генитально-сексуальную (эдипальную) природу. Это, как правило, конфликт между ребенком, матерью и отцом (триангулярный конфликт). Например, для мальчика это означает, что он хочет «спать» с мамой, а мешающего папу стремится устраниить. В результате возникают страх наказания и чувство вины. Мальчик боится, что отец его накажет путем кастрации. Страх кастрации может смеяться с генитальной области на любую другую часть тела, вызывав, например, боли, потерю чувствительности или паралич в руке. Так, головная боль может означать нежелание, чтобы «в голову лезло сексуальное возбуждение»; «истерическая» рвота может символически выражать связанное с сексуальным возбуждением отвращение (защитный механизм со стороны супер-Эго); нарушение зрения и слуха может служить, по Фрейду, тому, чтобы «не увидеть» и «не услышать» то, что может потревожить сознание.

В соответствии с конверсионной моделью, с появлением соматического симптома пациент испытывает эмоциональное облегчение благодаря смягчению гнета бессознательного конфликта. Это происходило в большинстве описанных Фрейдом случаев. Однако некоторые психосоматические заболевания не несут с собой облегчения душевного состояния, и даже, наоборот, как в случае астмы или колита, усиливают душевные и физические страдания. Можно считать, что здесь задействованы другие механизмы возникновения психосоматического заболевания.

Крайне важным было обнаружение Фрейдом основы механизма диссоциации – активного процесса психологической защиты, феномена вытеснения из сознания угрожающих или нежелательных содержательных элементов. Эмоция, которая

не могла быть выражена, оказывалась превращенной в физический симптом, представлявший собой компромисс между неосознаваемым желанием выразить мысль или чувство и страхом возможных последствий. Симптомы, как выяснилось, позволяли не только маскировать нежелательные эмоции, но и представляли собой своеобразное налагаемое на себя индивидуумом наказание за запрещенное желание или удаление себя из устрашающей ситуации. На рис. 8 через имитацию на манекене во время психотерапевтического сеанса показано возникновение симптома артрита в коленных суставах как отражение вытесненной агрессии и нежелания просить прощение у отца («нет смирения, нет коленопреклонения, нет прощения»).



Рисунок 8. Имитация вытесненной агрессии

Эти же симптомы обуславливали и получение вторичных выгод от занятия роли больного. Соматический язык симптомов

может также использоваться как средство коммуникации, когда последняя затруднена бессознательными, сознательными или социокультурными факторами. Такой способ общения чаще свойственен инфантильным, незрелым, зависимым личностям с невысоким уровнем образования и интеллекта. Коммуникативный эффект симптома проявляется в том, что, трансформируя конфликт в разных сферах отношений личности в физическое заболевание, он позволяет больному манипулировать социальным окружением, в какой-то мере снижая болезненность конфликтной ситуации. Устранение блокады на пути эмоции, следующая затем эмоциональная разгрузка (катарсис) и, вследствие этого, исчезновение физического симптома, лишенного эмоциональной поддержки, явилось первоначальной основой психоаналитического метода. Вот еще одна иллюстрация данного положения.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №13

Ирина Б., 40 лет, обратилась по поводу заболевания щитовидной железы.

При анализе истории жизни и болезни пациентки следует отметить, что на возникновение ее симптоматики повлияло множество факторов: воспитание в дисфункциональной семье с перепутанными половыми ролями у супругов, дефицит родительского внимания и формирование «чувства покинутости», возникновение алекситимического блока и иррациональной установки «я должна быть для всех хорошей». Несмотря на зрелый возраст, у нее сохраняется психологическая зависимость от родителей, фрустрирована потребность в отце и имеется сверхидентификация с ним. Ирина пытается до сих пор защитить отца от нападок матери, и в то же время испытывает страх агрессии со стороны матери. Таким образом, до сих пор не разрешены «триангулярные» проблемы (отношения в треугольнике «отец–мать–ребенок») в ее развитии. Симптоматика ее заболевания с детства сосредотачивалась на зоне горла.

Во время пребывания в психотерапевтической группе Ирина последовательно прорабатывала следующие темы: детская обида на родителей, которые на проективном рисунке «Моя обида» отражены в виде змеи, обвивавшей горло (болезнь щитовидной железы, возможно, возникла в результате ранней детской фантазии аннигиляции (когда отец душил мать за горло, девочка испытала страх, не позволила себе плакать, относя агрессию в свой адрес, затем произошла конверсия агрессивной эмоции в область горла), тема зависимости–независимости и отделения от родителей, ответственности за свой выбор. Так как работа в группе была краткосрочной, а проблемы пациентки существовали давно, ей рекомендована поддерживающая индивидуальная психотерапия, в ходе которой наступило улучшение физического состояния.

Одновременно с моделью «конверсии» в ходе так называемого невроза тревоги Фрейд сформулировал вторую концепцию психосоматического возникновения симптомов, радикально отличавшуюся от конверсии. Он обнаружил, что такие органические симптомы, как расстройства сердечной деятельности, дыхания, приступы потливости, дрожи, приступы голода, понос, головокружение, сужение сосудов и парестезия, сопровождают приступ тревоги в качестве «эквивалентов приступа тревоги» (психосоматический симптом как эквивалент приступа тревоги) и часто полностью заменяют его. Позже Фрейд причислил конверсию к вытеснению, а соматический эквивалент тревоги – к более примитивному защитному механизму проекции. Общим для обеих концепций является то, что органическая симптоматика рассматривается не как простое нарушение физиологических функциональных связей, а как следствие переживаний и поведения.

К конверсионным расстройствам условно можно отнести расстройства, возникающие на основе отыгрывания. Несмотря на эту узкую клиническую коннотацию, отыгрывание, теоретически, экономическое понятие, потому что оно состоит в немедленном переводе в действие инстинктивных импульсов, фантазий и желаний, ради то-

го, чтобы избежать определенных идей или эмоций болезненного, чрезмерно возбуждающего или конфликтного характера. Оно также подпадает под категорию психического отречения или отказа.

Сдвиг от психической переработки к разрядке в действии особенно вероятен, когда мы получаем внезапную нарциссическую рану или неожиданно утрачиваем объект. Чем более хрупок наш нарциссический баланс, тем более вероятно, что мы будем справляться с внутренним и внешним напряжением с помощью какой-то формы отыгрывающего поведения или действия симптома в виде соматизации (этот механизм встречается во многих учебных примерах). В случае соматизации субъект обычно остается в неведении своих психических конфликтов и душевной боли. Такие события часто вызывают не только психосоматические симптомы, но и непонятную тревогу и депрессивные состояния, которые всегда сопровождаются такими физическими симптомами как усталость, потливость, трепор и апатия. К этому ряду психосоматических явлений нужно добавить склонность к несчастным случаям и повышенную подверженность инфекциям во время стресса. Травматические события, которые так часто вызывают взрыв психосоматических болезней (утрата безопасности, уход объекта любви, неожиданная потеря самоуважения), могут рассматриваться как причинение боли и расстройства на слишком высоком для субъекта уровне подъема тревоги, чтобы он мог это вынести.

Классики психоанализа обнаружили, что симптомы их пациентов теряли свою иррациональность и непонятность, когда удавалось связать их функцию с биографией и жизненной ситуацией клиента. В нижеприведенном примере психосоматическое расстройство было формой отыгрывания, не позволяя сильным аффектам завладеть пациенткой.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №14

Наталья Н., 51 года, учитель математики, обратившаяся за помощью по поводу психосоматического расстройства (непонятные высыпания на коже, страхи, симптоадреналовые кризы), вначале отрицала связь своего заболевания с произошедшим полгода назад официальным разводом с мужем. Однако написание терапевтического эссе в ходе терапии и метафорическое изображение внутреннего мира (Отвергая в качестве причины заболевания неотреагированную обиду на мужа, она, тем не менее, неосознанно положила фигуру Кена в военной форме за лисом, олицетворяющим ее «симптом, белый и пушистый» во время арт-анализа см. цветную иллюстрацию.) свидетельствовали о том, что этот фактор имеет большое значение в этиологии ее расстройства.

Я болею редко, но метко. Нельзя сказать чтобы я получала от этого удовольствие, но и бояться болезней я не привыкла: в первый раз испугалась около 10 лет назад, когда на Песочной мне пообещали, что год жить осталось. (*Комментарий.* У пациентки после конфликта с директором школы обнаружили увеличение лимфатических узлов, и она обследовалась в онкологическом институте. Когда конфликтная ситуация завершилась, диагноз «лимфогранулематоза» не подтвердился. «Все удивились, что узлы рассосались». На самом деле на представленной рентгенограмме они сохранились, но в значительно уменьшенном размере – С. А.). Но после таких событий произошло некоторое примирение с мыслью, что человек смертен. Потом я успела вырастить девочек и даже как-то устроить их в той жизни, и акценты в своем мировосприятии расставила уже по-другому: лучше жить неделю, но быть здоровой и благополучной. Это не означает, что я жить не хочу, просто считаю, что иногда лучше умереть, чем быть прикованным к постели и мучить себя и других.

Появившихся пятен я сначала совсем не испугалась, так как они меня ничем не беспокоили. Но врачам из больницы уда-

лось-таки меня напугать и заставить искать альтернативный путь лечения, в результате чего я и напала на рефлексотерапию (только я и представить себе не могла, что после нее могут быть такие последствия). Странные ощущения появились после 5-й процедуры, но врач говорил, что надо продолжать, а я ему доверяла. После 8-й процедуры я была уже так напугана своим состоянием, что продолжать отказалась. Эта болезнь оказалась для меня по-настоящему страшной, потому что я мучилась и совершенно не понимала, что со мной, и не знала к кому мне обратиться. А врач-иглорефлексотерапевт уехал на месяц, и когда вернулся, ничего не объяснил, а посоветовал пить валерьяну (корень). А мне было плохо и страшно. И ему я с каждым днем верила все меньше. Он рисовался уже в моем сознании магом, от которого я завишу, так как не знаю, куда пойти и которого уже боюсь. Внутри меня происходило что-то ужасное и непонятное. И чем непонятнее, тем ужаснее оно было.

Я утратила свою природную жизнерадостность, перестала улыбаться, во мне поселился страх. Когда погода менялась, он усиливался. Перед грозой я ощущала себя загнанным животным. Я пыталась бороться с этими ощущениями, гнать от себя мысли о том, что больна, но только еще больше убеждалась в своей болезни. Я не хотела больше читать и, тем более, смотреть телевизор, прогулки превратились в вынужденное шатание по паркам, а не думать о болезни стало просто невозможно. Эта мысль была первой при пробуждении и последней перед тем, как я засыпала. Мне уже не хотелось жить. И тут случился кризис. Я проснулась ночью, и страх бился во мне, выплывал из желудка и ударял под сердце каждые три минуты. Принять какое-нибудь лекарство я боялась, так как перед сном меня вырвало от валеряны. Я разбудила дочь, она крепко обняла меня и прижалась к себе. Мы лежали с ней рядом до утра, меня тряслось, я пыталась уговорить себя, что бояться нечего, что было правдой. Но страх существовал внутри меня и в то же время сам по себе. Он мне не подчинялся. Я впервые почувствовала себя биосистемой с химическими процессами, которыми я не управляю. Утром я

пошла к невропатологу. При каждой встрече врачи давали надежду, но временную, так как лучше мне почти не становилось. Вегетативные ощущения не проходили. Когда я обратилась к психотерапевту, мне стало значительно легче, но вегетатика не уходит. А недавно произошло странное событие.

Ночью пришел бывший муж. Все было совершенно неосознанно, и (не знаю отчего) мои душевые страдания прекратились. Но потом оказалось, что болезнь перешла в корешковую невралгию в основании черепа. Боль была ужасная, у меня искали из глаз сыпались. Но страх прошел. Я впервые за эти 3 месяца почувствовала себя нормальным человеком. Я даже сказала дочери «не расстраивайся, это больно, но совсем не страшно, это пройдет», и спокойно приняла таблетки (и мне не стало от них плохо, и от аннотации на них тоже!) Но как только боль начала утихать, невроз вернулся, «белый и пушистый». Как я от него устала! Что же мне сделать, чтобы он, наконец, от меня отстал!».

Наталья была ориентирована изначально на краткосрочную терапию: «Я смогу пройти только десять сеансов» (складывалось впечатление, что она воспринимала психотерапию как уроки математики).

При анализе жизни и болезни следует отметить, что на возникновение симптоматики повлияло множество факторов: воспитание в дисфункциональной семье; дефицит родительского внимания; формирование перфекционизма, иррациональной установки справедливости («если я так люблю мужа, то почему он отказывается от меня?»); фрустрированная потребность в отце; обида на мать, которая постоянно подавляла желания дочери. Психотерапевтическая работа показала и другие причины ее заболевания. Семья Натальи была долгие годы образцовой для всех родственников и знакомых. Она, всю жизнь, ориентируясь на внешние стереотипы престижа и благополучия, пытаясь сохранить имидж благополучной семьи и после того, как муж, испытав крах в бизнесе, начал злоупотреблять алкоголем. Психосоматическое расстройство «помогало» ей избегать сты-

да, свойственного нарциссическим личностям в случае несоответствия внутренних установок и внешних стандартов.

Индивидуальная психотерапия привела к исчезновению симптомов. Наталья осознала и свою теневую сторону (баба-ягу она вначале не хотела выбирать в качестве своей субличности, но потом осторожно положила на задний план (рис.9) подчеркнув, что в результате болезни стала более терпимой к людям, а не такой бескомпромиссной как ранее. Однако пациентка отказалась прорабатывать экзистенциальный пласт своего расстройства, ссылаясь на то, что она получила «советское воспитание» и не верит в эти высокие материи. Поэтому не исключен рецидив заболевания в будущем.



Рисунок 9. Анализ симптомов пациентки с помощью социографической техники «игрушки»

СТРУКТУРА СУПЕР-ЭГО И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Структуры и содержания Супер-Эго (совести) в значительной степени определяют развитие психосоматических синдромов. Различия в Супер-Эго, которые могут определять специфический выбор невроза или психосоматического расстройства, скорее связаны с развитием идеалов. Большинство психосоматических пациентов ассиимилировали в свою структуру личности идеал активности. При язвенном колите сформированный идеал является достаточно гибким и лишь частично интровертированным. Супер-Эго также во многом определяется позицией окружения, и поэтому в таких случаях говорят о ситуативном Супер-Эго или ситуативном идеале.

Гипертоник нередко характеризуется выраженным идеалом права, власти и долга. Такого больного можно описать как «тигра в клетке», постоянно готового наброситься на свою добычу или врага, но при этом всегда сдерживающего свое поведение вследствие тормозящих влияний со стороны строгого Супер-Эго.

Коронарные больные, в определенном смысле напоминающие язвенных и гипертонических пациентов, отличаются от этих типов своей внезапной и быстро набирающей обороты активностью. Они много и обсессивно работают, любят непосредственно реализовывать свои идеи. Это предполагает резкое ускорение и резкое торможение психомоторной активности. В психиатрическом отношении такая внутренняя установка приводит к тому, что система кровообращения постоянно подвергается неожиданным чрезмерным нагрузкам. Подобное развитие идеала самым тесным образом связано с нормами и идеалами семьи, рабочей среды, затем социальных групп или социального окружения, а также с появлением фантазий, непосредственно обусловленных влечениями. Это означает, что развитие психосоматических больных можно правильно понять только в том случае, если будут учтены также и другие аспекты развития личности.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №15

Так, например, у *Анны Г.*, 23 года, впервые оральный симптом «нервной булимии» возник, когда она училась на первом курсе университета. В ее семье и отец, и мать, в основном, были ориентированы на профессиональный рост и развитие, а не на «идеальную фигуру» как их дочь, пытаясь заслужить одобрение микросоциального окружения. В процессе психотерапии выяснилось, что закладка «пищевого симптома» произошла в детстве. Летом в деревне, проживая у бабки по линии отца, пеереедала, таким образом, свекровь бессознательно мстила своей невестке, у которой не было жестких установок по отношению к еде. В момент обращения к специалисту у нее сложились непростые отношения со своим мужем. Он «разрывался» между своей матерью, оказывавшей значительное влияние на единственного сына, и женой, набирая вес. На рисунке «моя болезнь» он изобразил себя в виде эспандера, который растягивают две женщины. Приходя поздно домой, предпочитал поиграть на компьютере. Она же, обладая большим свободным временем, но, испытывая дефицит положительных эмоций, «отъедала» часть тех продуктов на ужине, которые нравились мужу, а не ей. И в том, и в другом случае появление симптома отражало «долженствование», а не реализацию собственных потребностей.

М. М. Решетников [2003] в норме представляет гипотетическую структуру личности в виде «клетки», где в центре находится «ядро» – Ид, окруженное «оболочкой» Эго (и внутри этой оболочки есть какое-то содержимое – содержание Эго), а поверх этой оболочки – еще одна «оболочка» Супер-Эго со своим содержимым (содержание Супер-Эго). На нашей схеме (рис.10) эта концепция органично вписывается в холистическую парадигму.



Рисунок 10. Холистическая парадигма психосоматических расстройств

«Если Эго было исходно «сломано» в детстве или даже просто «надломлено», то, во-первых, в нем нет «содержимого», а если оно даже было, это содержимое (содержание Эго) «растеклось» под оболочкой Супер-Эго и смешалось с содержанием последнего (которое является более «вязким» и более мощным, в любом случае – у нормально социализированной личности – доминирующим). Что происходит? Так как Эго фактически отсутствует (или присутствует кое-где в виде фрагментов, при этом Эго все равно оказывается «опустошенным»), то Ид напрямую контактирует со Супер-Эго, которое не принимает и жестоко осуждает потребности Ид, диктуемые принципом удовольствия и никак не соотносимые с реальностью (так как они не трансформированы – с помощью Эго – даже в сколько-нибудь социально приемлемые формы). Во-вторых, так как Эго было «сломано» в раннем детстве, то из него не могло развиться нормальное собственное Супер-Эго, поэтому единственная «наружная оболочка» представлена почти полностью

родительскими запретами (и оценками) и самыми жесткими вариантами моральных норм и социальных установок.

В итоге фрагментарное Эго (не имеющее собственного содержания) не просто мечется, а «зажато» между властными побуждениями (стремлением к удовольствию) Ид и не менее жесткими требованиями сверхморалитета Супер-Эго. Ему, этому Эго, не до общения с внешним миром. Эго опустошено и ожесточено, весь его запрос к внешнему миру большей частью обусловлен потребностью любви, любви безбрежной, такой как ему представляется и которая вряд ли возможна – как в терапии, так и вне ее. А значит, исходно терапия должна строиться на восстановлении (или даже воссоздании) адекватного Эго пациента, способного к адекватному тестированию реальности и адекватной оценки того, что можно получить от этой реальности (одновременно с постоянством усилий терапевта по интроверсии его терапевтического Супер-Эго взамен «извращенно-жестокого» родительского»).

В целом можно сказать, что нормальные функции Эго редко бывают грубо нарушены у психосоматических пациентов. Защитные механизмы достаточно разработаны, однако защитные функции совладания, контроля, подавления, вытеснения и изоляции иногда находятся под слишком сильным давлением со стороны строгого и идеалистического Супер-Эго.

Как сила, так и слабость Эго выражается в аутизме, нарциссизме или в эгоцентризме психосоматических больных.

В определенной степени все психосоматические больные испытывают трудности в контактах; им недостает способности к полной самоотдаче, особенно к принятию любви и умению ее подарить. С точки зрения современной теории нарциссизма можно сказать, что личность зафиксировалась в своем развитии на абсолютных идеалах самостоятельности («сделай сам»), самоуправления и независимости. При этом граница между Эго и Супер-Эго не всегда является четкой. Эго частично идентифицировано со Супер-Эго, и поэтому можно сказать, что в антропологическом смысле психосоматический пациент не только имеет свои идеалы и совесть, но и сам чуть ли не является идеалом и совестью. Эта центрированная на себе установка предполагает ограничение Эго. Если такие пациенты испытывают фрустрацию, связанную с функциями совести или с идеалом, у них резко возникает

тревога, а затем под давлением Супер-Эго развивается неправильная адаптация в вышеупомянутом психосоматическом направлении. Здоровый человек способен отдавать себя своему окружению и потребностям собственной личности. Нарциссические, эгоцентрические и альтруистические тенденции достигают у здорового человека оптимального равновесия. У психосоматических больных нарциссические и эгоцентрические аспекты остаются гипертрофированными, а их альтруизм служит самозащите или самоутверждению.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №16

Ренат, 22 лет обратился за психотерапевтической помощью с жалобами на депрессивное состояние, выдергивание волос (с 2 лет), неустойчивый стул. В ходе интервью выяснилось, что он периодически курит марихуану. Испытывает неудовлетворенность в браке, иногда пользуется услугами проституток. Выявлено множество и других симптомов, отражающих «полисимптоматический невроз». Когда я попросил его написать, чего он хочет от психотерапии, он предъявил следующий список (табл.6.). Как видно на рисунке, на первое место вышли нарушенные объектные отношения с обоими родителями. Тщательная клинико-психотерапевтическая диагностика выявила нарциссическое расстройство личности. Обнаруживал ущербную систему личных стандартов, неадекватно высокий уровень агрессии или распущенности. «Грандиозное Я» перемежалось с «уязвимым Я». Психотерапия шла зигзагообразно. Несколько раз прерывал терапию, и вновь возвращался. Психосоматические симптомы исчезли, но структура личности не изменилась.

Таблица 6. Цели психотерапии Рената

Список чего я хочу от психотерапии, с баллами:

1. Разобрать и устраниТЬ обиду на отца - 10
2. Разобрать отношения с матерью, устраниТЬ обиды - 7
3. Разобрать отношения с дедом, устраниТЬ обиды - 7
4. Появления "чувств защищённости" - 3
5. Устранения страха перед полицейскими - 8
6. Устранения страха что зайдут в комнату и злости когда кто-то рядом с комнатой - 7
7. Избавиться от раздражения по утрам - 6
8. Разобраться с животом - 9
9. Разобрать моменты из жизни - 10
10. Избавится от тяжести при выходе на почту - 10
11. Избавится от тяжести при виде конкурентов - 4
12. Избавится от procrastination - 5
13. Избавиться от лени, найти мотивацию долгосрочную - 5
14. Избавиться от непреклонности и трихотилломании - 6
15. Избавиться от тревожности - 8
16. Научиться общаться с людьми без страха - 7
17. Научиться инициировать секс без долгой «настройки» - 9
18. Избавиться от страха скрипников - 5
19. Войти в режим - 7
20. Повысить стрессоустойчивость - 8
21. Улучшить личностные качества, быть: веселым, открытым, сильным, доброжелательным, смелым, устойчивым к влиянию чужого мнения, уверенными, легким в общении - 7
22. Быть уверенными в адекватности своих действий при общении - 7
23. Научиться быть сконцентрированным и не отвлекаться. - 7
24. Повысить работоспособность - 6

Из этих выявленных фактов вытекает, что при психотерапевтическом лечении психосоматических больных особое внимание следует уделять тщательной переработке нарциссических или эгоцентрических аспектов ядер Эго и Супер-Эго. Иногда психосоматические симптомы у таких больных исчезают уже при соотнесении ими своих ригидных идеалов, отказе от своих тайных мегаломаниакальных фантазий, а также при избавлении от детского чувства вины перед родителями, в значительной степени повлиявших на формирование Супер-Эго. Соотнесение нарциссической позиции непосредственно связано с изменением Супер-Эго, когда пациенты избавляются от своих чувств вины и стыда, возникших как в детском, так и в зрелом возрасте.

∞ Советуем прочитать

Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Личностные расстройства. СПб.: Питер, 2010

Решетников М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб.: ВЕИП, 2003. С. 58–60.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК
РЕЗУЛЬТАТ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА
В ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЕ. МОДЕЛЬ
ВЕГЕТАТИВНОГО НЕВРОЗА И ТЕОРИЯ ВЕКТОРОВ
Ф. АЛЕКСАНДЕРА**

Согласно модели вегетативного невроза, если бессознательный конфликт не имеет выхода в соответствующем внешнем проявлении, то он приводит к эмоциональному напряжению, сопровождающему устойчивыми изменениями в вегетативной нервной системе. По мнению Ф. Александера, подобные изменения в вегетативной нервной системе могут повлечь за собой изменения ткани, а, возможно, даже и необратимые поражения органов. В отличие от конверсии, в этом процессе отсутствует символический выразительный характер выбора органа поражения, а также из-за возникновения тех или иных симптомов болезни эмоционального облегчения не происходит. Наоборот, переживание физического страдания, как, например, при астме или колите, может еще более осложнить психические проблемы.

Кроме того, Александр предложил векторную теорию развития психосоматического симптома, которая включает три вектора: 1) желание объединить, получить, принять; 2) желание исключить, удалить, отдать, израсходовать энергию для нападения или совершения чего-либо или для нанесения вреда; 3) желание сохранить, накопить. Александр предположил также, что специфический психический конфликт между тремя векторами влечет за собой нарушения в определенных органах. Например, в основе возникновения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки лежат оральные конфликты, а в основе заболеваний толстой кишки (например, при язвенном колите) – специфические анальные конфликты.

Концепция векторов, которые он понимает и как динамиче-

ские силы биологических структур организма, и как психодинамические тенденции переживаний и поведения, позволяет ему понять суть симптомов вегетативного невроза как симптоматическое поведение и определить ее в ставших классическими основных психодинамических формулах. Так, например, астматик следует бессознательному «эмоциональному силлогизму»: «Я не могу любить, так как это означало бы, что я теряю любовь своей матери!».

Концепция векторов дает возможность систематического дополнения психодинамического исследования психофизиологическими методами, которые могут исследовать физиологические компоненты эмоциональных состояний.

Проблеме «выбора органа», или «специфичности», при невротических расстройствах посвящено большое число исследований (В. Н. Мясищев, А. Я. Страумит, Б. Д. Карвасарский и др.). Выбор симптома может зависеть от неосознаваемого конфликта, мотивационных переживаний, которых конфликт касается, способа самонаказания за невозможность разрешить определенный внутренней конфликт; неудовлетворенности какой-либо потребности; из-за нарушений интерперсональных отношений; фазы развития либидо, при которой возник первичный конфликт; свойств личности; темперамента; способов переработки и переживания эмоций; особенностей основных защитных механизмов; индивидуального опыта, условий жизни и актуализирующей ситуации; силы и вида актуальной психотравмы и т. д.

Теория специфичности конфликта представляет сегодня лишь исторический интерес, поскольку уже давно можно считать доказанным, что вегетативная нервная система отвечает на различные эмоциональные переживания примерно однотипно. Выбор поражаемого органа скорее детерминирован — во всяком случае, в определенной степени — генетически. Известно, что в одних семьях «слабым местом» оказывается сердце, в других — легкие и т. д. С другой стороны, психический фактор запускает процесс соматизации. Создаются условия, когда на индивидуальное для каждого человека «слабое место» налагается

непереносимая психофизическая нагрузка, и, в результате, часто наступает болезнь. По-видимому, по этому же механизму патология выбирает свой объект и при осложнениях после гриппа, ангины и т. п.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №17

В качестве иллюстрации приведем пример из домашнего сочинения студента-психолога *Бориса П., 18 лет*, «Как я заболел язвенной болезнью».

«27 мая 200... г. я попал в больницу с диагнозом «обострение язвенной болезни 12-перстной кишки». Это заболевание является психосоматическим, поэтому стоит углубиться в историю его происхождения. Существует несколько теорий, объясняющих происхождение психосоматического заболевания (П. з.). Согласно одной из них, П. з. являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психотравмами. Другая теория связывает возникновение П. з. с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида. Согласно третьей теории, неразрешимый конфликт мотивов (как и неустранимый стресс) порождает в конечном итоге реакцию капитуляции, отказ от поискового поведения, что создает наиболее общую предпосылку к развитию П. з.

Я склоняюсь ко второй теории, но и не исключаю действие других факторов, усугубляющих развитие моего заболевания (например, нерегулярное и неправильное питание, сон, курение, употребление алкоголя, физические перегрузки и т. д.), а также влияния, описанные в двух других теориях.

Итак, основным источником развития заболевания я считаю внутренний конфликт между разноплановыми мотивами. Его условно можно разделить на две части: на «большой» и «малый» конфликты.

«Малый» конфликт заключается в проблеме выбора между несколькими равноценными для меня желаниями, что часто

приводит либо к неудовлетворению ни одного из них, либо к попытке удовлетворения сразу нескольких, но в наименьшем качестве. Например, я могу читать несколько книг одновременно, и хорошо, если хоть одну из них закончу. Сегодня меня может заинтересовать живопись, завтра музыка, послезавтра психология, потом физика и т. д.

«Большой» конфликт связан с двумя важными сторонами моей жизни. Первая сторона – институт, вторая – театральная студия. Ни от одного, ни от другого я отказаться не могу. Отказ от института означает для меня два года службы в армии, в которой я, может быть, и послужил бы, но это потеря трехлетнего опыта в студии: даже за одно лето, когда я не участвовал в работе студии, я почувствовал значительный упадок приобретенных навыков, которые пришлось доводить до прежнего уровня в течение месяца. Да и психологический факультет меня привлекает некоторыми предметами и возможностью, если даже не необходимостью, использовать психологические знания в театре. Отказ от театральной студии для меня просто немыслим. Это то дело, которое очень нравится, и я им почти полностью поглощен, оно является смыслом моей жизни.

Таким образом, имеются два противовеса, перетягивающие друг друга и, тем самым, мешающие, друг другу полноценно развиваться.

К тому же, как я говорил выше, на развитие заболевания повлияли и другие факторы. Например, физические перегрузки: днем институт, вечером студия, а между ними иногда работа в школе. Нерегулярное питание – один день не ем, другой слишком много ем; иногда злоупотребляю алкоголем».

Катамнез 18 лет. Закончил психологический факультет, работает частнопрактикующим психологом.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК
РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЗРЕЛЫХ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ. МОДЕЛЬ
ДВУХЭШЕЛОННОЙ ЛИНИИ ОБОРОНЫ А.
МИТЧЕРЛИХА**

А. Митчерлих представлял развитие психосоматического процесса в такой последовательности:

1. Сначала человек пытается справиться с конфликтом при помощи исключительно психических средств на психосоциальном уровне:
 - 1) при достаточно зрелой личности человек пытается разрешить конфликт при помощи обычных средств социального взаимодействия (например, путем обсуждения соответствующих проблем и конфликтов — копинг-стратегий) или посредством зрелых механизмов защиты (вытеснение, сублимация);
 - 2) в случаях, когда использования нормальных (здоровых) механизмов защиты недостаточно, подключаются невротические (патологические) защитные механизмы (например, невротические депрессии, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии и т. п.);
 - 3) бывают ситуации, когда защитные механизмы включают поведение личности в целом; в таких случаях говорят о невротическом развитии личности или неврозе характера.
2. Если по каким-либо причинам не удается справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом чисто психическими средствами, т. е. не срабатывает первая линия обороны, подключается защита второго эшелона — соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе (например, к язве желудка, болезни Крона, язвенному колиту и т. п.). Это защита на психосоматическом уровне.
3. Современные психоаналитики выделяют еще и третий уровень защиты — психотическое симптомообразование (О. Кернберг). Наблюдения за многими психотическими пациентами показывают, что как только у них заканчивается обострение психотического состояния, появляются психосоматические расстройства (псориаз, нейродермит, язвенная болезнь желудка). У наркоманов нередко периоду злоупотребления психоактивными веществами предшествуют длительные временные периоды обращения к различным специалистам по поводу психосоматических расстройств.

Одной из гипотез, требующих проверки, является переход психосоматического расстройства в онкологическое заболевание.

ние (см. главу Синергетический подход).

Согласно современным психоаналитическим представлениям пациенты невротического уровня опираются в основном на более зрелые защиты, или защиты второго порядка. При этом они используют также и примитивные защиты, хотя наличие примитивных защит не исключает диагноза структуры характера невротического уровня, отсутствие же зрелых защит исключает его. В частности, в психоаналитической литературе было отмечено, что более здоровые люди используют вытеснение в качестве своей основной защиты, отдавая ему предпочтение по сравнению с менее дифференцированными способами решения конфликтов. Психотические личности чаще всего используют следующие виды защиты: уход в фантазии, отрицание, тотальный контроль, примитивная идеализация и обесценивание, примитивные формы проекции и интроекции, расщепление и диссоциация

Проиллюстрируем эту теорию случаем психосоматического расстройства, представлявшего типичный пример мультиморбидности.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №18

Ростислав, 36 лет. Обратился к психотерапевту в связи с множественными проблемами после возвращения в Россию из эмиграции.

Первое обращение в 19 лет связано с депрессией возникшей после разрыва отношений с девушками. Проведена краткосрочная психотерапия 4–5 сеансов на фоне лечения антидепрессантами. Пациент, окончив лицей, получил профессию программиста, работал по специальности. К специалистам в области психического здоровья не обращался. Данные клинико-биографического метода сопровождающими их симптомами распределены по годам (приближены к оригинальному описанию пациента).

1999, осень. Стressорное событие.

«Разрыв с подругой после 8 лет отношений. Она неожиданно и без предварительных объяснений начинает скрываться

и не отвечает на телефонные звонки. Когда я ее нашел, она сообщила мне что я должен сделать анализ на венерическое заболевание (скрытые инфекции). При этом никогда не сообщала, чем именно она заражена и чем лечится».

Симптомы, проблемы. Пощечина, данная подруге в приступе неконтролируемой ярости после ее сообщения. Чувство нечистоты в процессе лечения от инфекции. Иррациональный страх быть зараженным ВИЧ (делал анализы около 5 раз даже тогда, когда не было никакого возможного источника заражения и соответственно опасности более года).

Тяжелое переживание не столько самого факта неверности, сколько того обстоятельства, что человек, которому полностью доверял, оказался способен подвергнуть опасности твоё здоровье, не ставя тебя в известность о существующей проблеме.

Эмоциональная холодность и данное себе слово никогда не доверять женщинам, да и вообще людям и не открывать своих чувств. Практически полная потеря способности любить и доверять. Сомнения в своей способности оценивать с высокой долей вероятности, на что способен тот или иной человек. Формирование устойчивого отношения **«Ни от кого и ничего хорошего ждать не приходится»**. Это отношение распространяется и на членов семьи.

Желание продать себя в «выгодный брак», материально устроить свою жизнь: «если уж притворяться и изображать некие отношения, то за эти усилия следует получать материальное вознаграждение». Внутреннее отрицание принципиальной возможности эмоциональной близости. Снижение остроты ощущений во время сексуальных контактов со временем изменившее отношения к сексу как отвратительной физиологической потребности.

1999, осень. Поступает на факультет переподготовки университета.

1999, весна. Знакомство с американкой китайского происхождения. Быстрое развитие романа. Успешная имитация влюбленности в надежде на то, что чувство разовьется в процессе

совместной жизни. Подготовка брака по расчету согласно с новыми «не идеалистическими, а реалистическими» представлениями.

2000, весна. Поездка в США по приглашению новой подруги. Делает ей предложение о замужестве и получает согласие.

2000, лето. Стressорное событие. «У матери диагностирована неизлечимая форма рака».

Симптомы, проблемы. Негласная договоренность о том, чтобы не информировать мать о ее неизлечимой болезни, была необычайно мучительной, потому что невысказанность правды оставляла мать, по мнению пациента, в полном одиночестве со страхом смерти. Конфликт со старшей сестрой из-за этого. Негласная договоренность выражала позицию сестры, и пациент не решился нарушить договоренность и поговорить с матерью откровенно о том, что происходило. «У меня было ощущение того, что наша семья из-за этого непоправимо разрушилась, потому что такое умолчание очевидной проблемы шло в разрез с тем, как мы решали тяжелые ситуации между собой до болезни матери. Это был «конец доверия», конец открытого разговора о проблемах. <...>

В свою очередь, предстоящая потеря родителя и собственная боль, связанная с этим, никогда ни с кем не обсуждалась вплоть до момента смерти моего сына, когда все невысказанные, задержанные переживания ранее произошедшей потери всплыли на поверхность, вызванные остро переживаемой в тот момент утратой. Это произошло во время обращения к психотерапевту кризисного центра.

Мне выпала участь сообщить отцу о летальном прогнозе. Было мучительно видеть его страдания и осознавать невозможность получить его поддержку. Неприязнь к отцу, связанная с осознанием неестественной перемены ролей, я в роли старшего — он в роли младшего, была смешана с жалостью, потому что его зависимость, эмоциональная и практическая от матери, были очевидны всегда.

На эмоциональном уровне члены семьи переживали проис-

ходящее поодиночке. <...>

Мать сердилась и не хотела моих посещений в больнице во время ее первой химиотерапии. Боль оттого, что мое искреннее желание ухаживать и быть с ней до конца воспринималось как неправильное поведение, порождала чувство отверженности.

Не мог плакать, когда для этого было «выделено время». Слезы накатывали в совершенно неожиданные моменты и в непредсказуемых местах (иногда я даже был не состояннии определить, что именно вызывало эмоциональную реакцию).

Внутренняя установка, что надо «быть сильным» и не выражать никакой слабости, не давать волю чувствам, а точнее ничего не чувствовать, иначе «все обвалится».

2001, 30 декабря. Женился на Э. Свадьба была в Петербурге. Э. уехала в США после свадьбы.

2001, июнь. Защита диплома о профессиональной переподготовке в Санкт-Петербурге.

Симптомы, проблемы. «Во время написания диплома появилась **боль в центре позвоночника**. То же самое повторилось, когда умер сын. Было очень трудно сосредоточиться не на техническом решении задачи, но на описательной части. Мучительные мысли о том, что я пишу эту 70-ти страничную чушь, до которой никому нет, и никогда не будет никакого дела, а – в соседней комнате умирает моя мать. Все что я хочу – быть с ней, а не выбрасывать это время, которое никогда не ничем не сможет быть заменено».

2001, август. Уезжает в Канаду по долгосрочной визе.

2002, лето. Профессиональные сертификации, самоподготовка.

Симптомы, проблемы. «Первый серьезный приступ страха с прерыванием дыхания, сопровождаемое острым чувством безнадежности. Никто не знал о том, что это произошло, хотя было желание поделиться и получить поддержку. Боролся с этим, увеличивая физическую нагрузку (километраж при пробежках) или отжимаясь от пола, если никого не было рядом».

2002, февраль. Иммиграция в США.

2002, февраль. Короткий визит в Россию.

Симптомы, проблемы. «Поменял билет на более ранний срок, несмотря на видимое разочарование родственников. Внутренний монолог: „Мне здесь нечего делать“ маскировал неспособность видеть и переносить состояние матери и динамику семейных отношений. Эта перемена дат была побегом от удушающего ощущения приближающейся смерти матери. Мучительное чувство стыда от того, что убегаю, с которым я боролся, уговаривая себя тем, что пытаюсь чего-то „добиться в жизни“, и это что-то должно доказать, – ее жертвенная любовь ко мне была не напрасна. Последние 8 лет моей жизни были неудачной попыткой такого доказательства».

2002, июль или август. Короткий визит в Россию.

Из воспоминаний Ростислава: «Состояние матери ухудшается настолько (отказывают почки), что родственники подозревают, что она скоро умрет. Приезжаю, не зная чего ожидать. В первый раз мне было позволено участвовать в транспортировке мамы в больницу. Глубокое удовлетворение от тех минут, «когда можно сделать что-либо реальное» для нее. Когда ей стало лучше (после удаления жидкости), она попросила меня рассказать про то, что со мной происходит, и я не смог этого сделать, потому что это была бы удручающая история о полном одиночестве, страхе и жизни в эмоциональном дисбалансе. Моя взрослая жизнь оказалась тяжелее, чем я ее себе представлял, а мои переживания я никак не разделял с женой, не желая разрушать ее иллюзий о том «принце», которого я для нее изображал, прекрасно зная, что «кислых» не любят.

Естественно я не хотел показывать маме свою жизнь этой стороной, потому что для меня важно было показать ей, что я представляю собой взрослого женатого человека, а не безответственное нечто, с которым она мучилась всю свою жизнь, угасающую теперь.

По дороге, ожидая, что это будет мой последний разговор с ней, я пытался найти слова, чтобы выразить мою благодар-

ность за подаренную матерью любовь и счастливые годы детства. Она сказала: «У меня есть только один вопрос: правильно ли мы тебя воспитывали?», — и мой заготовленный ответ пригодился: «Миллионам людей не достается и тысячной доли той любви, которую вы мне подарили». В течение всей этой поездки я «держал себя в руках» и не позволял себе расслабляться».

2002, сентябрь. Устраивается на первую работу в США.

Симптомы, проблемы. «Повторение приступов необъяснимого страха. По дороге на работу в машине на скоростном шоссе. Иногда терялся по пути на работу, выбирая незнакомый маршрут (неправильное время для экспериментов). Учащенное дыхание, бросание в жар или холод. Иррациональный страх быть уволенным».

2002, сентябрь. Э. беременеет С.

2003, ноябрь. Умирает мать.

Симптомы, проблемы. Нежелание обсуждать свои чувства, связанные с этим с кем бы то ни было, и в первую очередь с женой. В день смерти матери купил ненужные дорогие стулья под влиянием Д. (роковой «друг»). Первый конфликт с женой из-за истраченных денег».

2003, май. Поездка во Францию.

Симптомы: «2 дня сна».

2003, июнь. Родилась С.

Симптомы, проблемы: «в 2004 возобновилось употребление гашиша после 10-летнего перерыва. 1–2 раза в месяц, совершенно не употреблял в течение 4 месяцев до смерти сына. Занимался спортом регулярно, алкоголь употреблял только в компании, не для расслабления, полбутылки вина в месяц».

2004. Автомобильная авария.

2005, февраль. Рождается и умирает сын на третий день после родов. «Начал заниматься йогой — помогло снять напряжение (после того как перестал ходить в группу, жена препятствовала занятиям дома, бросил). После смерти ребенка усилились супружеские конфликты. Жена запрещала заниматься спортом,

требуя, чтобы сидел с ребенком, ставила ультиматум – или беременность, или развод».

Симптомы проблемы. «Употребление гашиша учащается 4 раза в месяц, по выходным. Отвращение к сексу».

2005, август. Получил гражданство.

2006, февраль. Поездка в Мексику (жена уже беременна).

Симптомы проблемы. «Начал курить табак (сигары). Не курил 5 лет. Стал пить для расслабления, гашиш каждые выходные (занимался спортом, спортзал).

Первый серьезный ступор на работе (смотрю в монитор и не понимаю, что вижу), появилось настойчивое желание сменить место работы, проводить больше времени с дочерью и не проводить никакого времени с женой».

2006, март. Смена работы.

2006, июнь. Поездка на острова.

«По пути домой у жены возникает кровотечение, по приезде выкидыш.

Симптомы, проблемы. Впервые испытал **приступ неконтролируемой ярости** (сломал велосипед). Жена вновь настаивает на беременности. Переполнен аффектами мстительности. Прерываю все контакты со знакомыми.

2007. 3-й выкидыш у жены.

2008, сентябрь. Рождается младшая дочь.

2008, октябрь. «После отказа идти с ребенком гулять, славясь на плохое самочувствие, жена угрожает местью. Вечером в порыве ярости обхватил жену руками и потряс, затем отпустил. Просил прощения. Через три дня в полицию поступил анонимный звонок. Арест в связи со злоупотреблением в семье. Домашний арест под поручительство. Поручителем служит друг семьи, гей. Проживаю в его доме. Очень мало сплю, чтобы контролировать себя». **Усиливаются деперсонализационные симптомы.**

2008, декабрь. «Состоялся суд, после которого произошел официальный развод». Обращался к психиатру, формально назначившему медикаменты, не выслушав пациента.

Симптомы, проблемы. «Нарастает состояние внутреннего напряжения. Чувствую, что теряю здравый смысл и критику к происходящему».

2009, январь. По настоянию родственников возвратился в Россию.

Несомненно, пациент демонстрировал пограничную личностную организацию, декомпенсация сопровождалась психотической симптоматикой. Критика к своему состоянию была частичная, однако полностью он ее не терял. На рис. 11 вначале терапии он показал как нити от центральной фигуры, которую назвал «Здравым смыслом», порвались (прорыв Ид, потеря контроля Эго). В ходе психотерапии последовательно воспроизведены все травматические события его жизни. Осознал свою зависимость от матери, старшей сестры, других женщин. В процессе лечения смог увидеть реальные отношения с матерью, в которых присутствовали также любовь, страх за жизнь сына, что отвергалось его сознанием и замещалось разросшейся фантазией об ограничении его свободы, проработать потерю объекта. Ростислав впервые получил свободу и не знал, как ей пользоваться. В 36 лет он впервые стал принимать самостоятельные решения, поработал на ферме в другой стране вопреки уговорам старшей сестры, не прерывать психотерапию.

Пациент вернулся сам для продолжения психотерапии, а это означает хороший прогноз в лечении психосоматического расстройства. У него четкие планы завершить бракоразводный процесс, вернуться в США и заняться воспитанием дочери, с которой он переписывается по Интернету. Сейчас отсутствуют практически все симптомы, кроме легкого недомогания днем. Однако, учитывая мультиморбидность и быстрое истощение ресурсов организма вплоть до психотической симптоматики в периоды выраженных стрессов, говорить об успехе психотерапии рано. Ростислав нуждается в индивидуальной длительной раскрывающей психотерапии, направленной на созревание, воссоздание границ личности, осознавание своих собственных потребностей и желаний, механизмов, вызывающих подобные состояния, и их проработку.

ботку. Данному пациенту показана коммуникативная групповая психотерапия в сочетании с индивидуальной терапией для исследования ситуации, ведущих к срыву в случае собственной «неуспешности», уменьшения перфекционистских установок, для выработки навыков конструктивного решения проблем. Наличие дисфункциональной семьи, поддерживающей симптоматику, свидетельствует о необходимости работы со всеми членами семьи, в первую очередь – со старшей сестрой.



Рисунок 11.Здравый смысл

Когда в ходе психотерапии пациент учится чувствовать и символически выражать свое эмоциональное состояние, в нем могут раскрыться новые, неизвестные ему ранее, потенциалы

и угрожающие аффекты. Например, пациент может почувствовать подавляемую ранее ярость. В результате при лечении психосоматических больных часто возникают так называемые «психосоматические кризы». П. Куттер сравнивает это состояние с ситуацией, когда разбудили спящих собак, которые начали лаять и кусаться. Не справляясь с освобождаемой яростью и агрессией, пациент может совершать делинквентные (криминальные) поступки или – что бывает гораздо чаще – прибегает к помощи алкоголя или наркотиков.

Возникновение психосоматического расстройства, которое послужило предметом психотерапии, кроме концепции А. Митчерлиха, можно объяснить другими, описанными в данном разделе психологическими теориями: конверсии, внутреннего и внешнего Я-ограничения по Г. Аммону, экзистенциальным вакуумом и т. д.

Теория А. Митчерлиха перекликается с постулатом Н. Сербского о линиях «духовной обороны», написанным в тоже время (см. эпиграф во введении).

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ НАРУШЕНИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Теория объектных отношений – это психология разума, развитая последователями З. Фрейда: М. Кляйн, Р. Фейрберн, Д. В. Винникот, О. Ф. Кернберг.

Их теории родились при изучении воздействия индивидуальных отношений человека с внешним миром на его внутренний психический мир. Психика и личность представляются как результат связей людей с внешним миром, которые запоминаются (интернализуются) разумом в виде «объектных отношений». Детство рассматривается, как период наиболее активного становления личности, хотя внутренние объектные отношения могут быть изменены и в зрелом возрасте (психотерапией или более глубокими переживаниями).

Объекты – это люди, с которыми человек вступает в отношения во внешнем мире, а также внутренние психические представления (внутренние объекты), которые создаются человеческим разумом на основе этих отношений.

Теория объектных отношений предлагает метапсихологию, объясняющую, как ранние (детские) переживания и взаимоотношения влияют на отношения между людьми в настоящем: две горизонтальные («там-и-тогда» и «здесь-и-теперь») системы связаны внутренним миром, созданным вертикальной психологической системой индивидуальности.

Они существуют в разуме человека в виде психических представлений о них и находятся в отношениях с представлением человека о себе (самопредставлением). Доступ к этим объектным отношениям (или память о них) в терапевтической обстановке может быть достигнут через символы (например, связанные с воспоминаниями об игрушках). Теория объектных отношений рассматривает ребенка, в отличие от Фрейда, как «открытую систему», постоянно вступающую во взаимоотношения с внешним миром. Это приводит к созданию внутреннего мира, который можно изучать, наблюдая его развитие в детстве или в психодраме.

Ранние модели взаимоотношений оказывают огромное влияние на формирование взрослых связей, независимо от дальнейших событий. По мнению теоретиков данного направления, личность формируется из стойких моделей отношений к другим (в этом ее сходство с теорией отношений В. Н. Масищева). Приверженцы объектных отношений частично отвергают фрейдовскую метапсихологию, то есть его концепцию Ид, Эго, Супер-Эго и идею о том, что личность является энергорегулирующей установкой. Теория объектных отношений сфокусирована на развитии отдельной, дифференцированной, интегрированной и цельной личности, полноценный процесс взросления, восстановления целостности Эго и его взаимодействие с объектами. Процесс изменения психики ребенка при его отношениях с внешним миром О. Кернберг назвал интерна-

лизацией. Процесс запоминания зависит от того, как ребенок чувствует и воспринимает кого-то во внешнем мире. Затем воспоминания о другом человеке соединяются с воспоминаниями о себе вместе с аффектами и чувствами, существовавшими в ребенке в этот момент. В данный момент он осознает только две вещи – себя и другое. После интернализации и запоминания себя во взаимоотношениях с другими появляются внутренние объекты, которые можно назвать Я-объектами и Ты / Другой-объектами. Если инстинкт, ищущий высвобождения, был либидинальным, то настроение (аффект) будет положительным и принесет удовольствие. Так образуется триада опыта: Я-объект, Ты / Другой-объект и аффективная окраска этих отношений.

Психическое развитие и после интеграции внутреннего мира не останавливается. Идет развитие Супер-Эго и Эго-Идеала, которые ведут к усложнению психики. Некоторые люди, с которыми мы взаимодействуем, становятся не только воспоминанием, но и частью нашей психики, нашей личности. Когда эти ранние объектные отношения всплывают на поверхность взрослой жизни, они проявляются, прежде всего, через невербальные чувства и действия. Вход в объектные отношения можно получить через символические, кататимные предметы. Мики-Мауса, что подарил дед внучку, а ребенок поменял на жвачки в школе – это объект, кукла, выброшенная матерью, – это тоже объект. Нарушение объектных отношений может способствовать формированию различных ролевых конфликтов, которые можно выявить в ходе психотерапии.

Теория объектных отношений рассматривает ребенка, в отличие от Фрейда, как «открытую систему», постоянно вступающую во взаимоотношения с внешним миром. Это приводит к созданию внутреннего мира, который можно изучать, наблюдая его развитие в детстве или в течение психотерапии.

Логично начать анализ развития с жизни плода в утробе, с того опыта, который он там получает. Психологическая связь с матерью не является абсолютной, и некоторые переживания,

связанные с внешним миром проникают в матку и воздействуют на растущий плод. Но утроба матери – достаточно спокойное и безопасное место, из которого младенец при рождении выходит в огромный внешний мир. В этом мире существует множество других, с которыми ребенок должен обрести связь. Это окружение, полное новых звуков, запахов, образов и других переживаний, несущих новые возможности и опасности.

С момента рождения малыш начинает устанавливать связи с окружающими. Он не пассивный объект: он движется, плачет, со временем смеется и гулит, ищет себе компанию. У него есть для этого мотивационные силы, связанные с базовыми потребностями: еда, сон и контакты с окружающими (позднее и сексуальная жизнь) – все основные аспекты физического выживания животного мира. Эти системы включают в себя наследуемые инстинкты и влечения и создают сложные модели поведения, часто вовлекающие разные объекты и других людей. Память об этой деятельности формирует основу детского внутреннего мира воспоминаний. Но есть и другие наследуемые системы, которые действуют как влечения и мотивы к организации и интеграции воспоминаний, находящихся в психике. Мы способны учиться и таким образом приспосабливаться к окружающей обстановке!

Практически все концепции происхождения и терапии личностных расстройств последних десятилетий опираются в своих базовых положениях на концепцию М. Малер, которая пристальное внимание уделяла процессу «сепарации–индивидуации». Термином «сепарация», или «разделение», Малер называет процесс, в ходе которого младенец постепенно формирует внутрипсихическую презентацию самого себя, отличную и отделенную от презентации его матери. Речь идет не о физическом, пространственном отделении от родителей или разрыве межличностных отношений, а о развитии внутреннего чувства возможности нормального и полноценного психического функционирования независимо от матери. Индивидуация означает усилия маленького ребенка по построению собственной уникальной идентичности, восприятия

самого себя как отличающегося от других людей. В оптимальном варианте отношения сепарации и индивидуации разворачиваются одновременно, но могут и расходиться в силу задержки или ускорения развития какого-либо аспекта.

Мы остановимся подробнее на концепции О. Кернберга в связи с ее высокой популярностью у психотерапевтов с психологическим и медицинским образованием (как за рубежом, так и в нашей стране).

Процесс изменения психики ребенка при его отношениях с внешним миром он назвал интернализацией. С возрастом она становится все более сложной, но у каждого индивида проходит три этапа:

1. Интроекция. На этом этапе интернализации следы памяти младенца состоят из трех основных элементов:

объект-образы (или объект-представления);

Я-образы (или Я-представления);

произвольные влечения (склонность к специфическим аффективным состояниям).

Процесс запоминания зависит от того, как ребенок чувствует и воспринимает кого-то во внешнем мире. Затем воспоминания о другом человеке соединяются с воспоминаниями о себе вместе с аффектами и чувствами, существовавшими в ребенке в этот момент. В данный момент он осознает только две вещи: себя и другое. После интернализации и запоминания себя во взаимоотношениях с другими появляются внутренние объекты, которые можно назвать Я-объектами и Ты / другой-объектами. Если инстинкт, ищущий высвобождения, был «либидинальным», то настроение (аффект) будет положительным и принесет удовольствие. Так образуется триада опыта: Я-объект, Ты / Другой-объект и аффективная окраска этих отношений.

Вот почему диагностике аффектов уделяется так много внимания при интервьюировании психосоматических пациентов!

Постепенно ребенок начинает собирать множество различных и не скординированных между собой объектных отношений, каждое из которых связано со своим настроением. О. Керн-

берг описывает их как объектные отношения, «обладающие положительной или отрицательной валентностью». Кляйн рассматривала это разделение как психологически активное защитное действие, сохраняющее хорошее и плохое порознь.

2. Идентификация. С течением времени нервная система новорожденного продолжает совершенствоваться и структура его психики (Эго) становится более сложной. К трем годам ребенок становится способным распознавать ролевые аспекты межличностного взаимодействия. Роль – это наличие социально признанной функции, которую несет объект или оба участника взаимодействия. Ребенок начинает осознавать роли, которые он принимает в ответ на соответствующие роли других людей, и учиться им. Они становятся частью его внутреннего мира (роль кормящего и кормящегося, роль шлепающего и роль отшлепанного). Отношения с объектами, дающими позитивные чувства, связываются воедино, отрицательные чувства также объединяются. (Я. Морено добавлял к взгляду на роли как личностному и развивающему аспекту еще один элемент: взгляд общества).

3. Эго-идентичность. Познавательные потребности ребенка растут и увеличивают интегративные внутренние объекты. Происходит консолидация эго-структур с чувством непрерывности Я, чувство постоянства в личных взаимоотношениях (непротиворечивая концепция мира объектов) и признание этого постоянства как характеристики личности со стороны межличностного окружения, а также осознание личностью этого признания («утверждение»). Ребенок развивает более реалистичный взгляд на то, кто он есть. Он начинает сознавать, что мать, кормящая и шлепающая – та же самая фигура, а Я, который любит мать – тот же, что и Я, который обижается на нее. Интегрированный внутренний объект «мать» поначалу относится к одной персоне из внешнего мира. Однако, опираясь на аффекты, ребенок будет стремиться связать «фигуру матери» во внешнем мире подобно связи объекта «мать» во внутреннем мире. Он начинает иметь много внутренних «другой-объектов», включая объекты «отец», «дедушка», «брать» и т. п. Интернализированные объекты других

создают представляемый мир, т. е. внутреннюю модель внешнего мира в психике. Она используется личностью для того, чтобы предсказать поведение мира. Но интеграция увеличивает появление тревоги, вызванное попытками соединить конфликтующие объектные отношения. Как процесс защиты, происходит вытеснение и формируется бессознательное.

Можно сказать, что формирование внутренних объектных отношений происходит задолго до того, как ребенок начинает использовать или понимать слова и язык. Их можно охарактеризовать как фантазию. В поздний период при определенных условиях (в детской спонтанной игре или психоанализе) появляется возможность выразить их словами. Даже у взрослого фантазии продолжают действовать рядом со словами и независимо от них. Смыслы и чувства гораздо старше слов!

Самая разнообразная деятельность, включая танцы, музыку, живопись, скульптуру, переживается невербально, так же как и многие стороны взаимодействия между людьми (выражение лица, тональность голоса).

Психическое развитие и после интеграции внутреннего мира не останавливается. Идет развитие Супер-Эго и Эго-Идеала, которые ведут к усложнению психики. Некоторые люди, с которыми мы взаимодействуем, становятся не только воспоминанием, но и частью нашей психики, нашей личности. Когда эти ранние объектные отношения всплывают на поверхность взрослой жизни, они проявляются, прежде всего, через невербальные чувства и действия.

Объектные отношения из бессознательного посещают человека во взрослой жизни и могут вызвать у него душевные расстройства или спровоцировать проблемы в общении. В условиях безопасных, например, во время психотерапии, эти «забытые» объектные отношения или роли могут вновь войти в сознание и в активный ролевой репертуар. Так как все человеческие взаимоотношения содержат смесь реалистических и трансферентных реакций, порой очень сложно узнать пропорции смешивания реальности и переноса. В этом может помочь сила «теле»,

которая может многое рассказать об окружающих людях и вычленить свои собственные внутренние объектные отношения. Психодрама тоже может разделить разные типы реакций переноса по различным вспомогательным ролям, что может обеспечить необходимую степень ясности. Эти вспомогательные Я представляют близкие пациенту роли и фигуры прошедшего и настоящего.

Важно понять и то, что управляет повторяющимися паттернами поведения. Они настолько прочно укоренились в нашем внутреннем мире, что мы носим их с собой везде. Мы можем поменять работу, партнеров, даже страну проживания, но так и не будем способны на разумные способы взаимодействия. «Это» продолжает появляться с новой силой, часто против нашего сознательного желания, создавая болезненные ситуации.

Задача психотерапевта – распутать клубок наших собственных ролей во внутреннем мире, создававшемся тогда, когда эти роли формировали кластеры различных объектных отношений.

Представление о себе пациент формирует на основе «отраженных оценок», исходящих от значимых других. Если ребенок не является желанным, и родители обращаются с ним жестоко, подвергая его унижениям, его Эго деформируется, наполняясь агрессивностью, жестокостью по отношению к миру. Здоровое и целостное Эго может возникнуть только на основе любви, эмпатии, уважения. Родительское отношение к ребенку, а также реакции на него значимых других будут определять самооценку и приспособительные функции на протяжении всей взрослой жизни.

Нарушение идентичности, которые можно рассматривать как незавершенность внутренней Я-репрезентации, составляет основу пограничной личностной организации. Образ Я остается недостроенным, диффузным с размытыми границами. На физическом уровне нарушение идентичности проявляется трудностями определения телесных границ. Психологическое: «Где я, где не я» имеет и телесное воплощение. Не формируется представление о собственном телесном облике, возникают трудности

с определением локализации и качества телесного контакта (человек не может определить, можно к нему прикасаться или нельзя, приятно ему ощущение или нет и т. п.). Возникает парадоксальное сочетание повышенной чувствительности и блокирования ощущений у одного и того же пациента. Амбивалентность в отношении со значимыми людьми может проявляться в соматизированных реакциях на границах контакта в виде кожных и астматических проявлений.

Примером соматизации при нарушениях объектных отношений у нарциссической личности может служить следующее наблюдение.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №19

После безуспешного лечения в аллергологическом центре к психотерапевту был направлен Артур, 21 год, с жалобами на кожный зуд. Артур учится на 5 курсе психологического факультета, посещает семинары по психодраме. Ранее к психотерапевту не обращался.

В семье Артура по линии матери прослеживалось доминирующее влияние женской подсистемы («моя мать привыкла управлять, бабушка тоже»). Мать характеризует как «свободную, сильную, рациональную». Отец мягкий, чувствительный, воспитывался в неполной семье. Артур был желанным ребенком. До его рождения у матери были повторные выкидыши. Эпизодов раннего общения с матерью пациент не помнит. Отношения с отцом были теплые, доверительные, который «баюкал его, пел колыбельные песни». В старшем подростковом возрасте больше сблизился с матерью, постепенно отдалился от отца, который «предал его», не смог оказать поддержку. Близкие отношения с другими людьми мало доступны пациенту, чувствует свою «особенность». Избирательно общается с девушками. Партнерши Артура, как правило, были старше его. По поводу проблемы обращения сообщил, что кожный зуд появлялся и раньше при разрыве отношений с девушкой, в насто-

ящее время также находится в ситуации разрыва. После первичной консультации Артуру было рекомендовано участие в психотерапевтической группе.

На одном из занятий Артур высказал намерение поработать над проблемой отстраненности. Проблема была заявлена на стадии формирования группы. В разогревающем упражнении с использованием мотива символдрамы «дерево» «отстраненность Артура» изобразил в виде дерева без верхушки с огромным полым стволом («внутренняя пустота») с изломанными иссушеными ветвями.

Фрагмент интервьюирования в роли:

Психотерапевт:

– Когда это появилось у Артура?

Артур (отстраненно):

– Не так давно... Лет пять назад.

Психотерапевт:

– Почему это (отстраненность) выбрало Артура? Он особенный?

Артур:

– Конечно (оживился).

Артур рассказывает о событии, которое, по его мнению, повлияло на формирование отстраненности. Речь шла о первом опыте отношений с девушкиой (Олей), его фрагменты воспроизведены в клинической ролевой игре. На роль Оли Артур выбрал девушку с миловидной женственной внешностью, непосредственную, эмоциональную. В шестнадцатилетнем возрасте Артур познакомился с Олей, она была на пять лет старше и не воспринимала его всерьез. Но Артур сумел завоевать внимание своей избранницы, и у них сложились очень доверительные отношения, в которых проявлялась теплота, забота друг о друге. Артур мечтал жениться на Оле. Все изменилось, когда Оля сообщила Артуру о том, что она беременна и предоставила ему право выбора в сложившейся ситуации. Артур оказался не готов к этому выбору и расценил поведение Оли как предательство. Родители Артура также предоставили ему «решать самому». Оля сделала

аборт, после чего молодые люди расстались («постепенно отдалились друг от друга, и разрыв произошел сам собой»). Артур испытывал чувство вины за инцидент, он долго не мог поддерживать близкие отношения с девушками. Тогда впервые появился кожный зуд.

Прошло несколько занятий, и Артур выразил желание вернуться к обсуждению своей проблемы.

Артур:

– ... В прошлый раз я не все сказал... Было еще одно событие, которое повлияло на наши отношения с Олей...

Психотерапевт предлагает Артуру самому стать режиссером психодрамы. Это устраивает молодого человека. Он сажает Олю на стул, становится позади и ведет рассказ от третьего лица, одновременно пытается анализировать свои чувства. Невербальное поведение отражает «борьбу с самим собой»

Психотерапевт:

– Какие части у тебя борются?

Артур:

– Контроль и Чувства.

Участники группы выбираются на роль Чувств (Дима) и Контроля (Миша).

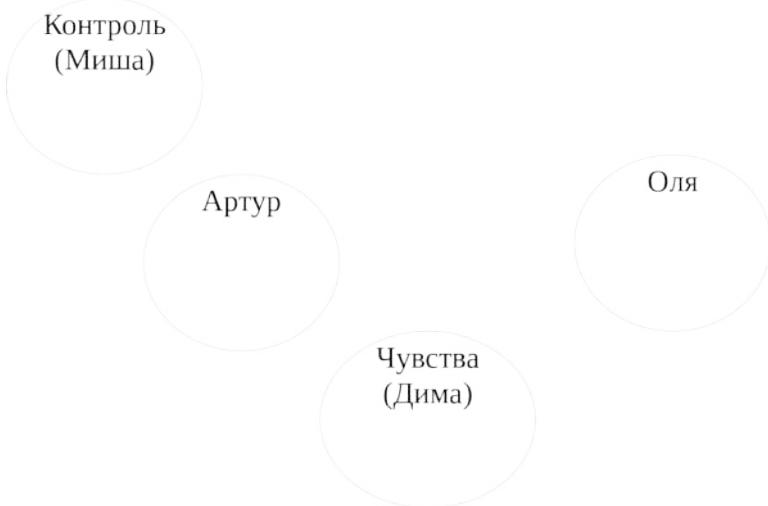


Рисунок 12. Схема расстановки.

Рассказ Артура живой, эмоциональный, вызывает сочувствие. Он активно жестикулирует, кладет руки на плечи Оле. Но постепенно голос становится ровнее, суждения рациональнее, обедняется мимика, жесты. Артур реже кладет руки на плечи девушки и постепенно отстраняется. «Контроль начинает управлять чувствами». Расстановка меняется (рис. 13).



Рисунок 13. Схема измененной расстановки

Психотерапевт:

— Чей голос ты слышишь в контроле?

Артур:

— ... мамина

На роль мамы приглашается Ирина. Используется третий вариант расстановки (рис. 14)



Рисунок 14. Третий вариант расстановки

После непродолжительной сцены общения Артура и Оли психотерапевт просит рассказать о своих отношениях с родителями.

Артур:

– С отцом у нас с ним были очень доверительные отношения, близкие, теплые. Но когда мне потребовалась его поддержка (в ситуации принятия решения об аборт), он предал меня, и отношения прервались (стали формальными).

Психотерапевт:

– Какие отношения с матерью, она контролирует тебя?

Артур:

– Мать не контролирует – она сама очень свободна и мне предоставляет свободу. Я похож на мать. С матерью у меня доверительные отношения. Сейчас мать уже перекладывает что-то на меня. Например, когда умирал мой дедушка (отец матери) она попросила меня побывать с умирающим, и я оставался с ним около часа наедине.

Психотерапевт:

– Она выбрала его на роль гробовщика (реплика в сторону).

Что ты чувствовал?

Артур:

— Чувств не было, была рассудительность, только потом, после похорон — сны, видения... Мне кажется, что, несмотря на свободу, мать меня удерживает...

У психотерапевта возникла идея воспроизвести линию развития юноши, начиная с рождения. Группа инсценирует рождение. Отец, роль которого исполняет Костя, баюкает, нянчит «новорожденного». Он гораздо ближе к мальчику, чем мать. Артур подрос и объединился с матерью. Отец очень чувствительный (слабый?), мать старается сделать его рассудительным.

Психотерапевт:

— Ты тоже пытаешься воспитывать отца?

Артур:

— Да.

В следующем фрагменте психодрамы воспроизведен диалог Артура с отцом.

Отец:

— Я так люблю мать. Почему она так холодна ко мне?

Артур:

— Ты же понимаешь, что в этом есть и твоя вина. Ты пропадаешь...

Отец:

— Ты от меня отдалился...

Диалог дублируется в исполнении других участников — Оли и Артура.

Оля:

— Почему ты холоден ко мне?

Артур:

— ...

Психотерапевт (дублирует Артура, пробная интерпретация):

— Я любовник своей матери.

Артур (после паузы):

— Мою сегодняшнюю девушку зовут Настя. Но мы не называем друг друга по именам. Я называю ее Анима. (Выбирает

участницу группы на роль Насти). С Настей мы очень похожи, она такая же рациональная, активная. Но наши отношения не сложились и, когда мы расходились, оба начали испытывать кожный зуд.

По просьбе психотерапевта разыгрывается психодраматическая виньетка со сменой ролей. Артур выступает от себя и от роли Насти (рис. 15)



Рисунок 15. Расстановка «Артур–Настя»

Артур:

– Понимаешь, Настя, мы очень похожи, я становлюсь зависимым. Как бы я не бежал от наших отношений я становлюсь все более зависимым. Мы с тобой так похожи, во всем похожи, я боюсь тебя потерять.

Настя:

– Да, мы так похожи, я боюсь тебя потерять. Почему?

Артур:

– Я боюсь упасть в твоих глазах.

Настя (от имени Настя говорит Артур):

– Ты напоминаешь моего любимого человека, который меня бросил, я боюсь назвать тебя его именем. И каждый раз, когда я дохожу до чего-то серьезного, я срываюсь. Я не верю в себя.

Настя (дублирует):

– Я не верю в себя.

Артур:

– Ты не веришь в себя, ты не доверяешь мне.

Настя:

— Я боюсь.

Артур:

— Давай рискнем. Мы можем за это заплатить.

Настя:

— Заплатишь только ты.

Артур:

— Я готов.

Настя:

— Теперь я испытываю чувство вины.

Артур:

— Сколько тебе дать времени?

Настя:

— Не давай мне времени.

Артур (обращаясь к группе):

— Я понял, что Настя стала ломаться, сдаваться и потерял к ней интерес.

Групповое обсуждение. Следует отчет о своих чувствах из ролей.

Мать Артура:

— Когда Артур стоял рядом, я чувствовала сильного человека. Папа терялся для меня. Вот он мой Артур, ребенок, которым я горжусь, он мне дал то, чего не дал муж.

Группа:

— Что ты не взяла от мужа?

Отец:

— Я почувствовал обиду, что не смог ничего создать с твоей матерью... и предательство. Слабый ты оказался, чтобы жить душой.

Критическая часть (Миша):

— Я такая маленькая.

Оля:

— После абORTA мне было тяжело, ты сказал, что это было мое решение. Меня опустошили, мне не дали чувств. Сегодня чувства были ближе. Когда передо мной посадили твою мать — я поняла, что мной манипулировали. Мне было так хорошо, что

я из этого вышла. Когда появилась другая девушка, возникла злость. Но когда я наблюдала за вами... Ты такой режиссер – играй дальше, слава богу!

Чувства (Дима почти все время дремал на диванчике):

– Я был покинут. В позиции 1 я был значим. Потом меня отодвинули, я ушел и, думаю, навсегда.

Настя:

– Это было здорово, мы похожи, это так романтично. Но было... Меня бросили. Больше я никому не позволю это сделать. Нашелся человек, который подобрался к моей ахиллесовой пяте, и я уже готова сказать: «Да, я хочу быть с тобой». И тут я не нужна. Я открыла дверцу – вино не перебродило в уксус. Я люблю тебя и для меня это не закрыто! Делай с этим, что хочешь!

По просьбе психотерапевта участникам предлагается выйти из роли.

Аня (исполнительница роли Насти):

– У меня это было, тогда я не открыла дверцу, а если бы... Я не Настя, я Аня. Я становилась собой и становилась тобой. Ты это быстро менял и оставался режиссером. Ты боишься тех, кто заставляет тебя чувствовать, ты бежишь от них.

Артур просит дать ему честную «обратную связь», ибо на учебных группах его «щадили».

Участники группы высказываются по очереди.

– Типичный сценарий, когда женщина выполняет мужскую роль. Мужчина слаб и не интересен. Мать учит мальчика играть мужскими энергиями.

– Мальчик играет в солдатиков, он смел и отважен, вдруг шум снарядов... бежит с передовой.

– А ты не пробовал с ней переспать?

Группа оживилась, Чувства (Дима) проснулись и пошли по кругу под аплодисменты участников.

– Я часто развращаю мужчин, обращаясь к их рассудку. А где близость?

– В казино гарантii не дают.

– Вампиры-гермафродиты в банке «жрут» друг друга.

Артур озадачен. В заключительном слове сообщил, что это занятие для него было тяжелым, но заставило задуматься. После окончания группы психотерапевт рекомендовал юноше продолжить индивидуальную психотерапию.

Нарциссические личности озабочены тем, как их воспринимают другие, стремясь заполнить внутреннюю пустоту, они испытывают постоянную потребность в любви, которая никогда не бывает удовлетворена. Остро нуждаясь в близких отношениях, они разрушают эти отношения и при этом сами очень страдают. Как правило, эти страдания вытесняются на телесный уровень, оставляя пустоту в душе. Подобная организация личности выстраивается в патологических объектных отношениях, которые формируются в нескольких поколениях. В представленном примере мы проследили трансгенерационные механизмы формирования нарциссической личности в объектных отношениях (рис. 16).

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ КУЛАКОВ

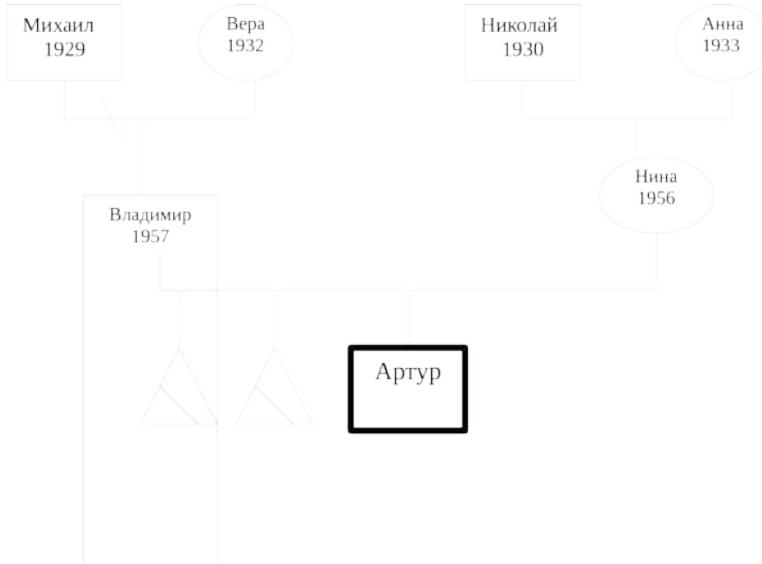


Рисунок 16. Генограмма Артура

В семье Артура прослеживается патологизирующее влияние размытых гендерных ролей. Родители Артура были единственными детьми. В семье матери женщины всегда были управляющими. Отца Артура мать воспитывала одна, что также отражает грубые структурно-ролевые нарушения на уровне семейной системы. Это ведет к дальнейшей редукции мужской подсистемы и снижению половой дифференциации.

Объектные отношения отражают фиксацию на преэдипальной фазе развития, которая характеризуется симбиотическими отношениями и нарушением формирования гендерной идентичности, спутанностью ролей. Артур идентифицирует себя с образом матери. Он хочет походить на нее — свободную, сильную, а значит отличаться от отца — мягкого и чувствительного. Такая идентификация препятствует формированию нормальной гендерной идентичности у мальчика. Партнерские отношения с но-

сительницами типичных женских качеств не складываются. Нынешняя избранница Артура похожа на его мать и одновременно на него самого. Отказ от обращений по имени также отражает нарушение идентичности. Используемая кличка Анима подчеркивает половую принадлежность, о которой необходимо напоминать, так как реальное поведение размывает границы и сглаживает различия между полами. В тоже время нет нормального отделения от матери, что препятствует нормальным партнерским отношениям Артура («любовник своей матери») и отдаляет от отца, не формируется любви, которая, по мнению О. Кернберга, составляет основу объектных отношений зрелой личности.

Эго – биологически возникшая адаптивная, иерархическая структура, которая пытается координировать множество целей, желаний, ценностей и намерений. Индивид нуждается в организационной структуре, которая может расставить приоритеты в противоречащих намерениях, желаниях и чувствах и внести согласованность в удовлетворение этих желаний.

По теории объектных отношений на намерения влияет их место во всей структуре Эго, и они принимают различные значения в зависимости от того, как они интегрированы в личность. Проблема подавления состоит в том, что некоторые примитивные детские намерения отделяются от структуры Эго и потому не имеют возможности быть эффективно интегрированными. Осознание этих намерений во время психотерапии позволяет интегрировать их во взрослое Эго и, следовательно, видоизменять их.

Таким образом, О. Кернберг сделал набросок теории объектных отношений, которая объединяет психоаналитическую теорию инстинктов с подходом эго-психологии.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ НАРУШЕНИЯ САМОУВАЖЕНИЯ. ЭГО-ПСИХОЛОГИЯ Х. КОХУТА

В эго-психологии, разработанной Х. Кохутом, пациент рассматривается как человек, нуждающийся в определенных реакциях со стороны других людей для поддержания самоуважения и целостности Эго. Кохут изучал пациентов с нарциссическими личностными расстройствами. Эти пациенты жаловались на трудно поддающиеся описанию чувство пустоты, депрессию и неудовлетворенность своими взаимоотношениями с окружающими. Их самооценка была крайне уязвимой для любых проявлений неуважения. Будучи детьми, эти пациенты страдали от неспособности их родителей выполнять свои родительские функции, в частности, поддерживать потребность детей в идеализации своих родителей. И будучи детьми, и в зрелом возрасте они испытывали трудности в поддержании чувства целостности и самоуважения. Для Кохута развитие стабильного согласованного уникального Эго – основной вопрос развития личности. В результате нарушения данного процесса наблюдается психопатология. Психосоматический симптом может появиться в результате замещения любви родителей или их отражения, когда пациент имеет возможность получить внимание от персонала медицинских учреждений, проходя многочисленные обследования и лечение.

Эго-объекты играют решающую роль в формировании у человека согласованного Эго. Эго-объект можно представить себе как человека, который обеспечивает важный набор функций для развития Эго. Однако некоторые авторы подчеркивают, что правильнее говорить о функциях эго-объекта, чем об эго-объектах, так как решающую роль, в действительности, играют функции сами по себе.

Маленький ребенок в первый год жизни не имеет Я (хотя у него есть внутренний потенциал для его развития). В данный момент его ощущение себя фрагментарно и несогласованно. Только на втором году жизни через реакцию важных для него

воспитателей он начинает вырабатывать организованное сущностное «ядерное» ощущение себя. Самый главный способ развития — эмпатия. Еще более важным является осуществление матерью психологической поддержки. Всем, кто имел дело с маленькими детьми, знакомо их поведение «посмотри на меня». Нужно иметь способность к правильной оценке и пониманию, для того чтобы дети выработали в себе чувство собственной ценности. При оптимальном развитии периодический недостаток эмпатического отражения позволяет ребенку научиться обеспечивать себе самоподдержку, то есть можно сказать, что происходит «превращающая интернализация». Оптимальное эмпатическое отражение матери ведет к модулированию и смягчению претенциозных эксгибиционистских тенденций ребенка и к развитию здорового, зрелого самоуважения, амбиций и напористости. В случае недостатка любви родителей возникает «нарциссический дефицит», символически отражаемый через «дыры в личности» (рис. 17).

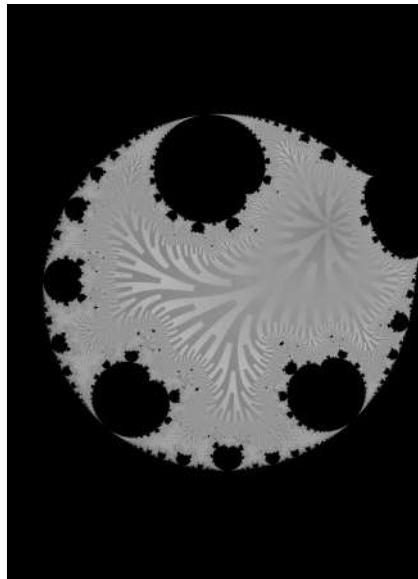


Рисунок 17. Нарциссический дефицит

Если ребенка успокаивает и развивает кто-то, кого он идеализирует, это укрепляет образ его Эго и его самоуважение. Но по мере того как ребенок научается успокаивать себя, ему больше уже не нужно считать идеальным человека, который утешает его. Еще одна потребность маленького ребенка – чувствовать сходство с другими людьми и свою принадлежность к ним. Став взрослыми, мы переживаем эту потребность в «близняшестве», когда, например, с удовольствием знакомимся с кем-то, кого находим очень похожим на себя. Способность ребенка выработать этот аспект своего Эго связана с его способностью устанавливать дружелюбные отношения с другими.

Развитие этих трех полюсов Эго – претенциозного экгибиционистского, идеализирующего и полюса близняшества – ведет к достижению согласованного ядерного Эго примерно на третьем году жизни, если все идет хорошо. Но это не значит,

что теперь больше не нужны другие люди, когда мы достигаем здорового ядерного Эго. Эго-психология — это не теория сепарации-индивидуации, как теория объектных отношений, где здоровым исходом считается отдельное самостоятельное Я: здесь здоровое Я существует в межсубъектном поле. Не существует Эго, полностью отделенного от других людей. Эго-психология, таким образом, утверждает радикально иной взгляд на человека — в отличие от точки зрения Фрейда, теории объектных отношений и большинства традиционных западных теорий Эго.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ РЕСОМАТИЗАЦИИ ФУНКЦИЙ Я. КОНЦЕПЦИЯ ДЕСОМАТИЗАЦИИ М. ШУРА

М. Шур, личный врач Фрейда и тоже психоаналитик, предложил модель десоматизации и ресоматизации, согласно которой в раннем детстве для человека характерно единое «психофизиологическое переживание». Аффекты еще в значительной мере связаны с сопровождающими их соматическими процессами. Например, ребенок испытывает страх (реакция на психическом уровне) и одновременно дрожит, пoteет, учащенно дышит (реакция на соматическом уровне).

Шур описывает дальнейшее развитие ребенка как процесс десоматизации, в ходе которого либидонозные и агрессивные энергетические напряжения нейтрализуются, совершаются. Ставятся более зрелыми как психические, так и соматические механизмы, дифференцируются центральная и вегетативная нервные системы; улучшается координация и произвольное управление движениями; совершаются процессы восприятия; ребенок становится более мобильным. По мере взросления вегетативные процессы отвода либидонозного и агрессивного напряжения все более отходят на задний план.

Шур считает, что активные действия и соматические реакции постепенно заменяются речью и внутренними переживаниями.

Однако в результате того или иного неблагоприятного развития и стрессовых факторов нормальный процесс десоматизации может обернуться регрессией в форме ресоматизации аффекта. В ситуациях внутренней или внешней опасности происходит возвращение преодоленного соматического способа реагирования. Психосоматический симптом возникает, по Шуре, когда при сильной нагрузке нарушается психодинамическое равновесие и происходит внезапный прорыв бессознательного материала в форме преэдипальных или эдипальных инстинктивных желаний, и механизмы защиты Эго не срабатывают. Все формы психосоматических расстройств сопровождает «нарциссический регресс», который проявляется в органической симптоматике. В рамках этой концепции регressiveной ресоматизации функций Эго М. Шур устанавливает также связь между конверсионными симптомами и их органическими эквивалентами.

Примером, где механизм «ресоматизации» играет ведущую роль наряду с другими факторами, служит следующее наблюдение.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №20

Жанна Б., 40 лет.

Матери при рождении ребенка было 36 лет. Девочка родилась в результате второй беременности. Вес ребенка был 2,7 кг, рост 37 см. На грудном вскармливании девочка быстро прибавляла в весе и хорошо развивалась. В возрасте двух лет ее отдали в ясли, но через две недели она заболела пневмонией, и ее госпитализировали в детскую больницу, где она находилась целый месяц. После выписки домой у ребенка поднялась температура, и ее снова госпитализировали. Врачи разрешили матери приходить к ребенку каждый день и гулять с ним в парке. После прогулки девочке очень не хотелось расставаться с мамой, и она очень плакала.

При выписке врач сообщил, что у ребенка имеют место астматические проявления. Мать была очень обеспокоена этим ди-

агнозом, и по совету педиатра дочь отвезли ранней весной к бабке в деревню, где она находилась вместе с матерью. У бабки ее каждый день поили горячим молоком с внутренним свиным салом. После этого курса лечения ей стало лучше. После возвращения домой она больше не посещала ясли. В детский сад она пошла в три года. До школы еще один раз серьезно заболела. У нее поднялась высокая температура, врачом был поставлен диагноз пневмония, а на следующий день обнаружена скарлатинозная сыпь, и девочка была госпитализирована. По дороге в больницу они с матерью обе плакали. Дочь испытывала сильный страх расставания. Но опасения оказались напрасными, в палате она с радостью была принята другими детьми.

Из воспоминаний Жанны. «Наша палата была самая веселая и шумная. Я не испытывала ужаса и страха, а был покой и интересное общение с детьми разного возраста. Именно тогда возникло осознание того, что в жизни есть не только плохое, но и хорошее, не только черные полосы, но и белые. Это был тот необходимый маяк, который позволил пережить дальнейшую жизнь».

В первый класс она пошла в шесть лет, не владея чтением и письмом, поэтому учиться было трудно. Учительница была очень строгая и любила давать подзатыльники за неверно выполненное задание. Однажды и Жанне попало, но она тут же отреагировала сильнейшим носовым кровотечением. После этого учительница больше девочку никогда не била.

Постепенно ей стало интересно заниматься, и к концу четвертого класса Жанна не имела ни одной тройки в четверти. В старших классах школы она также хорошо училась и почти не болела. В шестом классе у нее был обнаружен катар верхних дыхательных путей, и зимой она обычно ходила с насморком, но болезнью это раньше не считалось, и никто насморк не лечил. Лето она проводила у бабки в деревне, питаясь парным молоком, умываясь ключевой водой и долго пребывая на свежем воздухе. Все это способствовало укреплению ее здоровья.

Первым ребенком в семье был ее брат Костя. «Он был, как

говорили, непутевым». Костя учился в спортивной школе, занимался плаванием. Все силы были отданы спорту, а на учебу их не оставалось. Класс, в котором учился Костя, часто уезжал на сборы, летом по три месяца они тренировались на спортивной базе в одном из южных городов. Но однажды, когда мальчик сдавал нормативы на мастера спорта, ему не хватило доли секунды, и он звания не получил. Он рассказал сестре об этом позже, тогда он испытал настоящее разочарование. Постепенно интерес к плаванию, к достижению хороших результатов прошел, учеба его никогда не интересовала, но остались друзья, двор, «тусовки». Однажды он попробовал наркотики и потом уже не смог противостоять влечению к ним. Начался процесс постепенного разрушения его жизни. Сестра узнала о том, что ее брат наркоман, только тогда, когда его не взяли в армию. Мать очень ждала, что его заберут в армию и там он исправится, но именно армейская комиссия объявила родителям о том, что их сын – наркоман, и в армию его не призовут. И никакие связи не помогли родителям отправить сына в армию.

С их семьей в то время родственники стали общаться очень мало. Не оставляла в покое их только милиция. В то время все граждане должны были работать или учиться, Костя же не хотел ни того, ни другого. Именно в милиции матери посоветовали отправить брата в закрытое заведение для наркоманов на два года, вместо армии, ей также сообщили, что его вылечат, и она поверила этим заверениям. Девушка эти два года жила в каком-то оцепенении, она ждала, когда же он вернется. Ей с трудом верилось, что все изменится в лучшую сторону. Постепенно, однако, жизнь налаживалась, из маленькой комнаты в коммунальной квартире семья переехала в отдельную квартиру. Отец, будучи квалифицированным специалистом, стал получать высокую зарплату и одновременно начал злоупотреблять алкоголем.

У бабки, проживавшей в семье, с невесткой были очень натянутые отношения. Дома обстановка была достаточно напряженной. Девочке было трудно принять позицию матери или бабки, так как она любила их одинаково сильно. Но чаще она

оказывалась на стороне матери и обижала бабку, а потом «тихо страдала от этого».

После возвращения Кости обстановка в семье накалилась. Юноша уходил и не возвращался сутками. Он приходил весь грязный, от него пахло чем-то сладковато-тягучим. Он уже не скрывал от сестры своего пристрастия. Девушка сообщила матери об этом факте. Они поссорились. Но юноша как-то сказал сестре, что ему уже не измениться, а мать лишний раз расстраивать не нужно. Она так и поступила. Из дома стали пропадать вещи. Приходили какие-то люди и требовали деньги, которые должен им Костя.

Когда обстановка стала невыносимой, родители попытались поговорить с сыном. Тогда сын им сказал, что, отдав его в это закрытое учреждение, они подписали ему приговор. Он не сможет вылечиться никогда.

Когда девушке исполнилось 15 лет, родители уехали деревню, оставив дочь впервые с братом одних, чего раньше никогда не делали. Костя вернулся в одиннадцать часов вечера. Сестра накормила его, постелила постель и собралась ложиться спать. Костя пожелал ей спокойной ночи и сказал, что если он упадет, чтобы та не пугалась. Она не подумала ни о чем плохом и легла спать.

Из воспоминаний Жанны. «Я спала как младенец и проснулась только тогда, когда прозвенел будильник. Очень удивилась, почему в комнате горит свет, пошла на кухню и увидела лежащего на полу брата, он был уже холодный. Рядом на столе лежал пустой шприц. Ему было 22 года.

Ко мне зашла подруга, чтобы пойти в школу. Мы с ней вызвали скорую помощь и позвонили моей тете. Приехала скорая и констатировала смерть от отравления неизвестным веществом. Когда скорая помощь уехала, подруга ушла в школу, и я осталась с ним одна. Я присела на край дивана, мне хотелось выть, но я боялась нарушить тишину. Я не помню, сколько так просидела, раскачиваясь в оцепенении. Когда приехала тетя, она осталась ждать машину, которая увезла Костю в морг. Я по-

ехала на такси к родителям в деревню, чтобы сообщить о смерти сына. Я не помню, как долго мы ехали. Когда были на месте, я вошла в дом, и в сенях увидела маму. Она радостно меня приветствовала. И эта ее веселость как острым ножомрезанула меня. Я сразу выпалила, что Костя умер. Начались рыдания, причитания и расспросы, как это произошло. Возник вопрос, почему же я не проснулась, и появилось чувство вины. Оно засасывало меня в свою бездну. И хотелось ненавидеть себя за черствость. Но это были мои чувства и переживания, о них меня никто не спрашивал. Мне казалось, что я должна поддержать маму, и я много разговаривала с ней, чтобы отвлечь от грустных мыслей. Костя умер в сентябре, и мне очень тяжело далась учеба в год его смерти».

В 10 классе Жанна «взялась за учебу», так как хотела поступить в медицинский институт. Но подготовка к вступительным экзаменам оказалась недостаточной, поэтому она не прошла по конкурсу и устроилась работать санитаркой в поликлинику. Но вместо того, чтобы учить биологию, физику и химию, запоем читала художественную литературу. В то время она очень увлекалась поэзией. Иногда находила стихи Ахматовой, Фета, Блока, которые «рвали ей душу на части». Стоя перед зеркалом, читала их, плакала, иногда рыдала. Она чувствовала, что после чтения стихов ей становится легче на душе. Не поступив второй раз в медицинский институт, она без экзаменов была зачислена в медицинское училище. К учебе приступила с большим энтузиазмом. В группе у них были только две петербурженки, остальные — приезжие. Культурный и интеллектуальный уровень учениц, которые выросли в большом городе, отличался от уровня девочек, приехавших из поселков и деревень. Ее сразу выбрали профоргом группы, и она увлеклась активной общественной работой. Кроме того, девушка посещала театральную студию и активно приглашала в театр своих сокурсниц.

Из воспоминаний Жанны. «Девочки, с которыми я училась, были очень искренними в выражении своих чувств, добрыми. Они подарили мне тепло человеческих отношений, в котором я

так нуждалась, а я с удовольствием делилась с ними своими знаниями».

В середине второго курса ей предложили работать по окончанию училища освобожденным председателем студенческого профкома. Это предложение для нее было неожиданным, потому что в школе девушка никогда не была лидером. Она довольно долго сомневалась, но, в конце концов, согласилась, и, не закончив учебу, приступила к работе. Было довольно тяжело, но она справилась с ситуацией и окончила училище с красным дипломом.

Работать было интересно. Она общалась со многими интересными людьми. Ездила на различные семинары и конференции. Помимо работы в училище, она начала выполнять поручения райкома и обкома профсоюза. Зимой этого же года ее подруга познакомила девушку с молодым человеком, которого звали Михаил. Молодые люди подружились, общение сопровождалось поездками к его друзьям.

Весной их встречи сократились, так как Жанна активно стала готовиться к сдаче экзаменов. Имея красный диплом, она сдала ведущий экзамен на «четыре», и ей в срочном порядке пришлось готовиться к остальным экзаменам. Сил не хватило, и она «завалила» последний экзамен. Когда она приехала домой, позвонил Миша и отчитал ее за то, что она мало занималась. Он добавил, что она его очень разочаровала. Отношения у них испортились, встречи стали редкими. Весной прошел слух, что Михаил женится. Она позвонила ему и спросила, правда ли это. Неопределенность их отношений очень ее беспокоила и не позволяла строить свою дальнейшую жизнь. Он обещал встретиться с Жанной и объясниться, но вскоре отменил встречу. Она очень удивилась и ничего не поняла. Экзаменационный ажиотаж держал нервы на пределе: Жанна поступала в институт шестой раз.

Перед экзаменами Жанны приехали родственники матери с друзьями. Каждодневные вечерние застолья очень раздражали девушку. Но, несмотря на ужасную обстановку, она сдала первый экзамен по биологии на «отлично» и поступила в Уни-

верситет.

После экзамена она зашла к подруге, чтобы похвастаться результатом и позвонить Мише, чтобы он разделил с ней радость. Она позвонила ему, а его мать сообщила, что он женился и больше здесь не живет. Девушка испытала настоящий шок.

Из воспоминаний Жанны. «Было так обидно, что это трудно описать словами. Когда я пришла домой, то все рассказала маме и долго плакала, не понимая, почему он не смог со мной объясняться. Этот вопрос так и останется без ответа».

Именно в этот момент и появился образ рыбы, которую выбросили на берег – спустя десять лет после этого события на психотерапевтическом сеансе она так же изобразила свою обиду.

На следующий день она пошла в институт, и была определена на работу в приемную комиссию. В сентябре приступили к занятиям. Ей было очень интересно учиться на факультете биологии. Вокруг нее образовался кружок любителей искусства. За студенческие годы они посмотрели уникальные постановки, побывали на концертах, посещали вечера поэзии и различные выставки. Но личная жизнь не складывалась. Все ее подруги вышли замуж, у многих уже появились дети. Родственники были крайне обеспокоены, что Жанна до сих пор не замужем. Ее пытались знакомить с мужчинами, но ее это очень раздражало. Несмотря на яркую студенческую жизнь, проживать в своей семье становилось все тягостней. Жанне не хотелось приходить домой. Отец стал спиваться. Мать с бабкой или не разговаривали, или ругались. Жанна сильно переживала все эти события. Мать настояла на том, чтобы бабку забрала ее дочь – тетя Жанны. Бабка не хотела от них уезжать, но выбора не было. Девушка опять испытывала чувство вины, но сделать ничего не могла.

Она замкнулась в себе. Дома появлялась редко, между посещениями музеев, театров и библиотек. На третьем курсе ее факультету предложили рекомендовать десять человек из числа лучших студентов для поездки в Грецию. Она была в числе тех, кому повезло.

На следующий день после отъезда бабки она заболела. Вся эта обстановка настолько снизила ее иммунитет, что она единственная на курсе заболела псевдотуберкулезом и проходила лечение в течение месяца в инфекционной больнице. Их курс находился в это время на практике в пионерском лагере. Она присоединилась к ним, опоздав на неделю. Практика прошла успешно, но в общепите она опять заразилась псевдотуберкулезом и была госпитализирована еще на месяц. Теперь под угрозой оказалась ее поездка в Грецию. Ее выписали за два дня до отъезда. Она успела собраться и договориться с деканатом о переносе сессии.

Из воспоминаний Жанны. «Я уезжала из серого города с множеством проблем в южный рай, навстречу моему счастью. В Греции я познакомилась с моим будущим мужем».

Первое время после свадьбы супруги жили у ее родителей, а когда родился сын, они переехали к родителям мужа. Отношения со свекровью в начале семейной жизни складывались нелегко. Через два года у них родилась дочь, ее назвали в честь матери мужа – это был ей подарок к 80-летию. Она искренне радовалась такому щедрому дару. Наталья кормила дочь грудью до года. Последний месяц кормления она почувствовала себя очень плохо. Анализы показали резкое снижение гемоглобина. Врачи рекомендовали прекратить кормление и активно питаться железосодержащими продуктами. Содержание гемоглобина в крови повысилось, но иммунитет был снижен, и, Жанна заболела бронхитом, который постепенно перешел в приступы бронхиальной астмы.

В течение многих лет Жанна лечилась в основном медикаментозно. Ее консультировали несколько раз психотерапевты с медицинским образованием, но контакт с ними оставил разочарование, и она никогда не задумывалась о психологическом компоненте своего заболевания. Поводом к осознанию, что ее астма носит психосоматический характер, послужило ее случайное участие в психодраматической группе. Во время наблюдения за работой протагониста, который, завершив свои отно-

шения с девушкой, смог ей сказать «Я разлюбил тебя, давай расстанемся», Жанна почувствовала затруднение дыхания и воспользовалась ингалятором, про который в предыдущие дни занятий она не вспоминала. Во время обсуждения («шеринга») поделилась своим воспоминанием о незавершенных отношениях с Михаилом, чувство вины и обиде. На групповых занятиях отказалась работать над своими проблемами, поэтому ей было рекомендовано пройти индивидуальную психотерапию.

В случае Жанны симптом, впервые возникший в раннем детстве, возобновился на фоне стрессовых событий. Его психологическая подоплека не была исследована пульмонологами, и, как часто бывает, лечение могло бы закончиться назначением гормональных препаратов.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ ПЕРЕЖИВАНИЙ ПОТЕРИ ОБЪЕКТА (ДЖ. ЭНГЕЛЬ, А. ШМАЛЕ, Г. ФРАЙБЕРГЕР)

Переживание потери объекта чрезвычайно часто встречается в начале психосоматического заболевания. Типичные примеры переживаний потери объекта – потеря близких (например, временная или длительная потеря контакта с родными) и деятельности (например, профессии). Психосоматические больные не в состоянии адекватно переработать переживания потери объекта. В силу своей лабильной самооценки они воспринимают ее как нарциссическую травму. Потеря остается непреодоленной, в дальнейшем могут наступать депрессии, в которых больным владеют чувства «giving up» и «given up» (Дж. Энгель и А. Шмале).

Дж. Энгель и А. Шмале, признавая генетическую предрасположенность заболевания, в то же время видели символический выбор места возникновения нарушения. Например, экзема и другие кожные заболевания могут быть символически связаны с нарушениями контакта с другими людьми, прежде

всего с матерью на первом году жизни. Психосоматические заболевания – это, в значительной степени, нарушения в иммунной системе. Особенно велика роль аутоиммунных механизмов при астме, колите, болезни Крона, раке. Дж. Энгель и А. Шмале связывают ослабление иммунной защиты с психологическим отказом от будущего, потерей веры и оптимизма. Так, у многих психосоматических больных можно наблюдать характерный комплекс «*giving up*» («прекращаемый, бросаемый») и «*given up*» («прекращенный, брошенный»). У пациентов возникает чувство потери, разрыва связи между прошлым и будущим, в результате чего они больше не могут позволить себе с доверием и надеждой смотреть в будущее. Жизнь кажется мрачной и больше не привлекает. При этом особое значение Энгель и Шмале придавали жизненной ситуации в момент возникновения заболевания. Они описали типичные аффективные состояния, характерные для комплекса «*giving up*» и «*given up*»: отчаяние, депрессию, безнадежность, горе и печаль, чувство невосполнимой потери, беспомощность. Именно реальная или символическая потеря объекта либо угроза такой потери могли привести к «прекращению, отказу» от веры в будущее («*giving up*» и «*given up*»), что, в свою очередь, ведет к снижению иммунитета.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №21

На перерыве Наталья подошла к ведущему группы и попросила, чтобы ее вызвали поработать.

Психотерапевт:

– Выходи Наталья.

(Наталья выходит и садится рядом с психотерапевтом.)

Психотерапевт:

– Расскажи нам о своей проблеме.

Наталья:

– Много лет я нахожусь на учете у онколога. Каждый раз с тревогой иду в диспансер. Я боюсь оставаться одна ночью,

и периодически возникает непонятное чувство тревоги.

Психотерапевт:

— Давно это появилось у тебя?

Наталья:

— Я связываю это со смертью брата.

Психотерапевт:

— Что с ним случилось.

Наталья:

— Несколько лет назад он пропал, мы искали его очень долго, через год его тело нашли на берегу реки.

Психотерапевт:

— Как ты думаешь, что послужило причиной смерти?

Наталья:

— Его убили, он крутился в криминальных кругах.

Психотерапевт:

— У тебя есть семья?

Наталья:

— Да, я живу с мужем, но детей у нас нет.

Психотерапевт:

— Ты делишься своими переживаниями с мужем?

Наталья:

— Нет.

Психотерапевт:

— Ты навещаешь могилу брата?

Наталья:

— Да.

Психотерапевт:

— Разговариваешь с ним?

Наталья:

— Нет.

Психотерапевт:

— Хочешь сходить сейчас и поговорить с ним?

Наталья:

— Можно.

Психотерапевт:

— Ренат, побудешь в роли умершего брата?

Ренат:

— Хорошо.

(Ренат ставит два стула, на них цветок, имитируя воображаемую могилу, садится на стул. Наталья подходит к «могиле брата».)

Наталья:

— Почему же ты меня оставил? Ты же был мне надежной опорой. Ты мне очень нужен. Мы долго тебя искали, ходили по моргам, по больницам. А когда нашли, то долго не могли в это поверить. Что же с тобой произошло?

Брат:

— Это уже неважно. Мне очень больно смотреть на то, как вы переживаете. Я старался всю жизнь быть вам опорой, а вот так сложилась судьба. Я и здесь болею за вас.

Наталья:

— Ты только не переживай, у нас все хорошо. Я буду к тебе приходить, и мы сможем с тобой разговаривать. Знай, что ты не один.

Брат:

— Не переживайте, мне только от этого хуже. Я все вижу и радуюсь вашим успехам.

Наталья:

— Я тебя очень люблю. До встречи.

Психотерапевт:

— Ну что, прогуляемся по кладбищу, смотри, какие тут деревья, какая хорошая погода. Кстати, место на кладбище надо забронировать заранее. (Смех в зале.)

Наталья:

— Спасибо, мне стало гораздо легче.

Психотерапевт:

— На этом можно остановиться?

Наталья:

— Да.

Деролинг. Шеринг.

Концепция потери объекта Г. Фрайбергера подчеркивает, что у пациента с потерей объекта может возникнуть несколько психологических проблем.

1. Нарциссическая дисрегуляция. Для психосоматических пациентов характерны сниженная самооценка, чувство внутренней неуверенности – «нарциссическая обида». Это состояние усиливает переживание лишения объекта (реального или воображаемого) – человека, сферы деятельности, идеологии, нормальных функций своего тела. Утрата объекта предшествует заболеванию и является дополнительным фактором психической переработки, отягощающим нормальную реакцию печали.

2. Агрессивное торможение. Лишение объекта, связанное с нарушением самооценки (нарциссическая обида), приводит к фрустрационной агрессии – злобе, раздражению, ненависти по отношению к утраченному объекту. Фрустрационная агрессия тормозится, в связи со страхом дальнейшего лишения объекта. Она может проявляться косвенно, например, как ипохондрия, раздражение на медперсонал или близких.

3. Депрессия. Фрустрационная агрессия может переходить в депрессию с чувством беспомощности, безнадежности, страхом отвержения.

В связи с этим психосоматических пациентов просят как можно подробнее, день за днем описать год, предшествовавший заболеванию. (Иногда пациент делает это письменно в форме автобиографии, в других случаях это выясняется во время психотерапевтических сеансов.) Как правило, обнаруживается, что в этот промежуток времени происходило событие (потеря, горе, страх и т. д.), которое могло вызвать отказ от веры в будущее. Дальнейшая психотерапия направлена на проработку этого события.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ АЛЕКСЕТИМИИ

Многие авторы отмечают весьма характерную общую особенность пациентов с психосоматической патологией: при заметной бедности фантазии и конкретно-предметном мышлении они проявляют определенную душевную слепоту. Происходит

как бы «отщепление», блокировка чувств; необходимая для функционирования психологических механизмов защиты способность к символообразованию ограничена.

Мышление как бы становится механистичным: больные говорят только о конкретных и актуальных предметах, например, о своей машине или погоде. Выявляется бедность сновидений, мечтаний, обеднение межличностных взаимодействий, связанное с сухостью верbalного общения.

Сифнеос ввел понятие «алекситимия» – неспособность (а-) воспринимать и называть словом (*lexis*) чувства (*thymos*). Это своеобразная «душевная слепота». Больные не способны рефлексировать свое эмоциональное состояние и проявлять эмпатию по отношению к другим людям, которых они, в лучшем случае, представляют такими же, как они сами.

Алекситимия появляется в семейной среде, где нет места выражению чувств, вызванных реальной жизнью. Эта позиция может затем закрепиться при многолетней установке на ригидное следование общественным нормам. В последнее время эта концепция теряет свою привлекательность.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ ИНТРОЕКЦИИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БАЗИСНЫХ СХЕМ. КОГНИТИВНЫЕ ТЕОРИИ

Согласно одному из системных правил, люди, тесно общающиеся друг с другом, создают определенные правила, законы, схемы. Базисные схемы – глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру. Опыт отношений с родителями, их правила, лозунги, установки по механизму импринтинга (запечатления) интериоризируются и становятся чем-то вроде обыденной философии жизни, ложатся в основу жизненных сценариев, нарративов, исказя восприятие настоящего момента, препятствуя принятию решений.

Нarrативные психотерапевты широко используют термин «дискурс».

Дискурс – исторически, социально и в недрах особой культуры возникшая специфическая структура убеждений, терминов, категорий и установок, которые влияют на отношения и (внутренние) тексты и звучат в историях пациентов. Термин «дискурс» близок более ранним понятиям семейной психотерапии: семейный миф, семейные темы, система семейных убеждений, патологизирующее семейное наследование.

Некоторые дискурсы находятся на поверхности, другие становятся доступными после преодоления защитных механизмов. Индивид редко имеет один дискурс. Отношения в семье вбирают в себя множество дискурсов каждый день, хотя для членов семьи они порой невидимы. Дискурсы отца непременно связаны с другими дискурсами, например, дискурсами патриархата, материнства, биологии и многих других.

Синонимом вышеназванных понятий в когнитивной психологии является «схема» – когнитивная репрезентация прошлого опыта, негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности самого человека. Схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления. В силу такой важности схем основной задачей психотерапевта является помочь пациентам в понимании того, как они истолковывают реальность.

Базисные схемы – глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру. Опыт отношений с родителями, их правила, лозунги, установки по механизму импринтинга (мимолетных впечатлений) интериоризируются и становятся чем-то вроде обыденной философии жизни, ложатся в основу жизненных сценариев, нарративов, искакая восприятие настоящего момента, препятствуя принятию решений.

Когниции – верbalные суждения или образы восприятия любой модальности – связаны с лежащими в их основе убеждениями, установками и представлениями.

Чтобы найти искажение когнитивного процесса у пациента, психологу важно осознать, что они (когниции) обозначают множество видов внутренних процессов. Это не только неслышимый язык или образы, создающиеся в воображении, но широкий спектр «поведения» (В), происходящего в промежутке между стимулом (активирующим процессом) и реакцией (эмоциональными и поведенческими последствиями). Чтобы дать пациентам хотя бы приблизительное представление о различных типах когниций, которые заключены в «В», им предлагается во время сессии обсудить следующий список.

Внутренний разговор с собой
Самоэффективность
Избирательное внимание
Избирательное невнимание
Ярлыки (слова и фразы)
Стиль объяснения
Когнитивные карты.
Требования к себе
Жизненные ориентиры
Мысленные ассоциации
Когнитивное обусловливание
Я-концепция
Образы
Гештальт-паттерны
Темы и рассказы
Предрассудки, воображение, оценки
Умозаключения и выводы
Самоинструктирование
Внутренние сценарии
Идеализированные когнитивные модели
Персонализированные мифы
Когнитивные схемы

Терапевт может помочь пациентам понять этот длинный список терминов, пояснив, что все умственные процессы проис-

ходят в разное время. Как в домино, каждый из них запускает последующий, пока они все вместе не образуют силу, достаточную для того, чтобы вызвать определенную эмоцию или действие.

Другими словами, оценка специфических требований ситуации предшествует адаптивной (или дезадаптивной) стратегии и вызывает ее. Оценка ситуации, по крайней мере, частично зависит от релевантных основных убеждений. Эти убеждения входят в более или менее устойчивые структуры, называемые «схемами», которые отбирают и синтезируют поступающие данные. Психологическая последовательность далее идет от оценки к эмоциональному и мотивационному возбуждению и, наконец, к выбору и реализации соответствующей стратегии. Эти схемы, от которых зависят когнитивные, эмоциональные и мотивационные процессы, рассматриваются как фундаментальные элементы личности. Такие признаки, как зависимость или автономия, которые в мотивационных структурах личности трактуются как основные побуждения, могут рассматриваться как функция конгломерата основных схем. В поведенческих или функциональных терминах эти признаки могут быть названы «основными стратегиями». Эти специфические функции могут наблюдаться в преувеличенном виде в некоторых из поведенческих паттернов, приписываемых, например, зависимым или шизоидным личностям. В табл.7 и рис.18 приведены основные дисфункциональные режимы и схемы.

Таблица 7.Дисфункциональные режимы и схемы

Дисфункциональный режим	Схемы
Одинокий ребенок	Покинутость
Униженный ребенок	
Дефективность\стыд	
Одинокий ребенок	Социальная
изоляция	

Рассерженный ребенок	Грандиозность
Импульсивный ребенок	Недостаток
самоконтроля	
Требовательный родитель	Подчинение
Карающий родитель	Завышенные
требования	
к себе	

Выраженная активация дисфункциональных схем образует ядро, так называемых, расстройств Оси 1 таких, как депрессия. Более частные дисфункциональные схемы замещают ориентированные на реальность адаптивные схемы в таких функциях, как обработка информации, припоминание и предсказание. При депрессии, например, доминирующим становится стиль поведения, основой которого является самоотрицание. При тревожных расстройствах отмечается гиперактивный индивидуальный стиль реагирования на опасность. При панических расстройствах мобилизован стиль поведения, соответствующий неизбежной катастрофе. При расстройствах личности схемы – это часть нормальной, каждодневной обработки информации. Режим «карающий родитель» часто выявляется у психосоматических пациентов, в результате чего формируются различные симптомы и даже наблюдается сдвиг в биохимических реакциях. Так у Егора (случай описан в книге «Трудности и ошибки в психотерапии») в результате внутреннего конфликта (непроявленного гнева в силу того, что его оставили в клинике на второй срок и необходимостью лечения) показатель билирубина вырос за 2 недели на 40 единиц.

Типичные дисфункциональные убеждения и дезадаптивные стратегии, выраженные в расстройствах личности, делают людей восприимчивыми к жизненному опыту, который повышает их когнитивную уязвимость. Так, зависимое расстройство личности характеризуется чувствительностью к утрате любви и помощи; нарциссическое расстройство – чувствительностью к ущемлению чувства собственного достоинства. Когнитивная уязвимость основана на экстремальных, ригидных и императивных убежде-

ниях.

Считается, что все симптомы и негативные копинговые стратегии: агрессия, враждебность, манипуляции, злоупотребление психоактивными веществами, избегание, доминирование и т. д. связаны с активацией детских негативных схем и «комплексов».

Пациенту предлагается (можно в домашнем задании после сессии) прописать ситуации, в которых выявляются ранние предупреждающие сигналы, что схема или комплекс «вылезет», а также проанализировать следующие параметры.

Физические проявления

Чувства

Мысли

Какая установка активируется?

Как эта установка влияет на окружение, общение?

Какая потребность присутствует?

Какое обычно действие или поведение

демонстрируется?

Удовлетворяет ли такое поведение на самом деле
потребность пациента?

Перескакивает ли пациент на другой комплекс
(другой вариант «внутреннего ребенка»)?

Какое «противоядие» используется по борьбе
с «комплексом»

Противодействием активации схем («антидотом») служит поиск «здорового» или «счастливого» взрослого. При истощении «Ресурсов « здорового взрослого» и «счастливого ребенка» возникает истощение адаптационных механизмов и – в результате активации схем или триггеров возникают те или иные симптомы.



Рисунок 18. Основные схемы

Здоровый взрослый – режим «Здорового взрослого» – это *тот режим, достичь которого стремится схема – терапия*, и который обеспечивает длительное состояние благополучия. «Здоровый взрослый» хорошо справляется с принятием решений, заботлив, способен обнадежить, амбициозен, устанавливает пределы и границы, формирует здоровые отношения, берет на себя всю ответственность, видит вещи насквозь и в определенных границах наслаждается/принимает участие в доставляющих радость занятиях и интересах, также заботится о своем физическом здоровье, рационален, способен решать проблемы, думает, прежде чем действовать, осознает собственное достоинство, хорошо сбалансирован психически, эмоционально и физически. «Здоровый взрослый» является зрелой личностью и любит себя. В этом режиме человек сосредоточен на сегодняшнем дне, но надеется и стремится к лучшему в будущем. «Здоровый взрослый» прощает прошлому, больше не видит себя в качестве жертвы (но в качестве пережившего) и выражает все эмоции здоровыми средствами, не приносящими

| вреда.

Самоотчет и оценка себя — это важные методы, с помощью которых люди могут определять, «правильным ли курсом они идут». Тогда как самоотчет может представлять просто наблюдение за собой, оценка себя подразумевает высказывание оценочных суждений о себе в понятиях «хороший–плохой», «привлекательный–непривлекательный». Негативные оценки явно обнаруживаются при депрессии, но более тонко могут появляться при большинстве психосоматических расстройств.

При сборе анамнеза, следя за повествованием о значимых событиях (нarrативом), важно найти индивидуальную когнитивную схему, связанную с патогенезом психосоматического расстройства.

Поведение пациента, с одной стороны, и его мысли, чувства, психологические процессы и их следствия, с другой, оказывают друг на друга влияние. Когнитивные теории гласят, что когнитивное не является первоисточником или причиной неадаптированного поведения. Мысли пациента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства — на мысли. Мыслительные процессы и эмоции рассматриваются как две стороны одной медали. Мыслительные процессы — лишь звено, часто даже не основное, в цепи причин.

Схемы имеют дополнительные, структурные качества: ширина (узкие, дискретные или широкие), гибкость или жесткость (возможность их изменения) и интенсивность (их место в когнитивной организации). Они также могут быть описаны в терминах их валентности — степени, в которой они активированы в данный момент.

Сверхвалентные, аффективно-заряженные схемы, лежащие в основе систематических ошибок мышления, называют «когнитивными искажениями». Назовем наиболее распространенные из них: произвольные умозаключения, сверхобщение, селективная выборка, преувеличение или преуменьшение, персонализация, максимализм, дихотомическое мышление. А. Бек и А. Эллис, исследуя фантазии, сновидения и спонтанные вы-

сказывания своих пациентов, обнаружили в качестве содержания базовых схем три основные темы: фиксация на реальной или мнимой утрате – смерти близких, крушении любви, потери самоуважения; негативное отношение к себе, к окружающему миру, будущему; тиrания долженствования, т. е. предъявление к себе жестких бескомпромиссных требований типа «я всегда должен быть хорошим».

Оценки себя и инструкции самому себе, по-видимому, происходят из более глубоких структур, а именно, из эго-концепции или схем самого себя. Фактически преувеличенные негативные (или позитивные) эго-концепции могут являться факторами, которые перемещают человека из группы «типов личности» в группу расстройств личности.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №22

На первом интервью психотерапевт попросил Вику нарисовать свою генограмму. Ее анализ показал, что в трех поколениях у пациентки были крепкие семейные связи. В связи с этим у девушки в раннем возрасте запечатлелось семейное послание «замуж выходят только раз и навсегда», которое до встречи с психотерапевтом Виктория не осознавала. Результат: в 25 лет не может определиться с замужеством, хотя встречается сразу с двумя мужчинами, которые хотели бы с ней вступить в брачные отношения. Также выяснилось, что боль в грудной клетке метафорически выражает нежелание девушки брать ответственность за определенный выбор («Мужчина должен первый настоять на предложении»). В процессе воспитания во внешне благополучной семье пациентка интериоризировала несколько жестких «когнитивных схем», способствующих развитию психосоматического расстройства. Проработка проблем пациентки в процессе психотерапии привела к устраниению симптоматики.

В сжатом виде когнитивная терапия (КТ) определяется как краткосрочный вид психотерапевтического воздействия для об-

наружения и последующего исправления между привычными мыслительными ошибками и психопатологией.

Для этого направления характерна активность, структурированность, симптомоориентированность. Считается, что терапевтические изменения в патологических состояниях пациента происходят вследствие того, что его мышление и поведение становится более реалистичным, гибко приспосабливающимся к актуальным ситуациям и адаптивным.

Когнитивные искажения у членов семьи являются ключами в работе со схемой.

Цель психотерапии – помочь пациенту выявить различные дисфункциональные правила, по которым он живет. Можно выделить несколько направлений работы. Первое из них – это замена схемы. Ее можно сравнить с заменой старого колеса велосипеда на новое. Данное направление – сложная задача для пациентов, так как требует много времени, и лишь немногие из них мотивированы на длительную работу. Другая возможность – модификация схемы. Она включает небольшие изменения в поведенческом репертуаре. Если вновь сравнить это со сломанным велосипедом, то существует возможность оставить старое колесо, но заменить подшипники, затем – ось и т. д. В этом случае необходим достаточный контакт с микросоциальным окружением, поддерживающим дисфункциональную схему. И, наконец, третье направление – реинтерпретация схемы. Она включает помочь пациенту в понимании и новом взгляде на свои установки. Психотерапевт совместно с пациентом ищет новые пути взаимодействия с окружающим миром.

В таблице 8 и 9 приведены результаты ежедневной записи дисфункциональных мыслей Юли Г. (Случай из практики №38), проходившей курс психотерапевтического лечения по поводу симптоадреналовых кризов. Кризы возникли на фоне личностного расстройства ананкастного типа. Предшествующее медикаментозное и симптомоцентрированное лечение (гипноз, био обратная связь) не принесли улучшения.

Таблица 8. Ежедневная запись дисфункциональных мыслей.

Дата 02.06.2005

Описание:

1. Актуальное событие, приводящее к отрицательным эмоциям
2. Поток мыслей, фантазий

Эмоции:

1. Печаль, гнев, тревога и др.
2. Степень проявления эмоции в баллах (1–100)

Дата 03.06.2005

Описание:

Коллега во второй раз опоздала. Мне пришлось за нее отвечать по телефону

Эмоции:

Гнев, бешенство (60–70 баллов)

Дата 03.06.2005

Описание:

Прихожу к подруге. Она собралась со мной в театр, но оделась как попугай.

Эмоции:

Раздраженность (70 баллов)

Дата 05.06.2005

Описание:

Мне передали, что я должна позвонить в ближайшее время в министерство и узнать, прошла ли я по конкурсу: опять обязательно возникнет криз, обо мне плохо подумают.

Эмоции:

Очень сильная тревога, страх (99 баллов)

Таблица 9. Работа с дисфункциональными мыслями

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ КУЛАКОВ

Автоматически е мысли	Рациональн ый ответ	Исход
1. Записать автоматическую мысль, предшествующую эмоции. 2. Оценить убежденность в автоматической мысли (0–100)	1. Записать рациональный ответ на автоматическую мысль. 2. Оценить ответ по шкале (0–100)	1. Пересчитать убежденность в автоматической мысли (0–100). 2. Оценить последующую эмоцию (0–100)
В очередной раз начинается эта идиотская ситуация, и опять мне, ее обругать, чтобы соответствовала правилам (80–90 баллов)	Не стоит этого делать, потому что в результате разговора ничего не изменится, а если изменится, то — в худшую сторону (90 баллов)	Досада, печаль, раздраженность (80 баллов)
Женщина не должна быть такой уродиной (80 баллов)	Надо не обращать внимания. Она не Я (90 баллов)	Раздраженностъ, (50 баллов)
Если я побледнею, обо мне сложится плохое впечатление (99 баллов)	Если потренироваться в воображаемом разговоре, то криза не будет (10 баллов)	(90 баллов)

САМОНАБЛЮДЕНИЕ

Самонаблюдение предоставляет психотерапевту возможность исследовать основную линию проблемного поведения. Пациента просят написать, что произошло перед возникновением, например, скандала. Такая запись позволяет оценить, что запускает агрессивное поведение. Кроме того, само по себе самонаблюдение нередко уменьшает проблемное поведение. Самонаблюдение

блюдение позволяет также пациенту научиться распознавать собственные мысли (когниции), чувства и действия в проблемных ситуациях. Например, подросток, который часто агрессивен по отношению к своим близким, может научиться распознавать, что заставляет его злиться и поддерживать один и тот же стереотип поведения, о чем он в этот момент думает, осознать мотивы своего поведения. Постепенно вместо физической агрессии у него есть шанс начать использовать более безопасный вербальный ее компонент (например, не бить сестру, а кричать на нее). В дальнейшем с помощью психотерапевта у пациента появляется возможность научиться более адаптивным способам поведения. Самооценочный аспект тренинга способствует развитию понимания пациентом его поведения, поиску альтернативных способов решения проблемы (например, действовать уверенно, а не агрессивно), осознанию того, что другие могли чувствовать по поводу его поведения, постановке новых целей.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №23

Самонаблюдение может использоваться и с диагностической целью при первичном интервью. Так, собственное описание жалоб Игоря Б. позволило в дальнейшем их структурировать, сопоставить с личностными особенностями и дать правильный диагноз:

- | частые «вспышки» активности (например, «колледж» или участие в лотерее провоцируют запуск неконтролируемого поведения);
- | состояние «нервной», «раздраженной» кожи в области вен на лице (не всегда), на кистях рук, коленях;
- | при активном разговоре «раздражение» сильно увеличивается;
- | при сидении на лекциях «нервность» увеличивается, возникает желание встать и сделать что-нибудь;
- | утром состояние вялое, но когда делаю зарядку, чувствуя увеличение «нервности», и желание ее делать заканчивается;
- | сильное чувство неуверенности в себе, чувство необъяснимого страха, постоянной напряженности, раздражительности и раздражанности;

почти всегда «сухой рот» и хочется пить;
после ходьбы особо неприятные чувства: «наливаются кровью руки и ноги», особенно неприятные ощущения — с обратной стороны коленей и в глазах;
после сна — ощущение усталости, тяжести, сразу же «вспоминаешь о нервности», и она появляется;
иногда «чувство раздраженной кожи» — почти по всему телу;
очень часто ладони бывают мокрыми;
при разговоре бывает непроизвольное заикание, т. е. по непонятной для меня причине;
и, основное, очень трудно разговаривать с чиновниками: лично и по телефону (сильное заикание).

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫБОРА (АЛЬТЕРНАТИВ) МЫСЛЕЙ И ДЕЙСТВИЙ

Многие пациенты считают, что у них нет выбора. Пожалуй, самым ярким примером является отсутствие выбора у суицидальных пациентов. Они видят свои перспективы и альтернативы столь ограниченно, что среди их выборов смерть может быть самым легким и простым выходом.

Э. Эрриен выделяет три функции выбора: а) создание нового, б) сохранение желаемого, в) освобождение от существующего. Поскольку «внутреннее» и «внешнее» всегда взаимосвязаны, то все функции выбора будут влиять друг на друга. Именно серия выборов приводит человека туда, где он находится на своем жизненном пути. Важно обобщать тенденции в совершении «жизненного выбора» (например, какой выбор человек обычно делает в своих чувствах, мыслях, поступках?), не уходить от того, что кажется препятствием (люди притворяются, когда говорят, что у них «нет выбора»), развивать способности принимать новые переживания, соотносить выбор с возможностью страдания или благополучия. Человеку также полезно взглянуть на обоснование своих решений и проанализировать, насколько он ориентирован на внутреннюю комбинацию таких ролей, как «жертва», «агрессор», «судья», «воин», «целитель», «учитель», и какие он выбирает ситуации для их поддержки.

Данная когнитивная стратегия заключается в поиске альтернатив, дополнительных выборов, научению решать проблемы. Используются приемы «мозгового штурма», аргументация и контрапрограммация, ролевые игры со сменой ролей (например, психотерапевт играет роль депрессивного пациента).

Когнитивная психотерапия позволяет, используя новейшие достижения когнитивной психологии, проводить реконструкцию представлений пациента о себе, о мире, о своем будущем и, таким образом улучшать его состояние в эмоционально-аффективной и висцеро-вегетативной сферах. Наряду с дальнейшим внедрением классической когнитивной терапии в клиническую психологию все большее число сторонников завоевывают интегративные модели, активно осваивающие подходы селф-психологии, теорию объектных отношений, постмодернистских конструктивистских теорий. Их объединяет то, что знания о событиях (в мыслях и образах) зависят от отношений и схем прошлого опыта, которые используются при оценке этих событий. В частности, принимаются некоторые гипотезы психодинамического направления, связанные с «детскими корнями» депрессивных тем. Это ранняя материнская депривация и необратимая аналитическая депрессия (депрессия «утраты»), неблагоприятное семейное окружение, жестко-риgidная система семейных традиций и правил-требований, идентификация с родителем, страдающим комплексом неполноценности, ограничение социальных контактов ребенка, создающих дефицит обратной связи для его психосоциального развития. В связи с индивидуальной предрасположенностью и специфической уязвимостью к определенным стрессам неправильные интерпретации (схемы) событий вызывают ту или иную эмоцию, причем психопатологическая трактовка эмоции трактуется как сильное преувеличение нормальной эмоции.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ НАРУШЕНИЯ ЭКЗИСТЕНЦИИ

Экзистенциальный анализ (и логотерапия, как его составная часть) – это психотерапевтический метод, осуществляемый преимущественно в вербальной форме. В центре экзистенциального анализа стоит понятие «экзистенция» – наполненная смыслом, свободно и ответственно воплощаемая жизнь в создаваемом самим человеком мире, с которым он находится в отношениях взаимовлияния/взаимодействия и противоборства.

Цель экзистенциального анализа – помочь человеку научиться жить в состоянии внутреннего согласия со своей жизнью (с «аффирмацией жизни»), освобождение пациента от фиксаций, искажений, однобокостей и травматизаций, которые оказывают влияние на его переживание и поведение. Психотерапевтический процесс осуществляется через феноменологический анализ переживаний. Работа с биографическим материалом и эмпатическое присутствие психотерапевта способствуют пониманию, а также лучшему доступу к проблемам. В психодраме мы уделяем внимание нарративу пациента, но переводим его в драматическое действие.

Основным предметом терапевтического процесса в экзистенциальном подходе является совместное изучение внутреннего мира клиента: система его ценностей, смыслов, стремлений, жизненных интересов, отношений с внешним и собственным внутренним миром, ширина и глубина его жизненного пространства, актуальные переживания (эмоции, чувства, потребности мотивы и т.п.) и др. При этом, предметом экзистенциальной терапии является не отдельно взятые чувства, психические состояния, психика, поведение, а жизнь пациента в целом. Цель этого исследования – обнаружение «развилок», «отправных точек», с которых жизнь пациента пошла не так, как ему хотелось, и привела его в «тупик» после которого возникло расстройство. Затем пациент вместе с консультантом рассматривает имеющиеся возмож-

ности для исправления допущенных ошибок, компенсации утраченных возможностей, необходимых изменений либо в системе отношений клиента, либо образа жизни в целом — выхода из этого тупика.

Провокациями или катализаторами болезненных процессов способны становиться моменты выбора, переживания одиночества, потерь, симбиотические взаимоотношения, возрастные кризисы.

В основе многих психических расстройств лежит нарушение открытости человеческого существования — **суженный горизонт видения**. «Страх перед жизнью» является общим феноменом для многих пациентов. Очень многие экзистенциально ориентированные авторы, описывая различные варианты психической патологии, говорят примерно об одном и том же явлении, характеризующемся дефицитом автономии и независимости. Неаутентичное поведение, маски скрывают страх быть отверженным, получить боль от жизни. Л. Бинсвангер в свое время в этой связи ввел понятие «экзистенциальной слабости». **Экзистенциальная слабость — это падение духа**.

Согласно британскому экзистенциальному терапевту Эмми Ван Дорцен, жизнь каждого человека разворачивается в четырех равнозначных измерениях: физическом, социальном, личном (интимном) и духовном. Условием полноценной, продуктивной и аутентичной жизни является гармоничное развитие личности во всех этих измерениях. Безусловно, какое-либо из них является «ведущим», но и все остальные измерения должны быть представлены в экзистенциальном пространстве бытия человека. Отсутствие одного или нескольких измерений в жизни человека сужает его экзистенциальное пространство и значительно ограничивает потенциальные возможности личности. Представленность в жизни пациента всего одного из измерений и полное отсутствие трех других является определяющей характеристикой зависимого образа его жизни. Таким образом, задачей психотерапии является изменение отношений с миром, жизнью, самим собой. Я условно назвал основные экзистенциальные проблемы

«штурвалом экзистенции», которые можно проработать в процессе краткосрочной психотерапии (рис.19)



Рисунок 19. Штурвал экзистенции

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №24

То, что экзистенциальные проблемы появляются за несколько лет до появления симптомов, свидетельствует итоговая письменная работа пациентки реабилитационного отделения Надежды, 34 лет. Приводим небольшой отрывок.

«Что же произошло со мной за это время? Как я изменилась? И вообще изменилась ли я? На эти вопросы буду отвечать еще долгое время. Мой путь на дно, вниз начался очень давно, и не 4 года назад, когда меня настигла тяжелая депрессия, а потом присоединилась анорексия. Наверное, все началось еще в юности, когда после окончания университета, я вдруг потерялась в жизни. С тех пор про-

шло 10 лет, а я так и не смогла отыскать себя, не смогла понять: кто Я и чего хочу. Неуверенность, нелюбовь к себе и неприятие себя такой сопровождали меня по жизни. Со временем в душе поселилась такая боль, которую я ничем не могла заглушить. Антидепрессанты, которые я пила в течение ряда лет перестали помогать, советы близких и друзей не действовали, работа с психологами не давала эффекта. Средством, заполнившим пустоту, стал алкоголь. Родители сразу стали бороться с этой проблемой. Это были разные клиники, психотерапия, убеждения, кодирования. Только в реабилитации я осознала, что выпала из колеи жизни. Все мои ровесники имеют семьи, а я с кучей дипломов и наград вынуждена на знакомстве с новым пациентом смиренно (хотя не хочется, я очень своевольна) о себе говорить: «Я, Надежда, алкоголик».

Как видно из этого краткого примера существовавшие экзистенциальные проблемы сопровождались различными симптомами, и пациентка переходила из клиники в клинику с разными диагнозами. В случае краткосрочной работы полезно использовать методический прием «штурвал экзистенции», основанный на интеграции подходов экзистенциально-ориентированных психотерапевтов. Как в когнитивной терапии, так и в экзистенциальной терапии пациент должен стать собственным психотерапевтом, **автором своей жизни**.

Практически, процесс экзистенциальной терапии осуществляется по следующей общей схеме.

1..Расширение и углубление экзистенциального пространства клиента посредством гармонизации четырех экзистенциальных измерений: физического, социального, личного и духовного.

3.Выявление и утверждение жизненных опор и ориентиров: значимые (близкие) люди, референтные группы, ценности, убеждения, жизненные принципы и идеалы.

4. Преодоление негативной жизненной позиции: безнадежность, бессмысленность жизни, скука, апатия, пустота, отчаяние, одиночество и т. п. Параллельно с этим, зачастую, необходимо уделять особое внимание работе с повышением мотивации на изменения образа жизни клиента

5. Работа с ригидными установками, защитами (седимента-

ция и диссоциация) и полярностями.

6.Поиск других, альтернативных, жизнеутверждающих источников самоуважения.

7.Принятие ответственности — это базовое условие для изменения. Цель — заставить пациентов прекратить играть роль «жертвы», а понять, что они авторы своей жизни.

8.Поиск, восстановление и утверждение идентичностей клиента: семейных, профессиональных, этнических.

9. Поиск ресурсов для глубинной проработки заявленных проблем: внутренние и внешние факторы жизни, могущие стать источником энергии, положительных эмоций, а также физических и психологических сил.

10. Построение жизненной перспективы: надежды, стремления, интересы, аутентичные мечты и цели.

11. Практическое (деятельное) воплощение пациентом в свою жизнь выстроенного в процессе терапии образа жизни.

Такой подход предполагает проработку в индивидуальной терапии таких экзистенциальных категорий как «выбор, вина, ответственность, свобода, смысл жизни», работу с глубинными базовыми тревогами существования. В процессе психотерапии пациенты ежедневно пишут эссе на ту или иную экзистенциальную тему. Приведем пример таких заданий.

- 1.Как я проявлял любовь к себе.
- 2.К кому я сегодня обращался за помощью
- 3.Где я сегодня помогал другим.
- 4.Кому я сегодня был благодарен.
- 5.Что я сегодня делал для своего выздоровления.
- 6.Как я сегодня боролся со своей болезнью.
- 7.Где я сегодня поступал по-новому.
- 8.Где я сегодня помогал своей группе.
- 9.Где и когда я был честен с самим собой.
- 10.Где и как я боролся со своими страхами.
- 11.Где и когда я брал ответственность за свое состояние.
- 12.Где я сегодня проявлял терпение.
- 13.Где я сегодня проявлял смириение.

- 14.Где и с кем я делился своими переживаниями.
- 15.Где и с кем я поделился своим опытом.
- 16.Где я сегодня избегал отрицательных эмоций.
- 17.Как я сегодня боролся с одиночеством.
- 19.Какие я нашел в себе ресурсы выздоровления.
- 20.Кому я сегодня доверял в группе.
- 21.Как я сегодня боролся с дефектами характера.
- 22.Где я сегодня видел себя таким, какой я есть.
- 23.Где я сегодня терпимо относился к недостаткам членов группы.
- 24.Где мне не стыдно было за свои действия.
- 25.Что нового я узнал сегодня о своей личности.

В. Франкл как-то сказал, что «человек по своей сути стремится найти цель и осуществить свое предназначение в жизни». Усилия данного психотерапевтического направления направлены на личностный рост пациента, а не просто на лечение болезни. Таким образом, болезнь, включающая все обычные психиатрические понятия, и здоровье располагаются на континууме: кем человек стремится быть – кем он может стать.

Патология понимается как уменьшение возможностей для самовыражения как результат блокирования, подавления внутренних переживаний или потери соответствия им. Остановка саморазвития, чем бы она ни была вызвана, обуславливает различного рода личностные, в том числе и психические нарушения.

«Отказ от саморазвития», отказ от своих возможностей в рамках экзистенциального анализа – основной диагноз при самых различных нарушениях. Критерием эффективности такой психотерапевтической работы выступает восстановление способности к саморазвитию.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №25

Так Алексей Б. был направлен своей женой на консультацию к психотерапевту, когда она заканчивала обучение на втором высшем образовании по специальности «психолог». Молодого человека оперировали по поводу прободной язвы 12-перстной кишки. Врачи не могли понять, почему у пациента, не имеющего вредных привычек, возникло данное заболевание. В ходе интервью удалось выяснить, что все 8 лет его жена учится, и он старается создать ей для этого все условия. Он должен ее обеспечивать, заниматься ребенком, запасать продукты. Заброшена гитара, ограничено общение с друзьями, необходимо терпеть раздражительность жены — практически он живет ее жизнью, **а своя остановилась, и — «не переварилась».**

В. Франкл, придавая значение иерархии ценностей личности, говорил о том, что эта система складывается из биологических, социальных, интимно-личностных и духовных. Он называет сознание индивида этическим инстинктом, полагает, что его истоки расположены в духовном бессознательном. Вот основные позиции:

ответственность за выбор;
бессознательная религиозность;

способность к самотрансценденции — выходы за пределы Эго.

Франкл описывает два основных способа, с помощью которых, по его предположению, люди избегают самотрансценденции: гиперрефлексию (тенденцию к чрезмерному самонаблюдению) и гиперrintенцию (тенденцию к фиксации чрезмерного внимания на своих желаниях и их удовлетворении).

Франкл предлагает свою классификацию ценностей, «три столбовых дороги к смыслу»: креативные ценности; ценности переживания; ценности отношения к объективным факторам, ограничивающим жизнь (утратам близких людей, неизлечимых заболеваний, фактам насилия и т. д.).

Франкл также дает определение ценности как смысловой универсалии, является результатом обобщения типичных ситуаций в истории общества. В экзистенциальном анализе понятие «ценностно-смысловой конфликт» означает внутрипсихический конфликт между индивидуальными особенностями пациента и его потребностями в смысле существования, обычно обусловленными блокировкой эволюционных более сложных и замыканием системы отношений

| на примитивной потребности.

Мы часто наблюдали пациентов с психосоматическими расстройствами, у которых ценностно-смысловой конфликт располагался в супружеской подсистеме, особенно когда один супруг развивался, а другой, просидев по каким-либо обстоятельствам дома, ему наскучивал (остановка саморазвития).

По сути, во всех рассматриваемых представителями этого направления историях ключевое значение в патогенезе имела угроза привычному для пациента течению жизни, индивидуальной картине мира, а также стремление любой ценой поддержать ее и снизить тревогу. Основной сюжет этих историй болезни – отчаянное стремление человека к недостижимому идеалу, по отношению к которому он не состоятелен.

Проведение экзистенциального анализа является герменевтикой (истолкованием) истории жизни пациента как истории болезни.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №26

Пациент Д., 23 лет получил домашнее задание провести экзистенциальный анализ своего психосоматического заболевания по статье А. Лэнгле «Экзистенция и психосоматика».

Описание симптомов: накатывающая тошнота, головокружение, постоянная слабость, быстрая утомляемость, иногда – боли (давление) в затылке и за глазами.

После сильной простуды – жуткая ипохондрия, страх заболеть вновь простудой, проблемы с носом (небольшие боли, покалывания, разные ощущения в носу, посторонние странные запахи, потеря обоняния, затруднённое носовое дыхание – имеется искривление носовой перегородки). При накатывающей ипохондрии – усиление симптомов, предобмороочные состояния, в том числе – и лёжа. Страх, тревога, «трясучка», напряжение, ощущение безвыходности, отчаяние, депрессия.

«Прочитав статью Альфрида Лэнгле, я вдруг осмелился заду-

маться: что же происходит со мной и с моей жизнью? В детстве и в юности меня часто волновали вопросы смысла: в чём моё предназначение, как стать счастливым, что такое любовь, дружба, одиночество, что есть настоящая жизнь и где моё место в этом мире. Последние годы эти размышления лишь иногда всплывали в моей голове, и я не уделял им достаточно времени, так как они причиняли мне боль и вызывали тревогу.

В процессе своего саморазвития и в дальнейшем – психотерапии, я всегда старался сосредоточиться на конкретных целях и проблемах, меня больше волновало, **что** со мной происходит, **в чём причины, как** это исправить. В чём-то я достигал успеха, и мне становилось лучше, но иногда у меня появлялись мысли, что по какой-то причине я всё ещё очень далёк от жизни и от себя. Неожиданное ухудшение самочувствия вдруг разрушило привычный образ жизни, и я погрузился в болезнь. Но был ли я здоров всё это время?

Творчество.

С ранних лет мне нравились детективы, таинственные истории. Среди своей коллекции мягких игрушек я всегда разыгрывал детективные спектакли. В садике мы с ребятами много играли в Шерлока Холмса, который был моим любимым героем. Когда я приезжал в деревню к своей тёте, мы с двоюродным братом играли в детективов. В начальной школе у меня появилась мечта – стать писателем. Я рано научился и очень полюбил читать. Зачитываясь книгами Агаты Кристи или Бориса Акунина, позже – Пауло Коэльо, я начал мечтать о том, чтобы написать свою книгу. В третьем классе я всерьёз думал о поприще писателя – меня поддерживал дедушка, купил мне печатную машинку, и я помню, что начинал на ней писать главы своей книги. С переходом в среднюю школу я стал уходить от своей мечты. Почему? Теперь, когда я думаю о том, чтобы что-то написать, у меня возникает чувство страха, неуверенности и боли. Перфекционизм, страх неудачи и отсутствие веры в себя, зацикленность на болезнях и постоянная мысленная жвачка отдаляют меня от творчества.

Подавление чувств. Я часто слышу голос своей властной, неуправляемой, лицемерной и вспыльчивой классной руководительницы, которая часто называла себя моей второй матерью — «написал сухо, как профессор» (про сочинение), «куча ошибок», «филология — это мёртвая наука, лучше тебе стать врачом», «ты пишешь сухо». Для неё была важна правильность (без ошибок), а не креативность или самостоятельность.

Однажды моё сочинение про день Победы напечатали в газете. Мой дядя прочитал его, и летом, когда я приехал к нему в деревню, он напился и стал ко мне приставать. Он сказал, что ему и его отчиму (старому деду-пьянице) было стыдно и противно читать моё сочинение, потому что оно выдумано (я написал, что моя семья ухаживает за могилами ветеранов, это была неправда, но для меня это было **сочинение**). Он говорил, что я опозорил их всех. Мне было очень обидно и больно, очень хотелось плакать, но я боялся плакать при дяде. Уже тогда я боялся и стыдился выражать свои эмоции.

У нас в семье было не принято выражать свои чувства. Я с детства чувствовал, что все друг на друга злятся или недовольны, но высказывают всё только во время истерики (как мать) или в пылу гнева (дед, бабка). У моей тёти были изнуряющие отношения со своим мужем-алкоголиком (дядя), у них часто случались жуткие скандалы, вызывающие у меня ужас, но тётя часто через несколько дней говорила: «У меня всё хорошо. Я живу и не замечаю всего этого. Мне всё равно». Я знал, что это неправда.

Я рано выучил, что мне нельзя показывать свою боль, слёзы, свои эмоции.

Я помню, как мать часто высмеивала меня у себя на работе, когда меня начинали по какому-нибудь поводу жалеть. Она часто говорила: «Не жалейте его. Смотрите, он сейчас заплачет», «Ну поплачь, может легче станет (*с иронией*)»

Родные (бабушка, дядя, мать) часто называли меня слабаком, трусом, дохляком. Из-за этого я не хотел говорить им про свои проблемы в школе.

Однажды на меня упал стул в школе, мне было больно, и я

плакал. Меня привели к маме на работу – и первое, что она спросила – плакал ли я. Когда ей сказали, что я плакал, она разочарованно отмахнулась.

Дядю бесило, когда кто-то плачет, для него показатель силы – всегда надо терпеть и не нужно себя жалеть.

Дед однажды увидел, как на даче на меня нападает мальчик на 3 года меня младше, и потом ругал меня за то, что я не даю сдачи. А я никогда не знал, как можно кого-то ударить – я боялся причинять другим боль.

Меня часто ругали за то, что я слабый, а как быть сильным, меня никто не учил. У меня складывалось ощущение, что я должен стать или **уже быть** каким-то определённым, чтобы заслужить одобрение.

Когда я прочитал в 5 классе книгу «Сага о Форсайтах», мне очень захотелось быть похожим на Сомса Форсайта – холодного, сдержанного англичанина, который всегда подавлял свои чувства. Мне казалось, что нужно быть таким, что это и будет правильно.

Когда мне больно, я всегда делаю вид, что я ничего не заметил или что меня это не задело.

Я очень боюсь выражать свои чувства, боюсь заплакать на людях, на терапии, на группе, боюсь проявить свою гордыню, наглость, агрессию. Боюсь, что, когда другие увидят мои эмоции, они меня осудят или отвергнут, или будут смеяться. Если я покажу свои слёзы, то я – слабый, плохой.

Ущербность. Свою ущербность, что я «какой-то не такой», «неправильный», «хуже других» я почувствовал очень рано. Дед часто говорил, что мы «бедные», нам многое не доступно.

В садике все шли в МакДональдс, а меня мама уводила домой. У всех были кабельные каналы, а у нас не работал телевизор. Мне давали понять, что я из семьи похуже, чем другие. И сам я хуже.

Мама твердила, что я доходяга, дохлик, скоро ноги протяну, злилась, что я сижу дома и читаю книги, а «другие вон на улице гуляют», «ничего не жру». Сравнивала меня с другими, говорила,

что они лучше.

Тётя говорила, что «я прыщавый, очкастый, худой как палка». Она по-своему любила меня, но мне было болезненно с ней общаться, у неё на всё были жёсткие взгляды, и когда она умерла, я испытал облегчение, что больше не нужно будет перед ней оправдываться.

Дядя считал, что я плохой, не уважаю старших, слабак, избалованный, эгоист.

В школе у меня не было друзей, я был изгояем. Я чувствовал свою малозначимость, никчёмность. Чувствовал неприязнь одноклассников. Они постоянно отпускали колкости, шутки, насмешки в мой адрес, показывали своё пренебрежение.

Классная постоянно стыдила меня перед классом, и это было особенно больно, потому что я доверял ей и искал её заботы, одобрения и любви. Она говорила, что «я угрюмый, себе на уме, никогда не буду лидером». Она выставляла все мои слабости и проблемы на показ, перед всеми. Часто сравнивала с другими в их пользу. Говорила, что у меня будут друзья и девушка, только если я буду богатым. В школе я постоянно чувствовал долг перед учителями, ущербность по сравнению с одноклассниками.

Я ощутил свою ущербность и принял её как должное. Из-за этого рождалась зависть. Я завидовал хулигану, которого не уважал, потому что он счастлив, уверен в себе, его все уважают, у него всё хорошо, а у меня — плохо. Когда я сидел в Интернете, в социальных сетях, там я тоже постоянно ощущал свою ущербность, малозначимость в сравнении с другими друзьями — у них больше друзей, ни казались мне успешнее, чем я, и от этого ещё сильнее боялся показать себя настоящего. У меня сложилось убеждение, что я чем-то всегда хуже других. Какие бы эти другие ни были, они всё равно лучше меня. И чем больше меня отвергали, тем сильнее мне хотелось заслужить одобрение.

Обосленность, отвержение, предательство. Я всегда был один, я чувствовал своё одиночество постоянно. Я очень нуждался в поддержке матери, но никогда её не получал. Наоборот, с годами я всё меньше мог с ней чем-то поделиться. Потому что

думал, что она ничем не поможет, либо будет стыдить или смеяться.

Я помню, как она меня ругала за ухудшение зрения — мне прописали очки, мне было страшно, я шёл и плакал, а она кричала на меня, что я много читаю и совсем ослепну к 11 классу, а «вон другие всё видят». Как после такого я мог ей доверять? Она с детства меня предавала, я не ощущал её любви, она обещала испечь пиццу, приходила с работы и ложилась спать, а я плакал. Она обещала приехать на мой день рождения, когда я был на даче, и не приехала, обещала свозить меня в Питер, и так ни разу и не свозила.

Меня отвергали одноклассники, хотя я жаждал их общения. Каждый день в школе был как в аду.

Отвергал и предавал дядя, который называл меня своим отцом, говорил, что я могу ему доверять, при этом вызывая у меня ужас своим поведением и критикой, когда напивался и начинал ко мне приставать, унижать и стыдить. Общение с ним всегда было токсичным для меня.

В конце школы я сблизился со своим одноклассником. Я всегда очень хотел с ним дружить, ещё с начальной школы. Но мне это долго не удавалось — он всегда насмехался и обманывал меня. Например, обещал прийти ко мне домой, я целый день его ждал, а он не приходил. Мне хотелось плакать от обиды, но я сдерживал слёзы, никому не показывал, что со мной происходит. Когда мы с ним сблизились, общение всегда доставляло мне боль, потому что он позволял себе пренебрежительное отношение ко мне на людях, и я знал, что он стыдится общения со мной перед одноклассниками. Я никогда не смел высказать ему свою обиду. Со временем мы перестали общаться.

В 5 классе я стал много общаться с врачом с маминой работы, мы обсуждали книги и фильмы, ходили гулять. Мама и бабушка относились к этому общению подозрительно. Мама говорила, что он какой-то странный, возможно голубой. Однако я очень дорожил общением с ним и тянулся к нему. Со временем мне стало казаться, что с ним что-то не так — он часто заводил

разговоры на тему секса, обнимал меня, сначала угождал меня вкусностями, а потом перестал, делал намёки, что нужно «стать хорошими друзьями». Его поведение было странным и непонятным, двойственным. Мне стало казаться, что он педофиля. Я прекратил общение с ним, очень переживал, воспринимал это как предательство, хотя не до конца осознавал, что происходит. Позже, прочитав книгу «Над пропастью во ржи», узнал себя в одном из эпизодов, когда главный герой приходит к своему учителю и неожиданно начинает думать, что тот педофиля.

Я помню, как в 11 классе на меня напали гопники намного старше меня, ударили и не хотели пропускать в подъезд, они насмеялись надо мной, «говорили, что меня надо снять на видео и выложить в Интернет», я еле вырвался от них. Мне хотелось плакать, я чувствовал ужасное унижение и ущербность, но никому не решался это показать и хоть кому-то рассказать.

Все, к кому я тянулся и чьей любви хотел, стыдили и отвергали меня. В конце концов, я забыл, что правильно, а что — ложно, и жизнь превратилась в сплошной стресс.

Я очень хотел найти друга, при этом стыдился это показать, боясь отвержения и предательства. Поэтому мне так важно мнение других. Мне кажется, что угроза унижения везде.

Одиночество. В литературе меня всегда привлекал образ «лишнего человека». Рудин, Печорин, Обломов, князь Мышкин, географ, который пропил глобус. Я искал и находил сходство и общность с этими персонажами. Та, жизнь, которая окружала меня в школе — я её ненавидел. И не понимал, что будет со мною дальше. Я всегда думал — где мой путь? Я боялся проявить хоть каплю себя настоящего или чего-то что связано с тем, чем я ХОЧУ.

Я не чувствовал, что мной интересуются. Мать приходила с работы и ложилась спать, бабушка была озабочена только тем, сколько я ем, в школе учителя заставляли хорошо учиться — они вообще не знали, какой я настоящий и чего мне хочется.

Всего лишь оболочка смысла. Со временем все мои смыслы и ценности лишились наполненности и превратились в цели

и задачи. Они существовали лишь функционально. Если я делаю что-то, что мне в принципе нравится, что для меня важно — я не присутствую там. Меня больше волнует мнение и одобрение других, выполнение работы без ошибок.

Лишь редкими мгновениями я выныриваю из своего болота и ощущаю некую страсть (*passion*) к работе или делу, но она быстро исчезает. Так было с написанием диплома, написанием пособия, поездкой в Эстонию, волонтёрством в наркологическом центре и многими другими дорогими мне вещами, которые исполнились, но не были мною прожиты. Вместо увлечения и включённости я испытывал тревогу, напряжение, много думал и размышлял.

Когерентность. У меня низкое чувство когерентности. Я воспринимаю любую неприятность как угрозу жизни, и не верю, что смогу справиться. Я очень боюсь, что у меня сломаются очки, и когда они сломаются, я совершенно не верю, что смогу преодолеть это, исправить. То же самое со страхом заболеть простудой. Мне кажется, что если я простыну, мне опять будет очень плохо, я не смогу выходить на улицу, в конце концов, меня заберут в больницу, и не смогут вылечить, потому мне до сих пор плохо. Я фиксирован на симптомах, и боль в горле вызывает ужас. Когда я чем-то заболеваю, это тянется долго и болезненно, обычно мне ничего толком не помогает, в результате — я не знаю, что делать. Наступает отчаяние и непонимание — как так может быть? За что мне всё это? Когда всё это кончится? И кажется, что я всегда буду болеть и не смогу ничего делать, и это вселяет ужас и панику.

Депрессия. Неожиданно я осознал — все эти годы я был в депрессии. Просто боялся себе в этом признаться. Сейчас я чувствую себя окончательно истощённым.

Всё началось давно, когда мои мечты о друзьях и приключениях стали резко контрастировать с реальностью. Моя объективная жизнь была настолько далека и чужда той жизни, которой мне хотелось, что я всё больше погружался в свои мысли и безысходность. В учебном году я ждал каникул, хотя знал, что

во время каникул буду просто сидеть дома, и не будет ничего хорошего и интересного, не будет ничего светлого и доброго, куда можно было бы прийти. И так год за годом, я не понимал, когда кончится этот кошмар. А когда начались проблемы со здоровьем – стало ещё хуже. Я почувствовал свою ограниченность.

Когда экзистенция не проживается, возникает депрессия... Я потерял контакт со своим внутренним чувством и живу, ориентируясь на других. А мечты остаются только в моей голове.

Потеря себя и внутреннего чувства. В какой-то момент я потерял себя и махнул рукой на всё. Я решил, что только одобрение других гарантирует мне безопасность и успех в жизни.

Я забыл, что такое настоящая жизнь, а может и не знал. Я всегда искал её. Я помню, что ещё очень давно, в ранней школе начал осознавать, что в моей жизни отсутствует энергия и сила. Нет радости и насыщенности. И я искал её, а потом перестал.

Я люблю рассказывать истории, люблю узнавать истории. Я обожаю психологию. Но я не в контакте со своим внутренним чутьём, поэтому моя жизнь рушится.

Все эти годы – это иллюзия жизни. Непрожитая жизнь. И как я сам люблю повторять – пустая трата времени. Так больно осознавать это. У меня всегда было ощущение, что я не проживаю жизнь – когда меня в детстве увозили на дачу на всё лето от моих друзей из садика, когда мама никуда меня не водила, а ложилась спать после работы, когда не было друзей и я сидел дома, а хотелось приключений, как в книгах, когда ни разу в жизни не был в кино, когда ни разу в жизни не выезжал за границу, когда познакомился с девушкой в Интернете, и не было свиданий, когда пошёл на заочное отделение в университет. Приходилось убеждать себя, что это мне и не нужно вовсе. А на самом деле очень хотелось.

Жизнь уходила, ускользала, казалось, что по-другому нельзя, и быть не может. И я забыл про книги Пауло Коэльо, что нужно слушать своё сердце и искать свой путь. Стал думать только про болезни и про технологии – как сделать то, как избавиться от этого...

Человек может всё, в любом несчастье есть возможности для роста, стресс порождает психосоматику – умом я всё это знаю, но я не верю этому. Мне кажется, что меня неправильно лечат, что я прошёл ещё не все обследования...

Это то, чего мне всегда не хватало – искренней, полной веры и принятия

Это конец? Конец ли это или начало? Может быть, всё это лицемерие и отсутствие жизни продолжается так долго, что меня начинает буквально ТОШНИТЬ от собственной жизни? Ведь сколько можно так жизнь – ориентируясь на других, при этом предавая себя? Годы идут, и это бессмысленная жизнь.

Я всегда думал, что боюсь работы (идти на работу), а недавно понял, что это просто стыд. Стыд НЕ работает и страх последующего осуждения. Стыд что-то делать или не делать, страх не вписаться, показаться каким-то не таким. Погоня за одобрением. Подстраивание под чужое мнение, даже вопреки себе, лишь бы не вызвать недовольство собеседника. Я принимаю решения, основываясь на рациональном подходе, «головой», долженствованием, «как надо», «что другие скажут», чтобы не испытывать стыда, вины, и совсем забываю прислушаться – а чего же хочется мне. Всё, что угодно, лишь бы не ощутить собственную ущербность и никчёмность. Вопросы – к чему всё это – разве это не признак неисполненности жизни?

Хронология срывов

начальная школа – портится зрение

средняя школа – начало депрессии, усиление

страхов, тревоги, закрепление чувства

ущербности, ухудшение зрения

8–9–10 класс – проблемы с кожей, первые

«заточения» в квартире (почти не выхожу целое

лето из дома из-за лечения кожи)

начало 11 класса – выписывают антидепрессанты,

ухудшение зрения, боли в лице

Ремиссия 5–6 месяцев

окончание школы, поступление в универ (страх) – проблемы с глазами (появляется непереносимость линз, ипохондрия, проблемы с носом)

переехал в СПб, начало учёбы – проблемы с очками, страхи за очки, трачу беспорядочно много денег на оправы, ничего не подходит (оправы давят или спадают), полностью истощён, появляются боли в глазах

Ослабление симптомов в течение пары лет:

в середине учёбы – усиливаются глазные боли

Ослабление симптомов. переезд девушки – убеждён, мне надо выйти на работу, обостряется страх за очки, покупаю новую оправу, которая давит, в итоге начинают давить все оправы – перестаю выходить из дома (**продолжается год**)

2 года неустойчивой ремиссии

окончание университета – старые симптомы + новые

Экзистенциальный анализ В. Франкла – логотерапия (от лат. logos – смысл).

В изначальной формулировке Франкла задача логотерапевта – помочь пациенту в его поиске смыслов существования. В трактовке экзистенциальной психотерапии (И. Ялом), понятие «смысла» обозначает ощущение значения, целостности, связности, некоего порядка и сущности. В этом толковании, поиски смысла подразумевают поиски связи. Понятие «цель» относится к намерению, задаче, функции. Франкл говорит о смысле как о сильной идее, идеалу, к которому можно стремиться, и в котором выражается уникальная сущность человека.

Соблюдая клиническую точность, Франкл дифференцированно рассматривает случаи эндогенной меланхолии, депрессии невротического регистра, а также того типа депрессивных состояний основным этиологическим фактором которого он считает ситуации «экзистенциальной фрустрации» (блокирование реализации основной группы ценностей) и «экзистенциального вакуума» (переживание бессмыслинности, пустоты жизни). Если есть симптомы – это ноогенный нев-

роз. Он может принимать любую клиническую форму, но его главная характеристика – блокированная воля к смыслу.

При выявлении основной ценностно-смысловой дисгармонии и клинической оценке степени нарушения в иерархиях ценностно-смысловых ориентации опираются на следующие характеристики: 1) степень ригидности – гибкости ценностно-смысловой ориентации и ее значимости для пациента; 2) направленность на быструю или медленную реализацию; 3) степень искажения реальности интерперсональных отношений; 4) степень противоречивости между ценностно-смысловыми ориентациями разного уровня.

Ученик В. Франкла А. Лэнгле полагает, что современный стиль воспитания способствует проявлению нарциссических тенденций. Так, например, у молодежи и детей приветствуется стремление к успеху, а отнюдь не скромность, как это было всегда, – сегодня скромность больше не является украшением человека. Подчеркивается первостепенное значение индивидуальных потребностей, а не общего блага, значение самореализации, развития собственного, креативного, ценности обладания и достижения и т. д. Образование эго-ядра происходит только в **интерперсональной среде**.

Автор видит **экзистенциальную задачу** становления Person как необходимость обрести в этом двойном соотнесении собственную **самоценность**, обосновать ее внутренне (в чувствующем отношении к себе самому) и утвердить вовне (в поступках и в общении с другими людьми). Для этого в равной мере необходимы как помочь со стороны других, так и ограничение от них; включенность в сообщество, однако без того, чтобы симбиотически в нем раствориться. Несмотря на всю силу зависимости от других, следует добиваться собственной автономности, дабы индивидуальность в ее ценности смогла стать действительно плодородной.

Person в этой своей двойной функции служит мостиком между Я и обществом. Благодаря Person интимность во внутреннем мире выступает в контакте с ценностью другого. Многообразие психологических проблем перекликается с нерешенными экзистенциальными проблемами. Риск рецидивов психосоматического расстройства возрастает, если психотерапевт ориентируется на снятие симптома и не затрагивает способа существования

пациента в мире. Экзистенциальный и психобиологический смысл наиболее распространенных психологических проблем отражен в табл.10

Таблица 10. Экзистенциальный смысл наиболее распространенных психологических проблем

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ КУЛАКОВ

Психологические проблемы	Экзистенциальные проблемы	Базовые экзистенциальные мотивации по Лэнгле
Тревога / страх (фобии, генерализованная тревожность, панические атаки), психическая составляющая шизофрении	Смерть / рождение	Движущим стимулом для человека служит основной, фундаментальный вопрос экзистенции: «Я — здесь — но могу ли я (как целостный человек) быть здесь?», «Есть ли у меня пространство, защита, опора для этого?»
Отсутствие удовлетворенностью жизнью. Экзистенциальная триада (В. Франкл) — депрессия, наркомания, агрессия (в том числе аутоагgressия, склонность к суициду); ценностно-смысловая дисгармония	Ценности	Человеком движет фундаментальный вопрос жизни: — Я живу — но нравится ли мне, собственно говоря, так жить? Испытываю ли я полноту, узы, обладание временем для ценного? Жизнь как ценность человек переживает, прежде всего, через внимание к себе, близость, любовь. Это позволяет ему открыться, чтобы он мог, в свою очередь, обратиться к другим (людям, вещам). Ощущение собственной жизни как ценности является предпосылкой способности повернуть себя к другому. Жизнь как ценность переживается в глубоком чувстве: «хорошо, что я здесь» («хорошо, что я есть»)
Проблемы детско-родительские, супружеские, сексуальные, трудности в общении	Одиночество, изоляция, выбор, индивидуация	Человеком движет фундаментальный духовный вопрос. Я есть я — но имею ли я право быть так и таким, как я есть? Пользуюсь ли я уважением других и своим собственным? Это уважение возникает из признания

ПСИХОСОМАТИКА

		себя самим человеком и другими, из принятия всерьез, и также оно завоевывается путем отстаивания себя. Обладая признанием, человеку легче признавать и других людей. Предпосылкой способности к признанию других является уверенное разграничение своего собственного и принадлежащего другим. Дефицит на этом уровне приводит к истерическому реагированию, а также к серьезнейшим личностным нарушениям
Инфантильность (зависимое, уклоняющееся поведение); обсессивно-компульсивные расстройства; регресс психики (антисоциальное поведение)	Свобода / ответственность. Смысл жизни	Человеком движет вопрос о смысле существования Я здесь — но что должно из этого произойти? Что нужно сегодня делать, чтобы моя жизнь была включена в осмысленную целостность? С чем, большим, чем я сам(а), я себя связываю (вплоть до религиозных связей)? — Для чего я живу? — Человек постигает смысл через дела и через ценностный выбор, через принадлежность к более крупным структурам, через собственное развитие (созревание) и через религию

Сравнивая описания Я. Морено и А. Лэнгле, можно увидеть параллели между описанием 5-фактора и глубинной духовной сущности, а, следовательно, воспользоваться теорией экзистенциального анализа для реализации ценностей психодрамы. Понятие «Person», введенное А. Лэнгле можно считать той глубинной структурой в человеке, которая позволяет ему демон-

стрировать спонтанность.

∞ Советую прочитать все книги А. Лэнгле, где наиболее емко и понятно с предоставлением примеров изложены современные представления об экзистенциально-аналитической терапии.

Приводимая иллюстрация отражает интегративный подход с акцентом на экзистенциальную составляющую у пациентки с психосоматическим расстройством.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №27

Юля Д., 36 лет, студентка 2 высшего образования по психологии на занятиях по психосоматике вызывалась работать в качестве пациента. Беспокоило чувство сдавливания в области шеи. С 28 до 32 лет лечилась у эндокринолога по поводу гипотиреоза, принимала препараты. Самостоятельно прервала прием препаратов после рождения ребенка. В анамнезе воспитание по типу повышенной моральной ответственности матерью и бабкой. Отец являлся единственной поддерживающей фигурой для пациентки.

На первой сессии через метафорическое описание симптома как ошейника, удалось выявить длительно сидевшую обиду (с локализацией в области щитовидного хряща). Ольге казалось, что существует как бы разделение двух сфер «умной и чувствительной». После катарктического отреагирования обиды матери (ты меня никогда не поддерживала, всегда критиковала) наступило улучшение состояния. Она приобрела «собачий ошейник» и повесила над письменным столом (экстернализация проблемы).

Возник очень сильный положительный перенос, о чем свидетельствовала принесенная фотография, где отец держит внучку на коленях. Она сообщила, что и психотерапевт напоминает ей отца, поддерживавшего ее. Было проведено 6 сеансов психотерапии с акцентом на экзистенциальный анализ.

Из дневниковой записи Юли: «В моей жизни происходят изменения. Меняюсь я, мое внутреннее состояние влияет на восприя-

тие окружающего мира. Я очень хотела этих перемен, однако не предполагала, что сброс старой кожи будет очень болезненным и мучительным.

Моя смена шкуры, с одной стороны, сопровождается приливом энергии — я просто купаюсь в ней. Нет усталости, мне хочется улыбаться, смеяться — состояние, которое я почти никогда не испытывала, длится уже третью неделю. Мне хочется петь, рисовать, лепить (хочу заметить, что из всего перечисленного я не умею ничего).Хочу станцевать танец живота (когда никто не видит).

Конечно, не все так гладко. Есть очень сильное сопротивление, которое очень мешает мне. Но я решила — твердо — меняться до конца. Если уж ты начала сбрасывать старую кожу (старую жизнь), то этот процесс должен пройти от начала до конца (от головы до хвоста). В результате пройденных сеансов совершенно неожиданно для меня стали всплывать старые проблемы — то, что казалось, совсем забыла, поднимается вновь.

Вчера мне с одной стороны хотелось пойти на сеанс, а с другой совсем не хотелось. Я увидела себя взрослой женщиной, за подол моего платья уцепилась тоненькая девочка, которая не пускает меня. «Останься, не уходи», — говорит она. — «Мне плохо если ты уйдешь».

Я вспомнила свое детство, вернее, один эпизод. Мы живем в Северодвинске. Папа в автономке. Зима. Темнеет рано. Маме надо в магазин, да и просто ей хочется пройтись. Я очень боюсь оставаться одна, — а вдруг мама не вернется... Что я буду делать? Сидеть одна в квартире? Дверь заперта. Чувство отчаяния. Я подхожу к маме, хочу к ней прижаться, хочу, чтобы меня погладили по головке, успокоили, прижали к себе. Но маме некогда — магазин скоро закроют. Она включает везде свет и уходит. Я одна. Мне страшно и тревожно, я плачу.

Когда пришла на сеанс, я посадила маленькую к себе на колени. Я гладила ту себя по голове, спине. Руки тоненькой девочки обвили мою шею, голова прижалась к моей груди. Ее бивше-

еся в испуге сердце потихоньку успокаивалось. Расслабилась и сама девочка. Ей было очень уютно и хорошо у меня на коленях. В ее сердце родилось доверие и чувство защищенности. Ничего не страшно. Я гладила ее и говорила: «Юленька, тоненькая моя, все хорошо. Все идет как надо. Ты самая хорошая, самая замечательная, красивая, талантливая. У тебя все получится. Мы постепенно выйдем с тобой из этого кризиса. Я очень люблю тебя и нуждаюсь в тебе. Девочка еще сильнее прижалась, улыбнулась своей очаровательной улыбкой. Наверное, она уснула. Я почувствовала, как она разговаривает во мне, вошла в мое сердце.

Весь день мне было очень неспокойно. Была нервная дрожь, бросало в жар, повысилась температура. Вечером вытошило – стало легче.

Сегодня мне первый раз в жизни понравилось мое имя – Юленька. Я рада, что меня зовут именно так. Я люблю себя».

Существуют так называемые неметаболизированные объектные отношения. Заболевание щитовидной железы связаны с эндокринной системой, отвечающей за регуляцию энергии. В монодраме экстернализация произошла в результате позитивного переноса. Ребенок борется со своей амбивалентностью любовью к родителю и причинению ему боли (а в фантазии и вовсе желание уничтожить его). Чувство вины ретрофлексируется симптомом, который предохраняет пациента от разрушительных действий. Освобождение спонтанной энергии требует утилизации.

На следующем сеансе мы применили методику «жизненного пути (континуума)»: пациенту предлагается поразмышлять о значимых для него «вехах» его жизни. Затем, отталкиваясь от идеи «жизненного пути», можно попробовать установить взаимосвязь между прошлым, настоящим и проекциями в будущее. Применение данной методики сочетается с анализом нереализованных выборов и «завершением» (в воображении) альтернативных путей, основанных на «утраченных» возможностях. Часто при переживании потерь происходит «возвращение» творческих способ-

ностей и активация потенциала личности (не выраженных когда-то, а потом обесцененных). Психотерапевт помогает пациенту осознать и переоценить открытые им заново ресурсы, интегрировать эти возможности в избираемый «жизненный стиль». При формировании у пациента чувства непрерывности жизни и представления об ее восходящем характере, можно применять методику Р. Десуаля, основанную на переживании образов духовного восхождения («лестница–гора–полет»). Выработке у пациента теологического отношения к своему бытию способствует экзистенциальный анализ образов сновидений. Психотерапевт и пациент рассматривают существование как непрерывный процесс становления личности и духовного взросления, останавливаясь на его «рубежных», кризисных моментах. Углублению такого исследования способствует работа с генеалогическими «корнями», подобный анализ жизни и личностной мифологии пациента. Экзистенция может рассматриваться как последовательность духовных инициаций. Для активации духовного бессознательного можно применять подход ко всему происходящему как к «шагам на пути».

Проиллюстрируем применение этого приема кратким протоколом сессии.

Юля:

— Я видела сон. Превращаюсь в сокола и лечу над своей жизнью. Запомнила прелесть полета, парение в потоках воздуха и ощущение гармонии внешнего и внутреннего.

Психотерапевт:

— Побудь немного соколом сегодня на сеансе и полетай.

Юля:

— Вижу свою жизнь еще до рождения. Она как лента реки вьется между зелеными берегами. Осознаю многие моменты. Вижу маленькую девочку. То, что мать не обращала на меня внимания, придает мне силы... Я отвечаю сама за свою жизнь. Важен каждый день. Внимательно отношусь к каждому событию, людям... Если я раньше требовала от мира, теперь хочу что-то давать ему. Понимание и принятие себя. Как хорошо, что я есть. Разрозненные части собираются в единое целое... Постоянное желание петь — голос моего Я, сильный и звонкий.

Юля прервала на лето психотерапию, а когда пришла на сеанс после отпуска, сообщила, что сейчас чувствует ухудшение, но не хотела идти. На вопрос почему, ответила, что ей показалось, что психотерапевт ее мало поддерживает. Другой момент был связан со следующим феноменом. После периода эйфории, насладившись своей внутренней свободой, она вдруг поняла, что не хочет больше быть психологом. Резко усилилась тревога, анализы показывали повышенный гормональный фон. Эндокринолог вновь предложил начать принимать препараты. Другая ее часть заставляла испытывать чувство вины: «Как же так! За тебя 2 года платили деньги. Такое ощущение, что я раздваиваюсь, и одна часть наблюдает за другой. Я случайно не сошла с ума?» Я успокоил ее, сообщив, что этот феномен носит название де-персонализации и возникает в период, когда человек ищет свою внутреннюю сущность. В ее представлении психолог – это тот, кто консультирует пациентов. Обсудив возможные варианты самореализации после получения второго высшего, она успокоилась. Дополнительным аргументом послужил разбор схемы, предложенной А. Баранниковым (рис.20). В ней показано, что и положительные и отрицательные эмоции приводят к децентрации Эго, а это может усиливать тревогу. Юля еще не знала, как себя «новую» адаптировать к жизни.

Она осознала, что и положительные эмоции в избытке, являясь для личности экзистенциально новым, могут создавать напряжение между «наблюдающей» и «философской» частью личности и приводить к подобным симптомам.

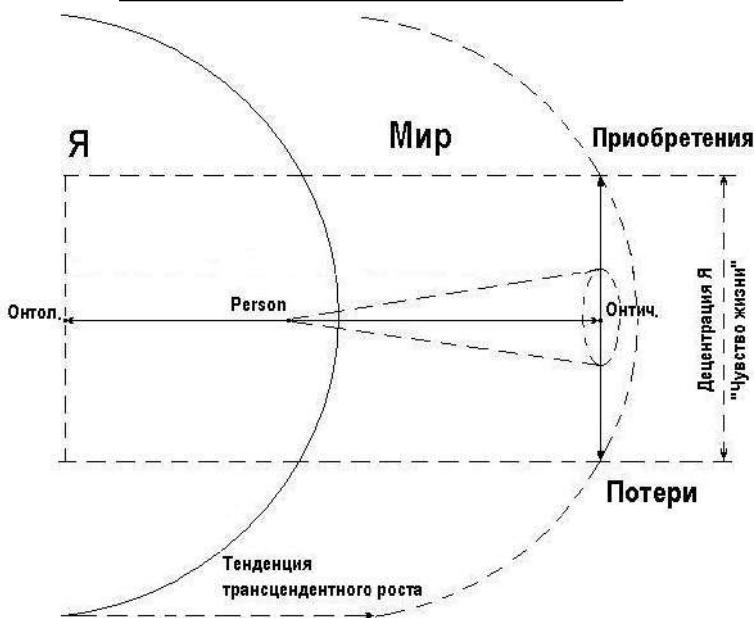


Рисунок 20. Центральная структура Я при встрече с «экзистенциально новым». Сокращения: Онтол. – онтологический полюс Я-позиции; онтич. – онтический полюс Я-позиции; Person – персональная позиция.

Дерефлексия, переключение на самореализацию и усиление роли матери и жены привели к положительным результатам. Назначение гормонов не потребовалось.

Если для З. Фрейда сон был проводником в бессознательное, то эмоцию, по мнению А. Лэнгле, можно считать лучшим проводником в глубину экзистирования человека и в лежащую в ее основе «неосознанную духовность». Поэтому работа с чувствами играет в экзистенциальном анализе центральную роль. Чувства рассматривают как восприятие, которое «схватывает» (постигает) объекты и ситуации в их значимости для субъективной жизни. Эта позиция сближает экзистенциальных аналитиков

с положениями теоретиков объектных отношений, которые утверждают, что между Эго и другим (объектом) всегда имеется аффективная составляющая. Вот почему мы часто используем арт-анализ, позволяющий изучить глубинные переживания с минимальным сопротивлением пациента. Если мы освободимся из тисков аффекта, тем самым позволим возникнуть эмоции и снова откроем для этой ситуации (или ее воспоминания) путь к свободному переживанию и постижению феноменального содержания.

Экзистенциальный анализ использует в определенные моменты такие технические приемы как расстановку социального атома для изучения отношений или смену ролей для эмпатического проникновения в чувства другого. Метод достижения понимания глубинной сущности человека близок к технике дублирования, когда внутреннее состояние другого считывается через собственные переживания.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №28

Так Лене, 23 года, страдавшей от страха и ощущения скованности, было трудно понять возникновение данного неуправляемого состояния. В разогревающей технике «Моя часто возникающая отрицательная эмоция» она нарисовала замок. В психодраме мы разыграли ситуацию в детстве, когда 6-летняя Лена, спрятавшись под кроватью, наблюдала зассой родителей. Мы поставили ее на подоконник, чтобы «отстранившись» от ситуации с высоты своего роста она понаблюдала за развитием событий в разных направлениях. Лене предложили побывать в утробе матери и почувствовать любовь и ласку, что было ей необходимо для переосмыслиения данной ситуации. На стадии завершения была сцена принятия родителями маленькой Лены, после чего она, освободившись от страха и скованности, почувствовала, как родилось ее Я.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №29

Любови Б., 42 лет, страдавшей от болей в желудке, было трудно понять охлаждение к ней ее начальницы, необоснованная критика (пациентка так много сделала за 10 лет для коллектива!) и выбор в качестве фаворитки молодой сотрудницы. Она настаивала на своей значимости, пытаясь сохранить свой авторитет, несмотря на то, что были интересные предложения коллег по работе, предоставляющие возможности ее личностного развития (гиперинтентность по Франклу). В психодраме мы поставили ее на стремянку, чтобы, «отстранившись» от ситуации с высоты своего роста (ее высокий рост плюс положение на стремянке позволяло видеть ситуацию из «космоса») она наблюдала за развитием событий в разных направлениях, которые продемонстрировали другие участники группы: они заставили замолчать начальницу, символически надев на начальницу намордник; довели ее до психиатрической больницы; показали, что продолжать жить в конфликте = приобрести онкологическое заболевание. И хотя вспомогательное «Я», то есть женщина, игравшая ее начальницу и знаяшая случайно ее лично, и другие участники группы высказали ей сомнения в сохранении столь ригидной установки, пациентка так и не взяла ответственность за какое-либо решение.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ ДИСФУНКЦИИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ

Наша жизнь протекает в широкой иерархии взаимодействующих систем (от молекулярного уровня до космического). Семья представляет собой открытую систему, где ее члены взаимодействуют друг с другом и с окружающими системами (школа, производство, наука, религия, государство и др.). Эта система постоянно развивается вследствие существования «обратных связей» с внешними биологическими и социальными структурами.

Внешние силы могут оказывать положительное или отрицательное влияние на семью, которая, в свою очередь, воздействует на них аналогичным образом. Таким образом, семейная система стремится, с одной стороны, к сохранению сложившихся связей, с другой стороны, – к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования.

Основные положения системного подхода могут быть суммированы следующим образом. Система имеет следующие характеристики: 1) система как целое больше, чем сумма ее частей; 2) что-либо, затрагивающее систему в целом, влияет на каждую отдельную единицу внутри системы; 3) расстройство или изменение одной части системы отражается на других частях и системе в целом.

Семья – открытая, живая, развивающаяся система, функционирующая благодаря взаимосвязанному действию двух законов: закона поддержания гомеостаза и закона отклонений от гомеостаза.

Живая система характеризуется изменчивостью от хаоса (энтропии) до ригидности по отношению к большому комплексу устойчивых, повторяющихся картин взаимодействия. Понятие энтропии заимствовано из термодинамики. Суть ее заключается в том, что система, не получающая энергию извне, постепенно переходит в состояние недостаточного дифференцирования, утраты структуры и, в конечном счете, к полной аморфности и тепловой смерти. Энтропию можно было бы перевести как состояние беспорядка. Каждая система поддерживает внутри своих границ негативную энтропию (негаэнтропию). Структура системы и ее дифференцирование способствуют сохранению негативной энтропии, того порядка, который господствует внутри системы.

Каждую систему можно определить, исходя из ее границ по отношению к окружению. Все, что находится внутри границы, относится к системе; то, что лежит за пределами, к ней не относится. Можно сказать, что граница осуществляет защиту структуры и функций системы. В некоторых случаях границы воспринимаются как фиксированные, в других – как подвижные. Для

удовлетворительного функционирования системы необходимо, чтобы разграничительные линии обозначались ясно и четко, но при этом были бы подвижны. В этом случае они способствуют сохранению внутренней стабильности и, вместе с тем, система обладает той открытостью, которая необходима для ее адаптации и развития в соответствии с изменениями внутри и вне системы. Фиксированные границы ведут к уменьшению обмена с другими системами, следствием чего является застой и изоляция. Слабые и нечеткие границы приводят к неясностям относительно дифференцирования и функций внутри системы. Граница необходима для защиты от угрозы распада, т. е. нарастания энтропии.

Иерархичность. Всякая система может рассматриваться как подсистема в рамках другой, более крупной системы.

Взаимодействие, поведение и установки, которые наблюдают и в которые вовлечен терапевт, могут быть восприняты им «линейным» (при установлении причинно-следственных отношений) или «циркулярным» способом (при обнаружении связи симптома с проблемами в семье, определении циркулярной последовательности событий, взаимно влияющих на каждого члена семьи).

Проблемы в семейной жизни часто связаны с **дilemmами в адаптации к некоторым средовым влияниям или изменениям** (горизонтальные стрессоры). Такие изменения уже произошли или могут произойти. Например, отделение юноши от родительской семьи, миграция семьи или неминуемый развод. Все это заставляет расстаться со старыми стереотипами и создавать новые отношения.

Невысказанные эмоции, ригидные установки, секреты могут служить сильным препятствием для нормализации гомеостаза.

Наряду с тем, что система находится в состоянии постоянного изменения, она должна стремиться к сохранению своей идентичности по отношению к окружению. Управление и регулирование системы осуществляется через корректирующие импульсы управления (негативная обратная связь), усиливающие

импульсы управления (позитивная обратная связь). Негативная обратная связь соотнесена, главным образом, с поддержанием динамического равновесия и выживанием, в то время как позитивная необходима для изменения структуры и целевой направленности системы. Равновесие реализуется через механизмы обратной связи, предоставляющей системе информацию о нарушениях равновесия. При получении системой таких сигналов в ней активизируются механизмы, нацеленные на восстановление нарушенного равновесия. Они называются гомеостатическими.

Признаки гармоничной семьи

Все члены общаются между собой, умеют слушать друг друга.

В спорах учитывается мнение каждого члена семьи. Разделяется ответственность и обязанности между всеми ее членами.

Члены семьи поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации (командировка, болезнь).

Каждый ее член верит в себя, имеет адекватную самооценку, доверяет другим.

В семье учат уважать других людей, их различия во вкусах; не критикуют вкусы, выбор друзей, использование свободного времени.

В семье ее члены обладают общей системой ценностей, знают свои права.

Семья имеет свои традиции, дети знают своих предков, свои корни.

Коалиции между ее членами динамичны и изменчивы.

В гармоничной семье ценится чувство юмора, воспитывается позитивное отношение к жизни.

- В гармоничной семье уделяется внимание духовной жизни.
- Уделяется время развлечениям.
- Поощряется совместный прием пищи.
- Поощряется альтруизм (сделать что-либо безвозмездно для другого человека, школы).
- Члены семьи создают условия для своего личностного роста.
- Члены семьи не стесняются обращаться за помощью и поддержкой к специалистам в случае кризиса или появления проблем.
- Члены гармоничной семьи быстро и адекватно реагируют на изменение внешней и внутренней ситуации. Реакцией на «обратную связь» является позитивное изменение в семье, рост и креативность ее членов. В таких семьях родительская, супружеская, детская подсистемы имеют четкие границы.
- В гармоничной семье семейные правила гибкие и служат позитивными ориентирами для роста каждого члена семьи.

Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи – ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи (чаще – ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (соматическое, психосоматическое или психическое расстройство). Он становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в результате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий, нередко служит «коммуникативной метафорой» (шифром потребностей семейной системы), отражая некоторые закрытые темы, прямое обсуждение которых нарушило бы се-

мейные правила. Если семья рассматривается как саморегулирующаяся система, а симптом — как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система оказывается временно нереалируемой.

Чаще всего носитель симптома в дисгармоничных семьях появляется в результате следующих обстоятельств:

члены семьи игнорируют проблему на системном уровне, отказываются разделять ответственность за симптом;

закрытые внешние рамки дисгармоничных семей ограничивают взаимодействие членов семьи с другими системами, не позволяют получить ресурс извне для решения проблем и тем самым блокируют рост и развитие семейной системы;

диффузные границы между подсистемами стимулируют процесс «хронической беспомощности» у всех членов семьи, но особенно — у «идентифицированного пациента»;

нередко кризис, создаваемый «идентифицированным пациентом», — единственный способ испытать эмоции в семье.

Идентифицированный пациент — член семьи, отклоняющееся поведение и психологические проблемы которого являются непосредственным поводом обращения семьи к психотерапевту.

Характеристика симптоматического поведения:

сравнительно сильное влияние на других;

симптом непроизведен и не поддается контролю со стороны пациента;

симптом закрепляется окружением;

симптоматическое поведение может быть выгодно другим членам семьи.

Симптомы появляются, если имеет место смещение или нарушение процесса развертывания жизненного цикла семьи. Они являются средствами уравновесить «застрявшую» систему.

Концепция гомеостаза должна учитываться при любом вмешательстве в семью. Полезно знать, до какой степени аспекты семейной жизни изменились, и какие картины предыдущих семейных взаимоотношений поддерживаются, что влияет на развитие личности ребенка и что может возникнуть в результате последующей семейной реорганизации. Дисфункциональные семьи часто пытаются сохранять статус-кво, несмотря на попытки психотерапевта стимулировать изменения.

В психотерапии такой подход означает, что мы можем лучше понять пациента, рассматривая его не только через призму интрапсихических проблем (тревожность, внутренние дилеммы, психосоматика и т. д.), но и с точки зрения целого, т. е. в контексте социальных связей, составной частью которых он является. Поведение отдельного пациента, на первый взгляд представляющееся отклонением от нормы, необычным или странным, при индивидуальном подходе может показаться естественным или, по крайней мере, понятным, если рассматривать его как ответ на взаимоотношения, которые сложились в его семье.

Системные нарушения чаще всего проявляются в следующих формах.

«Нормативные временные сдвиги», или «горизонтальные (нормативные) стрессоры» отражают движение между стадиями жизненного цикла семьи. Они включают начало семейной жизни, рождение ребенка, смену профессии, уход детей из дома и др. Симптоматическое поведение возникает при «застревании», препятствиях или неадекватной адаптации в процессе прохождения какого-либо этапа жизненного цикла семьи.

Горизонтальные стрессоры (жизненный цикл семьи) – смена периодов кризисов развития и периодов стабилизации.

Вертикальные стрессоры в деятельности семьи – это патологизирующее семейное наследование (вариант социального наследования).

«**Системные сдвиги**» включают менее выраженные изменения во внутреннем балансе взаимоотношений внутри системы. Они могут провоцироваться переходными стадиями или возникать независимо. Транзиторную стадию иллюстрирует, например, факт решения домохозяйки вернуться на работу, когда дети выросли. Этот поступок может нарушить стабильность в супружеской подсистеме, приведя семью к кризису. Независимый сдвиг возможен и в случае смерти матери мужа, контролировавшей его, тогда супруг может начать эмоционально «выпадать» из брака, находя интересы во внебрачной среде.

«**Системная травма**» – непредсказуемые жизненные события, такие, как смерть одного из членов семьи, физическая болезнь или внезапное завершение карьеры. Эффект подобных событий может быть разрушительным для семьи, несмотря на ее попытки к ним приспособиться.

Дисфункциональная семья – семья, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов.

Семейная психотерапия вбирает в себя все самое лучшее и продуктивное, что есть в каждом подходе. В нашем случае – это интеграция структурного, стратегического, трансгенерационного (межпоколенного), нарративного и психообразовательного направлений. Опишем вкратце эти подходы.

Структурная семейная психотерапия (С. Минухин). Психотерапевты этого направления исходят из положения, согласно которому симптом есть отражение дисфункции всей семейной системы. При этом они не сосредотачивают свое внимание на симптоме, а стремятся к достижению структурных изменений в семейной системе, по мере достижения которых необходимость в роли симптома как стабилизатора гомеостаза исчезает.

зает, и купируется сам симптом. Изучается семья как система. События изучаются в пределах того контекста, в котором они происходят, внимание при этом концентрируется на связях и взаимоотношениях внутри семьи, а не на каких-то отдельных характеристиках. Идентифицированный пациент может быть представлен и как «спаситель семьи», так как концентрация внимания семьи на нем отвлекает от иных проблем, например, от длительного супружеского конфликта.

Концептуальное группирование понятий из теории семьи и семейной психотерапии выявило три центральных понятия семейного поведения: сплоченность (солидарность, консолидация), адаптация (приспособляемость) и коммуникация. Эти три важнейших параметра были интегрированы в модели семейных и супружеских систем Олсоном. Дисфункцию системы создают крайние варианты, которые чаще всего приводят к появлению «носителя симптома».

Изучение возможности преодоления проблем:

какие способы преодоления проблемы
предпочитают отдельные члены семьи;
как взаимодействуют формы защиты отдельных
членов семьи;
какие пока не использованные способности
и ресурсы, которые могут быть привлечены для
решения стоящих задач, имеются
в распоряжении семьи.

Представление о психотерапии членов семьи. Вначале необходимо раскрыть общие представления о разрешении проблемы, затем перейти к специальным вопросам. Наиболее типичные из них: «Как вы считаете, можем ли мы вам помочь в решении этой проблемы?» или «Имеете ли вы определенные представления о том, как должна протекать психотерапия в клинике?» или «Есть ли у вас какие-либо опасения в связи с психотерапией?»

Мерседес-модель Миливоевича (рис.21). Она представляет собой простую модель диагностики стиля родительского воспити-

тания, которая называется «мерседес-модель» по сходству с аналогичной эмблемой на автомобиле. Это модель очень популярна в юго-восточной Европе, она визуальна и легко воспринимается. Она интегрирует в себя три важных вектора воспитания, поэтому каждый человек может узнать свой стиль воспитания и стиль воспитания своего партнёра. О родительском стиле воспитания мы узнаем, спрашивая у родителей, кто и как часто выдвигает требования к детям, как их наказывают и хвалят.



Рисунок 21. Мерседес-модель Миливоевича. Оптимальные стили воспитания

Подход к воспитанию детей исходит из того, что детям необходимы и любовь, и дисциплина. В некоторых обществах воспитание детей проходило по формуле дисциплинирования без проявления любви. Это приводило к тому, что такие дети вырастали в людей, склонных к неврозам. Именно психотерапия таких людей показала, насколько важно детям проявлять любовь, потому что такая любовь приводит к формированию позитивного представления о себе и развитию чувства личной ценности.

Психотерапевты предупреждают педагогов и родителей, что нехватка любви вредна для развития ребёнка, и что нужно показывать детям любовь. Это привело к современному способу воспитания детей, проходящему по системе проявления любви без дисциплинирования. Результатом такого воспитания являются слабо социализированные дети – избалованные дети, вырастающие во взрослых людей, склонных к патологическому нарциссизму. Очень важно, чтобы у нас был образец, указывающий на правильный способ воспитания.

Вот и структура «мерседес-модели»: первый вектор относится к требованиям, которые родители выдвигают к детям. Это в основном относится к тому, что полезно, но неприятно детям. Ещё со времён Фрейда нам известно, что ребёнком управляет принцип приятного и, что ему не хочется делать то, что неприятно. Однако родители должны требовать от своего ребёнка, чтобы он выполнил это неприятное, но полезное задание.

Существуют две проблемы в этом векторе – первая, когда у родителей нет требований, вторая, когда у родителей слишком много требований. В первом случае появляются проблемы заброшенного ребёнка, потому что он нуждается в стимуляции развития. Во втором случае появляется проблема чрезмерной социализации ребёнка. Наша модель показывает, что у родителя, хорошо воспитывающего своего ребёнка, есть требования, находящиеся в оптимальной зоне, между «слишком много» и «слишком мало».

Если ребёнок не выполняет требования, то родитель должен критиковать и наказать ребёнка. Критика – это требование к изменению поведения. Если ребёнок не реагирует на критику, то родитель должен пригрозить наказанием, а потом и применить его. Способность родителя наказать ребёнка является очень важной частью его родительской силы.

На рис. 22 видно, что есть родители, которые чересчур наказывают своих детей. Они делают это слишком часто или брутально или могут психически истязать, унижать, отбрасывать или игнорировать детей. В таких случаях наказание превращается

в неприемлемое истязание. Возможность избежать критики и наказания ребёнка всегда есть, хотя это не стоит делать. Такое «неустановление границ» ребёнку становится вредным для него, так как это ведёт к формированию несоциализированной структуре его взрослой личности. Следовательно, и в этих примерах есть зона наказания «слишком мало» и «слишком много», а между ними находится оптимальная зона.

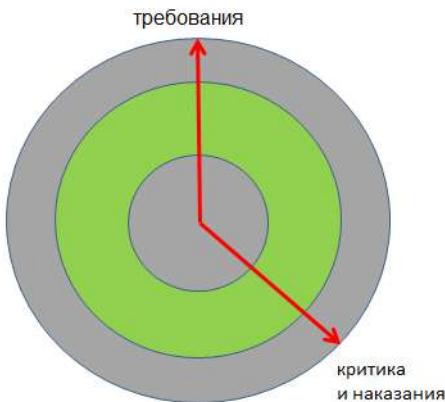


Рисунок 22. Чрезмерность требований и наказания

Третий вектор относится к похвалам и наградам ребенку, выполнившему требование родителей. Похвалой вы посыпаете ребёнку позитивную обратную связь. Похвала может быть адресована ребёнку как личности или его поступкам. В настоящее время, благодаря Керол Двек, мы научились тому, что очень важно хвалить ребёнка за его труд и старания, за прогресс, ибо это формирует личность, желающую развиваться. В отличие от похвалы, награда – это что-то конкретное.

И в этих примерах есть оптимальная зона похвалы и награды, находящаяся между зонами тех, кто никогда не хвалит и тех,

кто это слишком часто делает, и поэтому эти похвалы дети не считают важным.

Таким образом, в основной модели фигурирует три вектора. Каждый вектор разделен на оптимальную, дефицитарную и чрезмерную части.

Стратегическая семейная психотерапия (М. Эриксон, Дж. Хейли, К. Маданес, П. Папп, М. Сельвини Палаззоли). Отличительной особенностью этого направления считается фокусирование внимания психотерапевта на симптоме и выработке стратегии его устранения. При этом психотерапевт стремится понять, каким образом симптоматическое поведение поддерживает гомеостатический баланс в семейной системе, после чего осуществляются психотерапевтические интервенции, позволяющие изменить последовательность коммуникативных актов, направленных на поддержание симптома. Кроме того, обращается внимание на иерархию отношений в семье. Считается, что если родители восстановят иерархию в семье, то пациенту нет необходимости использовать симптом в борьбе за власть. Для этого используются разработанные психотерапевтом прямые задания (директивы), а также ряд других приемов поведенческой коррекции. По мере того, как члены семьи будут отвечать на эти вопросы, получат разъяснение и другие моменты, в частности, кому адресуется защита (опека, помощь) со стороны носителя симптома, кто получает от симптома межличностную выгоду и каковы ее мотивы. В ходе интервью перед специалистом раскроется и система взаимодействий (циркулярная последовательность коммуникаций), принятая в семье, коммуникативная метафора симптома или поведения. Три важных положения: позитивная коннотация, циркулярность, нейтральность.

С точки зрения коммуникативного подхода, симптоматическое поведение является частью последовательностей взаимоотношений между людьми. Значит, изменение повторяющихся ригидных последовательностей, поддерживающих существующую проблему, выступает важной целью психотерапии.

Трансгенерационная семейная психотерапия (М. Боуэн) ба-

зируется на психодинамических концепциях объектных отношений, теории систем и триангуляции («треугольников отношений»). Постулируется, что прошлое активно присутствует в настоящем, и семья используют текущее взаимодействие для разрешения прошлых конфликтов, сложившихся в родительской семье. Выбор партнера в любом возрасте и обращение с детьми имеют в своей основе проективный характер, поскольку супруг и дети замещают отсутствующие фигуры прошлых объектных отношений. Симптоматическое поведение в исследуемых семьях является межпоколенной (трансгенерационной) проблемой, которая представлена в виде возрастаания различных аналогов различных дисфункций, и их доля увеличивается от прародителей к внукам. Перечисленным общеориентированным положениям межпоколенной семейной терапии соответствуют подходы к изучению семейной ситуации: концепция лояльности и работа с генограммой. Под лояльностью понимается передача из поколения в поколение определенных установок и схем поведения, присущих данной семье, в том числе конфликтных и дисфункциональных; поэтому проблемы рассматриваются как результат межпоколенного взаимодействия. Семейные психотерапевты данной ориентации не фокусируют внимание на симптоме, как в «стратегическом направлении», а способствуют формированию рационального и объективного отношения к проблемам, уменьшая тем самым эмоциональную реактивность членов семьи. При этом используются техники интерпретации, анализа переносов, психологического просвещения и работа с родительской семьей.

Интервью по генограмме является ценным методическим приемом, помогающим и «присоединиться» и быстро сориентироваться в семейной истории. Сбор информации о семейной истории обычно проходит в контексте общего семейного интервью, и терапевт не может игнорировать проблему, с которой пришла семья. Поэтому конструирование генограммы должно быть частью более широкой задачи присоединения и помочь семье. Проводя интервью, терапевт двигается от представлен-

ной проблемы к более широкому семейному и социальному контексту; от текущей семейной ситуации — к исторической хронологии семейных событий, от легких вопросов — к трудным, провоцирующим тревогу; от очевидных фактов — к суждениям о взаимоотношениях и далее — к циркулярным гипотезам о семейном функционировании.

Концепцией И. Бозормени-Надя «Плата по счетам предков» также можно объяснить возникновение ряда психосоматических расстройств. Так, например, девушка из восточной семьи обязана была сохранять лояльность своим семьям за тот вклад, который родственники внесли в воспитание, образование. Желание свободы, собственного выбора пути не соответствует установкам семьи, а, следовательно, психосоматический симптом, с одной стороны, снимает внутреннее напряжение, с другой, причиняет боль. В этом случае осуществить выбор бывает трудно, приходится чем-то жертвовать и думать о последствиях.

Нarrативный подход. За долгие годы развития эпохи модернизма семейная психотерапия накапливала различные нормативные данные по структуре семьи, ее границам, коммуникативному стилю, жизненному стилю семьи. Оформилось ведущее направление — семейная системная психотерапия. Подходы того времени предполагали наблюдение за людьми с целью сравнения их мыслей, чувств и поведения относительно созданных критериев нормы. «Психотерапевт-модернист», таким образом, использовал объяснения, советы или плановые вмешательства как способ получения персонального ответа в соответствии с разработанными критериями нормы (например, в «запутанной системе» цель семейной психотерапии — начать расчерчивать границы).

В этом случае, системный семейный психотерапевт — это тот, кто находится на расстоянии от индивидуума, супружеской пары или семьи, с которой работает. Его установка такова: он — эксперт, обладающий специальными знаниями, которые позволяют ему наблюдать, оценивать, диагностировать и лечить, лич-

ностно не вовлекаясь в процесс взаимодействия с членами семьи. Таким образом, локус глубокого понимания персональной жизни пациента смещается на терапевта.

Нarrативный подход в отличие от предыдущих, более директивных направлений предполагает, что пациент является тем, чьи знания, эмоции, семейная идеология должны изучаться и использоваться для изменений. Семейный психотерапевт выступает попутчиком, умеющим чрезвычайно внимательно выслушивать истории людей об их жизни. Философская основа нарративного подхода – социальный конструктивизм (social constructionism) – эпистемологическая перспектива, которая считает убеждения продуктом социальных интеракций, формирующихся и подкрепляющихся в социуме по взаимному согласию. В этих допущениях, хотя и опосредованно, но все же отражается значимость языка. Социальные построения вырастают из человеческого диалога. Мы формируем наши убеждения посредством языка и слова. Поэтому в терапии язык и процесс разговора имеет большое значение.

В контексте данного подхода терапевт с помощью рефлексивных вопросов, ориентированных на время, предлагает пациенту переместиться в будущее, где пациент выбирает предпочтительный для него вариант или варианты поведения, «оглядывается» оттуда на настоящее или прошлое, и может переписать свою историю таким образом, чтобы способствовать наступлению желательного будущего.

Когда семья приходит с проблемой, она часто имеет собственную точку зрения на ее природу. Как правило, это ригидный, несистемный взгляд, основанный на вере, что только один человек, носитель симптомов, нуждается в изменении. Любые попытки двигаться непосредственно в другие проблемные зоны семьи часто будут блокироваться яростным их отрицанием. Вопросы по генограмме позволяют проникнуть в сердце семейного опыта (рождения, смерти, болезни и интенсивности взаимоотношений) относительно безопасным для семьи способом и разблокировать важные темы.

Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на симптомы «идентифицированного пациента».

Возможен обратный вариант, когда с помощью уникальных эпизодов терапевт помогает пациенту найти в его прошлом предпочтительный для этого пациента (семьи) опыт и распространить его на настоящее и будущее.

Именно уникальные эпизоды представляют основной ресурс пациента.

Нarrативный подход заставляет психотерапевта искать скрытые смыслы, пространства и разрывы, признаки конфликтующих историй. Такая практика позволяет открыть клапан для тех аспектов жизненных нарративов людей, которые находятся на периферии и еще не обрели свою историю; ослабить хватку доминирующих, ограничивающих историй. Кроме того, есть возможность показать, что общепринятый смысл того или иного повествования – это всего лишь одна из возможных интерпретаций, избегая роли эксперта, создать новый конструкт и развить его, если выяснится, что, по мнению пациента, он для него более желателен. Семейный психотерапевт и его пациенты, таким образом, вместе конструируют семейную историю и ведущий «нарратив», который поддерживает дисфункциональные отношения в данной семье. Важно расширять понимание проблем пациентов за счет анализа их социокультуральной среды.

В этом подходе симптом – суть манифестация ведущей темы. Темы определяют способы организации жизненных событий. Поскольку в каждой семье имеется множество таких тем, психотерапевт старается обнаружить ту, что имеет непосредственное отношение к симпту, и расширить их узкий репертуар коммуникаций в ответ на симптом. Психотерапевт, использующий ведущую тему в дискуссии с семьей, помогает снять ее членам фиксацию на симптомах. Этот подход позволяет установить сотрудничество, предпринять совместные усилия по изучению и изменению тем. Однажды поднятая тема в психотерапии дает возможность членам семьи увидеть их симптомы в совсем

другом свете, расширяя их выбор и стратегии поведения.

Нarrативные связи устанавливаются на основе взаимоотношений сюжета, персонажей, ролей и предмета или смысла происходящего. Изложение при этом может быть более или менее согласовано. Когда возникают сбои в рассказе, это бывает связано со многими причинами (например, предмет происходящего – неопределенный или неощущимый или исполнитель главной роли семейной драмы, возможно, оскорблен или обвиняет себя в чувствах, которые вне этих отношений никогда бы добровольно не возникли).

Аналогом «темы» в когнитивной психологии является «схема» – когнитивная репрезентация прошлого опыта, негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности самого человека. Схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления. В силу такой их важности основной задачей психотерапевта является помочь пациентам в понимании того, как они истолковывают реальность.

Псиhoобразовательный подход семейной психотерапии. Подобно другим постмодернистским подходам, модель семейной терапии с элементами психообразовательного подхода заметно отличается от традиционной семейной психотерапии, когда внимание обычно сосредоточено на редукции симптома, что равносильно устраниению проблемы. При психообразовательном подходе психотерапевт помогает членам семьи понять происхождение проблемы, совладать с ней и получить ориентиры для работы.

Псиhoобразовательный подход осуществляется в групповой форме, поэтому участники имеют возможность получить поддержку друг от друга, что способствует снижению негативных эмоций из-за «идентифицированного пациента». Существует вариант психообразовательного подхода как «тренинг родительской компетентности».

Термин «тренинг родительской компетентности» соотносится с понятиями «семья как ко-терапевт» и «руководство родителя-

МИ».

Методология психообразовательного подхода. Основы концепции тренинга родительской компетентности проистекают из психообразовательного подхода и когнитивно-поведенческой психотерапии. Позднее нами [Кулаков С. А., Ваисов С. Б., 2006; Кулаков С.А, 2018] в его методическое обеспечение были включены элементы теории коммуникации, семейной терапии, клинических ролевых игр. Родительский тренинг – это особая систематическая психопрофилактическая и лечебная форма работы с родителями.

Как психотерапевтический метод родительский тренинг является опосредованным подходом к психотерапии «идентифицированного пациента» и опирается на принципы системного подхода. Это означает, что психотерапия с родителями может проходить даже без непосредственного присутствия детей.

Между тем концепции родительского тренинга могут иметь более сложные целевые установки: совместная работа с родителями направлена на изменение систем ценностей, способности к переживаниям, а также поведения и образа жизни родителей. Они служат задаче психического оздоровления ребенка и способствуют процессу его развития путем достижения взаимопонимания между родителями и ребенком, выработке адекватных форм воспитательного взаимодействия, снятия напряженности, улучшения настроения и обеспечения больших возможностей для преодоления проблем.

Обоснованием для применения тренинга служит признание воспитательной компетентности родителей и их способности совместно влиять на приобретение пациентом социального опыта в повседневной жизни, осуществлять задачи для развития ребенка и помогать в решении трудных проблем. Метод основан также на решающем влиянии, которое родители оказывают на жизненные обстоятельства, например на жилищные условия и режим дня пациента. При этом исходят не из «психотерапевтической одаренности» родителей, а просто учитывают тот факт, что и незначительные воздействия со стороны

всей семьи в поддержку специальных психотерапевтических мероприятий по отношению к ребенку существенно повышают эффективность психотерапии. Родители в соответствии с их индивидуальными возможностями включаются в процесс психотерапии ребенка как «помощники». Роль психолога (психотерапевта) – это роль тренера, который стремится содействовать выработке у родителей способности помогать в развитии своему ребенку, имеющему психические отклонения.

Принципы первичного интервью изложены в приложении 10. В итоге вырисуется «семейный диагноз», состоящий из 4 компонентов, предложенных А. Холмогоровой (табл. 11).

Таблица 11. Семейный диагноз

ПСИХОСОМАТИКА

Семейная структура	Горизонтальные стрессоры	Вертикальные стрессоры	Семейная идеология
1. Связь. Типы: сверхвключенность, разобщенность, автономность, дифференцирован- ность коалиции.	1. Цикл развития семьи. Переломные моменты. 2. Семейные роли — Сменение ролей — Ролевая гибкость. 3. Стереотипы взаимодействия.	1. Семейный сценарий: повторяющиеся из поколения в поколение паттерны. 2. Сопротивление изменениям трудности перестройки. 3. Трансмиссия накопление негативных паттернов в трех поколениях.	1. Семейные правила, нормы: конструктивные — дисфункциональ- ные. 2. Делегирование требований и ожиданий. Согласованные, несогласованные.
2. Иерархия. Типы: низкая, высокая, умеренная, инверсия иерархии.	Частота конфликтов. Степень контроля.	3. Трансмиссия накопление негативных паттернов в трех поколениях.	3. Мифы деструктивные, дающие опору.
3. Подсистемы. Типы: родительская, детская, прародительская, супружеская.	4. Циркулирование информации в системе. Семейные секреты.	4. Травматические события в семейной истории ранние смерти, тяжелые болезни, жертвы	4. Семейные ценности, верования и убеждения конструктивные — дисфункциональные
4. Границы. Типы: внутренние — между поколениями, внешние — с внешним миром	5. Стиль коммуникации в семье: уровень критики, негативных эмоций, выражение чувств, парадоксальные коммуникации, double bind.	5. Ресурсы для изменений: позитивные аспекты войн и репрессий и т. д.	5. Традиции, ритуалы, устойчивые паттерны, объединяющие членов семьи.
	6. Метакоммуникация — коммуникация по поводу коммуникации.	6. Метакоммуникация — коммуникация по поводу коммуникации.	6. Общий культурный контекст семейной системы:
	7. Триангуляция — использование третьего в решении конфликтов между двумя другими.		культурные и духовные ценности, стереотипы, нормы
	8. Стиль воспитания		

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №30

Приведем пример семейного диагноза на примере девочки-подростка, назвавшей себя на первой встрече Ник, 15 лет. Данное интервью распределены согласно наиболее распространенным семейным концепциям.

Структурные аспекты взаимодействия. Несформированная супружеская подсистема; размытость границ родительской подсистемы. Галина и Александр жили вместе, не ощущая ответственности за будущее своих отношений. С раннего детства Ник была слишком близка с матерью и отдалена от отца и брата. Ник боится выражать свои отрицательные эмоции. Долго подавлять свои эмоции невозможно — наступает срыв. Чрезвычайная проницаемость родительских границ позволяет подругам матери выступать в родительской роли. Методы отца и матери отличаются непоследовательностью. Отец страдал алкоголизмом, и мать жила жизнью Ника. У брата наблюдались явления наркотической зависимости в юношеском возрасте.

Стратегические аспекты взаимодействия. Является ли симптом метафорическим выражением процессов, происходящих в семье? Как этот симптом поддерживается системой и поддерживает саму систему? Метафорическое сообщение Ника в форме симптома, адресуемое членам семьи, может быть истолковано следующим образом. Мать для девушки является худшим женским образом. Какие функции выполняют симптомы Ника в рамках семьи. С одной стороны, симптом служит выражением кризиса развития семьи. С другой стороны, налицо морфостатическая функция симптомов. Возможно, они служат для членов семьи защитой от страхов и обид. Поведение Н., без сомнения, способствовало сохранению отношений между супругами. Мать, не работая 7 лет, «виноватила» мужа за измены. Проблемное поведение девочки, которого пугались оба взрослых, мешало их сближению, вместе с тем давая им повод для общения. Отец, с его слов, всегда был «нестандартным».

Трансгенерационные аспекты. Сторонники трансгенераци-

онного подхода принесли в семейную психотерапию два полезных допущения: 1) Прошлое активно присутствует в настоящем. 2) способность рационально мыслить находится в прямой зависимости от степени дифференциации своего Эго.

С позиции подхода, основанного на опыте, самосознание каждого члена семьи находится на чрезвычайно низком уровне. Галина, Александр, Ник чувствовали одно, а делали совсем другое. Их индивидуальные потребности шли вразрез с их поступками, поскольку в центре внимания всегда оставалась необходимость соблюдать жестко регламентированные роли в семье. Личностный рост и свобода выбора уступили место выполнению ролей и сокрытию своих чувств. Ник имеет тенденцию отыгрывать свои страхи, вместо того чтобы поделиться ими с матерью. В браке Александр состоял формально, сохраняя имидж дружной семьи.

Поведенческие аспекты. Каким образом подкрепляется поведение Н.? Готовность Н. сотрудничать с членами своей семьи не влечет за собой никаких положительных для нее последствий.

Постмодернистские гипотезы. С точки зрения конструктивиста члены семьи слишком большое внимание уделяют своей проблеме, а их представление о своей жизни полны безысходности. Отклонения в ориентации стало доминирующей темой в повествовании членов семьи, которые забыли о других задачах подросткового возраста.

Таким образом, **каждый теоретический подход позволяет увидеть семейную динамику в специфическом ракурсе.** Каждая школа обогащает терапевтов новым пониманием проблемы и расширяет его возможности по вмешательству.

Обнаружение семейных секретов требует от психотерапевта обладания определенными качествами: уметь внимательно слушать и улавливать детали, выявлять болезненные темы семьи и «вытаскивать» их путем вопросов; уметь внедряться в конфликтный разговор, делать логические скачки, менять стиль поведения (то быть серьезным, то использовать юмор) и приме-

нять другие приемы, которые могут «расшатать» правила семьи. Важно заподозрить секрет и найти безопасные пути для его обнаружения.

Несмотря на концептуальные различия, можно представить цели различных подходов семейной психотерапии следующим образом:

- изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме; трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу;
- модификация проницаемости границ между подсистемами;
- создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство;
- уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из родственников;
- коррекция различных форм иерархического несоответствия;
- прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи;
- вынесение на поверхность важных «незаконченных дел»; открытие семейных секретов;
- улучшение коммуникативного стиля между членами семьи;
- облегчение симптомов без возникновения новых сложностей у каких-либо членов семьи.

ПЛАНИРОВАНИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

С какой программой вмешательства семья согласится?

Какие вмешательства вызовут у семьи неуправляемую тревогу?

На каких позитивных аспектах семейного функционирования может строиться программа вмешательства?

Говоря о различных направлениях в семейной психотерапии, необходимо сделать акцент на том, что приверженность терапевта одному подходу не дает гарантии того, что терапия будет успешной. В идеале не предпочтения психотерапевта являются доминирующим фактором эффективности терапии, а особенности семьи и специфика ее проблемы.

Реконструкция осуществляется через техники, устраниющие дисфункциональность семейной системы, она также подразумевает изменение гомеостаза. Техника – это прием, посредством которого решается та или иная задача. Часто одно психотерапевтическое занятие использует множество комбинированных приемов.

Системный психотерапевт С. Минухин учитывал влияние схем в своей практике и, хотя придерживался больше непосредственного наблюдения за поведением пациентов, подробно описал психотерапевтические приемы, основанные на «критике семейной реальности». Техники семейной терапии описаны и в наших предыдущих книгах.

Важным вмешательством семейной терапии является определение (расчерчивание) границ. Все вербальные и невербальные признаки нарушения границ между подсистемами, выявляемые на занятии, служат сигналом психотерапевту для соответствующей проработки с семьей. Родительская подсистема должна быть защищена от вмешательства детей, а также от других взрослых внутри и вне семьи. Иной раз возникала ситуация, когда ребенок был уверен, что он отвечает за действия одного из родителей, и пытался контролировать его во всем. Расчерчивание границ может начинаться с вопроса, кто за что отвечает или почему у других членов семьи нет подобной проблемы. В ходе психотерапии пациенты должны определить собственные персональные границы и разделить ответственность.

Например, в семье с запутанным разграничением психотерапевт будет стимулировать прочерчивание рубежей между подсистемами и увеличение областей личной независимости, уважая при этом их высокую потребность в эмоциональной привязанности. Он должен помочь семье устраниТЬ неподходящий возрасту дисбаланс сплоченности и самостоятельности.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №31

Оксана Н., 23 лет, окончив университет в одном из южных городов, приехала в Санкт-Петербург помочь отцу, переехавшему два года назад в северную столицу, и мужу в ведении строительного бизнеса. Дома у нее осталась мать и младшая сестра, проживавшие в частном двухэтажном доме («пряничный домик»). Всегда была зависима от мнения матери, вспоминая с детства фразу «Тебя не спрашивают». Полгода назад, будучи в гостях у матери, она обращалась к психотерапевту по поводу болей в правом боку, использовавшего в качестве метода лечения «расстановки по Хеллингеру». Результата не было получено. (Комментарий. *Данная методика относится к директивным, субъективным психотехнологиям, дает сбой у пациентов, не завершившим процессы сепарации-индивидуации – С. А.*). В Петербурге она испытывала недовольство отцом и мужем, которые многие дела решали без нее. Ее угнетала мысль, что отец больше считается с главным бухгалтером, чем с ней, которая так старается внести свой вклад в семейный бизнес. Мать, использует ее в качестве «заменителя жены», давая инструкции из южного города по телефону как вести с отцом. Как сообщила пациентка, мать никогда не оставит дом и не поедет вслед за отцом, являясь там «сторожевым псым». На одном из сеансов мы провели «расстановку» ее семейной системы с использованием игрушек и озвучиванием каждого персонажа. Оксана поняла, что в ее семье нарушены все границы между подсистемами (семейный бизнес еще больше усилил перепутанные границы). Практически за свои 23 года она не приняла ни одного самостоятельного решения. В этом случае уход ее на самостоятельную работу (поп-друга предложила должность менеджера в магазине) был бы связан с нарушением лояльности семейной системе. Семья восприняла бы это как предательство. Расстановкой или арт-анализом в этом случае не обойтись. Пациентка нуждалась в длительной индивидуально-раскрывающей психотерапии для решения сепарационных проблем.

Катамнез 7 лет. В ходе терапии Оксане удалось найти собственное дело. Однако она происходила из семьи «риgidно-сцепленного типа», тогда как муж – «хаотически разделенного», и обе «системы» боролись за последнее слово. Отсутствовали совместные интересы. Компромисс между семейными ценностями так и не был найден. Муж не хотел ребенка, так как считал жену слишком эмоциональной, она – не уделяющего ей должного внимания. Амбивалентное отношение к разводу позволяло психосоматическому симптуму «принять за нее решение». В итоге через четыре года брака она приняла решение о разводе, повторно вышла замуж и родила ребенка.



Рисунок 23. Семейная социометрия «Пряничный домик»

Следует предупредить, что ряд семейных типов (особенно с размытыми границами) противится любой форме проявления самостоятельности детей, опасаясь остаться один на один с су-

пружескими проблемами. В работе с семьями с разобщенными границами важно ставить скромные, конкретные задачи, стремиться снижать тревогу до устраиваемого всех уровня, предотвращая крайности в решениях и помогая семье меняться постепенно.

СИНЭРГЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОСОМАТИКЕ

И. Р. Пригожин выявил основную особенность термодинамики необратимых процессов в открытой системе, находящейся вдали от равновесия (в нелинейной области). Эта особенность состоит в способности удерживать «неравновесное равновесие», то есть диссипировать (совершать колебания) около точки равновесия. Такое равновесие было названо диссипативным. Его отличает динамичное постоянство состояния системы, получаемое через непостоянство (изменение) ее колебательных состояний. Точка диссипативного равновесия снижает поток энтропии, идущий извне и изнутри.

Под нелинейностью понимается отступление от пропорциональной (описываемой линейными функциями и уравнениями) зависимости между причиной и следствием. Нелинейная связь между явлениями имеет более сложный характер (описываемый нелинейными функциями и уравнениями).

Нелинейность означает, во-первых, что малые по своим масштабам события могут породить грандиозные последствия. Возможен так называемый «эффект бабочки»: в фантастическом рассказе Рэя Брэдбери герой, отправившись в прошлое, случайно губит бабочку, и это меняет ход истории его страны.

Во-вторых, для нелинейных процессов характерны ситуации, в которых будущее неоднозначно определяется настоящим (начальными условиями). Математически это выражается в том, что нелинейные уравнения при некоторых критических условиях приводят не к одному, а к нескольким решениям. Это означает, что в критической точке возникают различные вари-

анты последующего хода событий, различные альтернативы пути дальнейшей эволюции системы.

Перспективным подходом в изучении формирования психосоматических заболеваний может стать синергетика – междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации. Синергетика (от греч. *synergetikos* – совместный, согласованный, действующий) изучает связи между элементами структуры (подсистемами), которые образуются в открытых системах (биологических, социальных и др.) благодаря интенсивному (потоковому) обмену веществом и энергией с окружающей средой в неравновесных условиях. В таких системах наблюдается согласованное поведение подсистем, в результате чего возрастает степень упорядоченности, т. е. уменьшается энтропия (самоорганизация). Самоорганизацией принято называть возникновение упорядоченных структур и форм движения из первоначально неупорядоченных, нерегулярных воздействий на систему. Такой процесс всегда связан с потерей устойчивости менее организованного состояния и является проявлением нелинейных свойств системы. Основными принципами синергетики является нелинейность, неустойчивость, открытость, иерархичность, наблюдаемость.

Организм человека представляет собой диссипативные структуры – дискретные самоорганизующиеся, рассеивающие энергию системы, отличающиеся спиралеобразным развитием в многомерном пространстве, траектория и автоколебательная амплитуда которого носит многовариантный характер, определяясь сложением разнонаправленных сил и факторов в точках бифуркации. При равенстве разнонаправленных влияний (особенно провоцирующих и ресурсных факторов) выбор системой траектории развития может предопределяться случайностями вблизи точек бифуркации.

Разветвление процесса на несколько возможных траекторий называется бифуркацией.

Точка бифуркации – это точка ветвления, развилка (по англ. *fork* – вилка). В ней система должна сделать выбор направления, по которому пойдет ее эволюция.

Принципиальное отличие общества от природных систем состоит в том, что выбор бифуркационной ветви зависит от субъективного фактора — воли, сознания, разума людей.

Движение по выбранной бифуркационной траектории может быть неустойчивым, и тогда возникают новые локальные (в частях системы) и глобальные (определяющие эволюцию системы в целом) бифуркции. Но существуют траектории (или узкие «коридоры» траекторий), которые ведут систему к устойчивым состояниям. Такие состояния называют атTRACTорами (от лат. attractio — притяжение).

АтTRACTор — это устойчивое состояние, к которому направляется эволюция системы.

АтTRACTоры как бы притягивают к себе систему. Если система вошла в конус атTRACTора (ведущий к нему «коридор»), то это предопределяет ее будущее. Попытки выбраться из конуса атTRACTора тщетны — различные траектории, попавшие в конус, неизбежно выводят систему на атTRACTор. Элементы ее довольно жестко выстраиваются в соответствии с будущим порядком. Все, что не соответствует ему, будет уничтожено диссипативными процессами.

Субъективные особенности людей, их замыслов и действий влияют на выбор какого-то из этих вариантов. АтTRACTор выступает как «предельное», конечное для выбранного варианта эволюции состояние, по отношению к которому другие состояния являются переходными, промежуточными. На путь в конус атTRACTора выводят случайность, но как только этот путь выбран, дальнейшая эволюция системы закономерно и необходимо приводит его к «предельному» устойчивому состоянию.

Обострение заболеваний внутренних органов выступает в качестве многоуровневой дезадаптации. Переход от обострения болезни к фазе стойкой ремиссии осуществляется за счет механизмов компенсации более высокого уровня, чем предыдущий. Выйти в ремиссию можно благодаря включению адаптивных механизмов, например, с помощью адаптации к болезни, иначе говоря, через изменение структуры отношения к болезни,

или компенсацию, т. е. через возвращение первичного шаблона здорового реагирования.

Социально-психологические факторы создают условия «хаоса» и выполняют следующие функции.

«Триггерная» (запускающая процесс) функция осуществляется в виде толчка. «Модулирующая», направляющая течение из точки бифуркации в благоприятное русло функция играет роль адаптивно-компенсаторного реагирования (здоровье), либо переводит в неблагоприятное течение, т. е. в развитие болезни. При наличии болезни есть два выхода: либо в благоприятное течение заболевания (устойчивую ремиссию), либо в неблагоприятное – обострение заболевания.

Негативные модели семейных отношений при болезнях адаптации выступают источниками, провоцирующими неблагоприятное течение заболевания, в то же время, семья служит особым полигоном реализации компенсаторных механизмов, способных стабилизировать течение заболевания. Основная часть пациентов живет в дисфункциональных семьях. В этих семьях наблюдается выраженная неудовлетворенность браком, в два раза превышающая данный показатель в гармоничных семьях.

Преимуществом синергетического подхода служит тот факт, что на смену линейной нозоцентрической динамике приходят нелинейная дискретность и фрактальность.

Фрактал – это интервал развития диссипативной системы со своими внутренними механизмами самоорганизации и саморазвития, многовариантными траекториями движения в многомерном пространстве. В клинической медицине это одновременно развитие и состояние, объединяющее временные и качественные характеристики системы или организма.

Понимание патогенеза этих расстройств совершенствуется по мере получения клинических, катамнестических данных и биографического анализа историй, полученных в ходе психотерапевтической практики. Большинство исследователей подчеркивает многофакторность этиологии онкологических забо-

леваний. Известно множество факторов риска, среди которых повышение содержания онкомаркеров, наличие длительных дистрессов, гиподинамия, профессиональное сгорание, отсутствие социальной поддержки, фиксация на более ранних этапах онтогенеза.

В качестве иллюстрации приведем следующее клиническое наблюдение.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №32

Пациентка **Н.**, 39 лет

Обратилась к психологу в ноябре 2008 года по поводу неудовлетворительных отношений в семье. Пациентка проживает с родителями, дочерью от первого брака в гражданском гостевом браке.

Анамнез

Н. ребенок предположительно от второй беременности матери. Первый и единственный ребенок в семье. Беременность и роды без осложнений. Раннее развитие в норме.

У родителей первый брак.

Мать – медицинский работник, из семьи учителей с Урала, старший ребенок из четверых детей в семье. Родители матери – уважаемые в поселке люди, в семье были строгие правила. Родители матери умерли из-за болезней старости.

Отец – из семьи ленинградских служащих, второй ребенок в семье (есть старший брат).

Со слов пациентки, в семье – главная мать, отец спокойный, тихий, сдержаный. Мать доминантная, любящая поскандалить, всегда вмешивалась в отношения дочери, высказывала недовольство мужьями **Н.** Мать помогала **Н.** в уходе, воспитании и развитии ребенка, за это требовала неукоснительно следовать своему мнению по поводу жизни **Н.** и ее отношений.

Н. хорошо училась в школе, окончила ленинградский вуз, по специальности: страноведение, испанский язык. До 2010 года по специальности не работала.

В 2001 вышла замуж, в этом же году родила дочь. Супруги проживали в одной квартире с родителями **Н.** Отношения были сложными. Муж, по словам пациентки, был несамостоятельным, возникали частые конфликты между супружами, а также скандалы с матерью **Н.** В 2007 году **Н.** развелась с мужем. Через 3 недели после развода муж умер от гнойного плеврита.

В 2007 году у **Н.** начались отношения с гражданским мужем. В целом, она оценивает эти отношения как позитивные. У нее сложились хорошие отношения с родителями мужа. Каждое лето они вместе с дочерью проводили вместе с семьей мужа на даче.

Тем не менее, отношения с гражданским мужем были не простыми: ему сложно было находиться в доме родителей **Н.** Отношения с дочерью **Н.** тоже были напряженными, так как муж считал, что **Н.** уделяет ребенку очень много внимания и заботы в ущерб их супружеским отношениям. Мужа **Н.** считает очень умным и образованным, одновременно доминантным и лидером в их семье, а себя — ведомой. Ей с этим было некомфортно, она разрывалась между мнением мамы и мужа.

Несколько последних лет **Н.** работала управляющим менеджером в компании по продаже зарубежной недвижимости, принадлежащей ее подруге, зарплата, по словам пациентки, была небольшая, подруга все время ссыпалась на финансовые трудности компании.

Психологом была выдвинута рабочая гипотеза о созависимых отношениях пациентки со значимыми людьми, отмечалась заниженная самооценка, подчиняемость, амбивалентные чувства по поводу смерти первого мужа с преобладающим чувством вины из-за отсутствия горя от потери, вина перед дочерью и бывшей свекровью. В ходе психотерапевтического консультирования проводилась работа на всех обозначенных направлениях.

В феврале 2009 пациентка начала жаловаться на боли в грудине и верхних отделах позвоночника. На дополнительные расспросы психолога, сообщила о факте наличия в ана-

мнезе онкологического заболевания: Рак молочной железы 3 стадии, первичная опухоль, по поводу которого, была прооперирована в 2005 году. Наблюдалась у онколога. Заключение: ремиссия.

О перенесенном заболевании все последующие годы старалась не думать. Не хотелось мириться с ограничениями, особенно касающимися рекомендаций врачей не иметь больше детей, необходимостью расстаться с идеальными мечтами о многодетной успешной семье, завидовала подругам, игнорировала ежегодное диспансерное наблюдение. Психологически вытесняла диагноз.

По результатам медицинского обследования был поставлен диагноз: метастазирующий рак (с очагами в костной системе). Пациентка регулярно проходила курсы лечения (химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия). Динамика течения заболевания неустойчивая, с периодами стабилизации и обострения. В настоящий момент появились метастазы в печени.

Все это время находится на психотерапевтическом сопровождении, основными задачами которого стали: принятие своего диагноза и ограничений, связанных с заболеванием, активизация внутренних и внешних ресурсов личности.

В настоящее время произошло принятие болезни, переформулирование представлений о своем возможном будущем, принятие ограничений, связанных с деторождением, улучшились и качественно изменились отношения с матерью, мать оказывает поддержку. Более зрелыми стали отношения с гражданским мужем, муж оказывал постоянно значимую поддержку. С дочерью обсудила вопрос о необходимости своего отсутствия дома на время необходимых ей госпитализаций, качественно, по иному, оценивала свою материнскую роль и ответственность перед дочерью. Смогла соприкоснуться со всеми чувствами, по поводу смерти первого мужа и смириться с потерей. Уволилась с работы из фирмы подруги, сохранив с ней дружеские отношения. Начала заниматься работой по специальности (переводы, частное обучение испанскому языку), развивать профессиональ-

ные навыки в испанской группе и дистанционно.

Субъективно появилось ощущение жизненной энергии.

В связи с двигательными ограничениями, связанными с нарушениями в костной системе появился конфликт между этими ограничениями и внутренней энергией и желанием активности.

На психотерапевтическом консилиуме в феврале 2011 года исследовались ресурсы личности пациентки, связь течения заболевания и истории отношений Н. со значимыми людьми.

Выяснилась связь начала первичного заболевания с обострением конфликта между матерью пациентки и первым мужем. Период ремиссии – с началом новых отношений, эмоционально позитивных, интересных и насыщенных, пара много путешествовала, посещали театры, концерты, музеи. Появление симптомов метастазирования соответствует усилиению семейного конфликта (с матерью) по поводу стабилизирующихся отношений в новом браке.

Ресурсы

Биологические:

сотрудничество с врачом, доверие к врачам
и лечению, регулярный прием назначаемых
препараторов.

физкультура, путешествия, активные прогулки,
посещение бассейна, как только улучшится
физическое состояние

Психологические:

принятие факта болезни, возможность строить
зрелые отношения, психотерапевтическое
сопровождение

Социальные:

поддержка семьи и значимых близких,
профессиональная деятельность
общение со знакомыми, расспрашивающими
о жизни и здоровье

Духовные:

мечты о будущем и желание жить
принятие и смирение по отношению к болезни,
смысл болезни, перераспределение «бешеной»
энергии из сферы *социальной и физической*
активности в сферу духовного развития
перфекционизм и попытка избежать мыслей
о прогнозе болезни

В ходе работы пациентка осознала такие ресурсы, как надежда на врачей и доверие к медицинскому лечению, мечты о путешествиях и новых впечатлениях, прогулки на свежем воздухе, латиноамериканские танцы и музыка, общение с друзьями, успешность в профессиональной деятельности.

Участники консилиума обратили внимание на неиспользуемые ресурсы: перераспределение энергии из сферы *социальной и физической* активности в сферу духовного развития, «путь к себе», путь к смыслу болезни, возможность оказывать поддержку и быть «ресурсом» для других людей, замена «должна» на «хочу», переключение с внешних источников самоуважения на внутренние, духовные экзистенциальные. Рекомендовано также сделать акцент на экзистенциальной, а не на психодинамической психотерапии. Благодаря психотерапевтическому сопровождению удалось продлить жизнь пациентки на 1 год и 3 месяца.

Возможно, пациентка прожила бы значительно дольше в случае активации ресурсов в духовно-экзистенциальной сфере?..Ответа мы не знаем.

В результате исследований, проведенных в XX веке, были выявлены многочисленные факторы риска, относящиеся ко всем

уровням био-психо-социальной модели. Открытия нейроиммунологии в области изучения клеточных и нейро-иммунологических механизмов, позволили увидеть взаимосвязь психологического и биологического уровней. Если еще сравнительно недавно онкологическое заболевание считалось не связанным с личностью и жизненными обстоятельствами, этот процесс понимали как патологический процесс роста клеток, протекающий фатально, то успехи психосоциальных вмешательств способствовали изменению этого взгляда. Показав эффективность использования ресурсов психики для влияния на течение онкологического заболевания, ученые пришли к выводу, что определенный психогенный фактор может способствовать как возникновению заболевания, так и оказывать влияние на его течение. Однако до сих пор не удалось выделить определенную психогенную составляющую. Причинами, обуславливающими трудность изучения онкологического заболевания, является широкий диапазон возможных повреждающих факторов и длительное скрытое протекание процесса по отношению к повреждающему воздействию.

Понимание патогенеза этих расстройств совершенствуется по мере получения клинических, катамнестических данных и биографического анализа историй, полученных в ходе психотерапевтической практики. Большинство исследователей подчеркивает многофакторность этиологии онкологических заболеваний. Известно множество факторов риска, среди которых повышение содержания онкомаркеров, наличие длительных дисстрессов, гиподинамия, профессиональное сгорание, отсутствие социальной поддержки, фиксация на более ранних этапах онтогенеза.

Принимая во внимание, что по статистике на первом месте по заболеваемости и смертности в мире стоят болезни сердечно-сосудистой системы, известные как психосоматические (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и их осложнения), а на втором месте – злокачественные опухоли, вывод о психосоматическом механизме онкологического заболевания получает подтверждение. Таким образом, новые откры-

тия не только совершенствуют понимание этиологии и течения рака, но и показывают необходимость продолжения исследований в направлении решения основной проблемы современной онкологии, а именно – получения возможности в какой-то мере воздействовать на злокачественный опухолевый процесс. Этапом на пути решения этой задачи может быть понимание психосоматических механизмов рака, среди которых важнейшими представляются особенности личности, проявляющиеся в образе жизни и преодолении стрессовых воздействий среды.

Сегодня признается, что стресс создает определенные условия для возникновения широкого спектра заболеваний, в том числе и онкологических, но поскольку для заболевания недостаточно действия какого-либо одного, пусть и сильного фактора, современный психосоматический подход учитывает именно взаимодействие различных биопсихосоциальных факторов. Среди биологических факторов исследователи рассматривают, в том числе и взаимосвязь рака с другими заболеваниями. Так, в сравнительно недавних исследованиях было обнаружено, что риск развития рака увеличивается при длительном (более 10 лет) течении артериальной гипертензии (АГ). Поскольку объяснения механизма этой связи пока не найдено, предполагается, что здесь возможна взаимосвязь с другими факторами риска: ожирением, курением, сахарным диабетом. Сегодня признается, что в этиологии АГ, как и других психосоматических заболеваний, существенная роль принадлежит социально-психологическим факторам, как и то, что изменение образа жизни и борьба с факторами риска влияют на характер протекания заболевания и могут замедлить его развитие.

О важности духовного компонента в развитии онкозаболевания писали классики нашей литературы. Так в известном произведении Льва Толстого умирающий от рака слепой кишki и страдающий от сильнейших болей Иван Ильич, говорит: «Но хоть бы понять, зачем это? И того нельзя. Объяснить было можно было, если бы сказать, что я жил не так, как надо. Но этого-то уже невозможно признать».

Синергетический подход можно представить четырьмя основными плоскостями (векторами) био-психо-социо-духовной модели: соматогенезом, психогенезом, социогенезом и ноогене-

зом. Соматогенез предполагает развитие систем и функций организма; психогенез – развитие психических функций, социогенез – развитие социальных ролей и отношений, ноогенез – динамику развития личности в духовной сфере и включает в себя Я-концепцию, 4 базовые экзистенциальные мотивации (рис. 24), систему ценностей индивидуума, экзистенциальную фрустрацию, «духовный диагноз» и т. д.

Рис. 1. Синергетическая модель формирования онкологического заболевания.



Рисунок 24. Синергетическая модель формирования онкологического заболевания

Рассмотрим синергетическую модель возникновения онкологического заболевания. Динамика онкологического заболевания включает следующие фракталы: предрасположенности, латентный, инициальный, развернутой клинической картины, исходов: ремиссии, рецидивов и смерти.

Во фрактале предрасположенности «вращаются 4 изомера»: наследственная отягощенность, преморбидные особенности лич-

ности (акцентуация характера, расстройство личности), семейная дисфункция, Я-концепция.

Фрактал «Латентный период» состоит из психосоматического диатеза, психического диатеза, нарушения социализации и ценностно-смысловой дисгармонии. Психосоматический диатез – это нарушение психической адаптации организма, проявляющегося различными соматическими эквивалентами, которое может трансформироваться в заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных (генетически обусловленные аномалии и др.) факторов. Психический диатез – это совокупность признаков, характеризующая предрасположенность к психической патологии. При выявлении основной ценностно-смысловой дисгармонии и клинической оценке степени нарушения в иерархиях ценностно-смысловых ориентации опираются на следующие характеристики: 1) степень ригидности-гибкости ценностно – смысловой ориентации, ее значимости для пациента; 2) направленность на быструю или медленную реализацию; 3) степень искажения реальности интерперсональных отношений; 4) степень противоречивости между ценностно-смысловыми ориентациями разного уровня.

Во фрактал «Инициальный период» на биологическом уровне определяются различные клинико-иммунологические отклонения в лабораторных анализах (повышение онкомаркеров, трансаминаз, изменения в формуле крови и т. д.). В анамнезе нарастают различные стрессовые факторы (показатели по шкале стресса Холмса превышают 300 баллов). Нарушаются значимые отношения личности. В психическом статусе наблюдаются различные эмоциональные отклонения, отмечается появление деструктивных аффектов рефлексии и мстительности (вина, обида). В духовной сфере присутствует экзистенциальный вакуум или фruстрация. Следующий фрактал «диагноз» определяется уже конкретной нозологической формой онкологического заболевания, порой запущенного. Социогенез проявляется эмоциональными и поведенческими расстройствами. Исследуя психогенез, важно понять, насколько истощены ресурсы личности.

В этом плане сопутствующая специальному лечению психотерапия может оказывать затормаживающее действие на рост опухоли и способствовать более быстрому продвижению к ремиссии. От того, как пациент далек от перехода на трансцендентный уровень своего духовного развития будет также зависеть прогноз.

С точки зрения святоотеческой психотерапии фракталы ноогенеза тесно связаны духовным диагнозом. Существуют два основных понятия, требующих осмыслиения, – грех и страсть. Грех – это мысли или действия, непосредственно доставляющие человеку приятность, удовольствие и тем привлекающие его извне, обращающие к внешнему миру. По своей негативной разрушающей силе они стремятся погубить человеческую душу, всевая в нее греховные мысли и желания, содействуя в любой форме греховным поступкам и создавая для них условия. Страсть – это постоянное желание совершать какой-либо грех, как пользующееся любой возможностью для своего воплощения, так и создающее такую возможность. Страсти толкают человека к греху изнутри, и в этом случае человек губит сам себя, используя для этого силы собственной души. Накопление грехов и длительное существование страстей ослабляют дух и усиливают энтропию организма, что приводит к снижению иммунитета и возникновению различных болезней.

Следующий фрактал «Исходы» характеризуется колебаниями между рецидивами заболевания, психопатизацией, инвалидностью, профессиональным сгоранием и смертью пациента. Но и здесь продолжительность жизни определяется взаимодействием провоцирующих факторов (снижение качества жизни, стрессы) и ресурсных факторов (социальная поддержка, философско-религиозное отношение к конечности бытия, сохранение силы духа).

Внутренние ресурсы создают иерархические уровни (образуя внутренний контур самоуправления, живущий параллельно с био-психо-социо-духовным).

Один из признанных лидеров в области психоонкологии

А. Дж. Каннингем предлагает на основе данных литературы и собственных наблюдений ввести сопутствующую психотерапию в арсенал обязательного лечения онкологических пациентов вне зависимости от того, имеет ли пациент признаки психопатологии или нет.

Применение многомерной диагностики в психотерапевтическом сопровождении пациентов с онкологическим заболеванием дает возможность систематизировать данные в соответствии с основными плоскостями био-психо-социо-духовной модели, проанализировать существующие взаимосвязи и оценить имеющиеся у пациента ресурсные и провоцирующие факторы, которые в синергетике называют «аттракторами болезни или здоровья». В психотерапевтическом процессе возможность положительного исхода возникает в том случае, когда пациент находится в неустойчивом состоянии хаоса сомнений и выбора при высоком мотивационном фоне.

Синергетика в сфере медицинской психологии несет большой эвристический потенциал, дает эволюционную методологию управления психотерапевтическим пространством с учетом феноменов самоорганизации личности в этом пространстве.

Таким образом, синергетику можно рассматривать как позитивный способ овладения нелинейной ситуацией на основании позитивной установки синергетического подхода – у личности есть ресурс к самоорганизации и самовосстановлению, и цель специалиста – изучать ресурсы личности и уметь вовремя подтолкнуть личность в направлении совладания с заболеванием.

Системный подход дает представление о сложности взаимодействия различных факторов, могущих повлиять на исход заболевания. При этом на продолжительность жизни оказывает влияние не только соотношение патогенных и саногенных факторов, но и возникающие случайности вблизи точек бифуркации (ветвления возможных путей эволюции системы). Необходимость исследования, направленного на изучение саногенных факторов при онкологических заболеваниях определяется не только задачами лечения, но и профилактики заболевания

путем повышения устойчивости к стрессовым воздействиям, что особенно актуально в связи с усложнением требований жизни, увеличением неблагоприятных и стрессовых воздействий, и, как следствие, ростом уровня заболеваемости и смертности от «болезней цивилизации».

Применение многомерной диагностики в психотерапевтическом сопровождении пациентов с психосоматическими заболеваниями дает возможность систематизировать данные в соответствии с основными плоскостями био – психо – социо – духовной модели, проанализировать существующие взаимосвязи и оценить имеющиеся у пациента ресурсные и провоцирующие факторы, которые в синергетике называют «аттракторами болезни или здоровья».

Синергетическая концепция формирования психосоматического заболевания в сочетании с био – психо – социо – духовной парадигмой развития психических расстройств позволяет обосновать индивидуальное психотерапевтическое сопровождение.

Подводя итоги обзора концепций возникновения психосоматических расстройств, следует подчеркнуть, что в настоящее время теории полифакторной этиологии психосоматических расстройств получают все большее признание. Тщательно собранный анамнез помогает отдать преимущество той или иной теории.

ГЛАВА 4. ПРИНЦИПЫ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Большинство современных теоретиков психодинамического, гуманистического и когнитивного подходов согласны с тем, что на людей значительное влияние оказывают текущие межличностные системы. Идея интериоризации, предложенная Л. С. Выготским в культурно-исторической концепции, успешно нашла свое место на другом витке развития науки в теории объектных отношений. Исследование в «межличностной лаборатории» нарушений ядерных конфликтных тем и отношений к объектам (особо значимых отношений личности) все более сближает позиции западных авторов с теоретическими взглядами и практикой петербургской школы психотерапии.

Психодинамическое мышление, должно присутствовать у каждого психотерапевта, работающего с психосоматическими пациентами:

подчеркивание важности изучения уз привязанности с родительскими фигурами в раннем детстве для понимания актуальных межличностных проблем;
признание существенной роли психотерапевтических отношений в эффективности терапии;
видение конечной цели терапии не только в модификации поведенческих схем, сколько в прояснении и изменении интрапсихических моделей и схем, сложившихся в раннем детстве в результате дисфункциональных семейных отношений.

Конфликты в межличностных отношениях – основная психотерапевтическая мишень.

У психосоматических пациентов специалист должен выяснить, каким образом у них реально происходит репрезентация мира. Каковы важнейшие репрезентанты объекта? Какие аффекты доминируют? Какие образы отражают тело?

Жесткие схемы в отношении своей личности, коммуникации и будущего являются основным источником психопатологии. Жесткие схемы построены по примитивной модели «или-или». В терапии очень важны изменения второго порядка, при котором фундаментально реорганизуется способ формирования взгляда индивида на мир. В ходе психотерапии определяется источник этих «схем». В терапии очень важны изменения второго порядка, при котором фундаментально реорганизуется способ формирования взгляда индивида на мир. Обсуждая с психотерапевтом обстоятельства своей жизни, пациент получает возможность приобрести новый (корректирующий) эмоциональный опыт.

В своей практике специалист развивает **деконструктивное мышление**: множественность и субъективность истин, приоритет понимания над знанием. Отделить проблему от пациента, дистанцироваться от нее – вот сверхзадача психотерапевта при

работе с пациентом. Остановимся на некоторых вариантах де-конструкции.

Переформулирование проблемы само по себе оказывает психокоррекционное действие. Присвоение временного (функционального, ролевого имени), «наименование сюжета». Главная функция нового имени — помочь людям, причастным к проблеме, избавиться от различных отрицательных ассоциаций, связанных с традиционным названием. Как известно, все посетители чатов пользуются только «никами» (от англ. Nick-name — прозвище), псевдонимами. Фактически смена имени есть тот обряд, который знаменует собой переход в иное состояние. Замена реального имени на «карнавальное», юмористическое или оптимистическое название проблемы, придумывание прозвища призваны фиксировать выход из реальности и примкнуть к некоторому виртуальному социуму. Этот психотерапевтический подход особо приветствуется молодыми пациентами.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №33

Так, Станислав, 19 лет, студент, в течение трех лет испытывал страдания от тошноты неясного происхождения, назвал свою болезнь как «Фу».

Это дало возможность относиться к ней скептически и поверить, что выздоровление возможно. Основной причиной его заболевания оказалось несоответствие его амбиций и оценка его истинных способностей значимым окружением.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №34

Во втором случае девушка, страдавшая нервной анорексией, назвала свою проблему «изверг Насти». Обсуждая с пациенткой, что входит в «лаву ее вулкана» (работа с визуальной метафорой), удалось выявить перечень проблем, представляющих «мишени для психотерапии», выявить конфликт с матерью

и навести на мысль, что необходимо подключить семейную психотерапию.

Удачно выбранное новое имя или определение служит целям облегчения разговора о трудностях и выполнения роли трамплина для их преодоления.

Восприятие проблемы как друга. Этот способ помогает пациенту сохранять диссоциированное состояние. Например, подростку, страдающему фобией, предлагается рассмотреть страх как друга и обсудить его в третьем лице. Оба приема создают «экстернализирующий» (отстраненный от симптома) эффект.

В некоторых случаях, используя достижения современной компьютерной техники, пациент совместно с психотерапевтом создает коллаж, отражающий возникновение проблемы в динамике.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №35

Георгий, 19 лет, страдавший в течение 3-х лет рецидивирующими нейродермитом, со школьных лет возненавидел девушек, насмехавшихся над ним за рыжий цвет волос и низкий рост. Мать не давала ему эмоционального тепла, а иногда раздражалась на него, в пылу эмоций сравнивая его с разведенным супругом. И хотя он впоследствии вырос, и цвет волос гармонировал с его внешностью, ненависть к женщинам как бы «приросла к нему». Он изолировался от людей, писал апокалиптические рассказы. На одном из занятий в ходе арт-анализа он нарисовал свой аффект, метафорически отражавшую его проблему (рис. 25).



Рисунок 25. Ненависть

Как-то раз совместно с пациентом мы создали следующий

коллаж, где его симптом («кровавые руки»), женщина-вамп и изоляция («марсианин») соединены в одну композицию. Это дало возможность укрепить терапевтический контакт с вначале недоверчивым пациентом. Позже он признался, что ненависть давала ему возможность чувствовать себя уникальным, что свидетельствовало не только о шизоидном, но и нарциссическом радикале у юноши. Теме ненависти и работе с ней в различных техниках было посвящено более 15 сеансов. Динамическое наблюдение за пациентом определило смену диагноза на психическое расстройство типа шизофрении, однако позволило сохранить с ним адекватный психотерапевтический контакт и адаптироваться к болезни.

Экстериоризация проблемы, вынесение вовне происходит из ее образного представления. Это как у ребенка, который персонализирует проблему, перенося ее на куклу, или материализует продукт своего воображения в форме рисунка. Проведя манипуляции с этим внешним объектом, пациент по законам детской психики как бы совершает «магическое» действие (*«психотерапевтическое Буду с проблемой»*) и тем самым стирает первоначальный неадаптивный стереотип и переучивается заново на собственных ошибках.

Образ – емкий способ обработки и архивирования информации. Психотерапия представляется как процесс вынесения своих внутренних образов во внешний мир.

Психотерапевт ищет скрытые смыслы, пространства и разрывы, признаки конфликтующих историй. Такая практика позволяет открыть доступ к тем аспектам жизненных нарративов людей, которые находятся на периферии и еще не обрели свою историю, ослабляя хватку доминирующих, ограничивающих историй. Следующая задача – помочь людям представить описание своей жизни не как пассивно получаемые факты, но как активно конструируемый рассказ, поставить под сомнение неизменность их жизненных нарративов. Кроме того, необходимо показать, что общепринятый смысл той или иной истории – это всего лишь одна из ее возможных интерпретаций.

ций, и избегая роли эксперта, создать новый конструкт и разить его, если выяснится, что, по мнению данного человека, он для него более желателен. Здесь позиции нарративного подхода сближаются с экзистенциальным анализом. Психотерапевт и его пациенты вместе воссоздают историю и ведущий нарратив, который поддерживает дисфункциональные отношения и вызывает симптоматику. Психотерапевт помогает пациенту создать новую реальность, антинарратив – иной жизненный сценарий, искать альтернативные варианты поведения взамен проблемных поведенческих и смысловых паттернов.

РАБОТА С АФФЕКТАМИ

Работа с деструктивными аффектами составляет важную часть психотерапии. Прощение тех, кто нас раздражает, кого мы ненавидим, на кого обижаемся и т. п. является эффективным шагом для освобождения от травм прошлого. Ни один психотерапевт не будет отрицать, что прошлое влияет на настоящее. Но знание о том, что отец дурно с вами обращался, ничего не даст, если вы не научитесь его прощать. **Простить – значит приобрести личную силу.** Однако следует предостеречь начинающих психотерапевтов, которые слишком быстро пытаются помочь пациенту избавиться от аффектов комбинациями модных техник. Надо всегда помнить, что некоторые аффекты существовали годами, и необходимо терпение и время для их устранения. В психодинамической диагностике психосоматических расстройств различают три группы аффектов: аффекты регуляции отношений, рефлексии (стыд, вина), переработки информации, аффекты мстительности (обида, ненависть). Аффекты мстительности являются архаичными, они настраивают на активные действия против объекта, имеют тенденцию к разрядке, поэтому примирение не является категорией его переживания. Гнев, страх, тревога (*angst, anger, anxiety*) имеют общий индоевропейский корень «*angh*» – ограничивать. Сюда же относится и ангиня (стенокардия – *angina pectoris*). Причем эти ограничения

возникают как при избытке влияния (агрессии) в «социальном атоме», так и дефиците любви и отражения. **Добиться от «Цербера», чтобы он дал возможность пациенту выпустить эти чувства из внутренней сцены – задача психотерапевта**

Среди пациентов с психосоматическими расстройствами часто выявляются аффекты мстительности. Например – обида. По нашему мнению, специфичность данного аффекта как раз состоит в том, что обида теснейшим образом связана с объектом. Тут присутствуют как эмоция, так и отношения со «значимым другим» (чаще – матерью), поэтому рассуждения относительно обиды должны вестись в двух направлениях: в контексте теорий эмоций; в контексте теорий объектных отношений.

Проанализировав ряд теорий эмоций, пришли к выводу, что целесообразно представить следующее определение обиды.

Описание обиды на значимые объекты в терминах теорий эмоций ограничено. Трудно описать обиду с позиции простых эмоций. В связи со специфичностью данной эмоции, ее направленностью на объект, более конструктивно описывать обиду в терминах теории объектных отношений.

Что происходит в том случае, если родители не устанавливают с ребенком доставляющих ему удовольствие отношенияй, если контакт с родителями болезнен для ребенка? Неудовольствие будет возникать как реакция на отсутствие связей, контактов и взаимодействия с родителями.

Мать – самый значимый объект для большинства из нас, с ней мы раньше всех знакомимся, дольше всех проводим первые месяцы и годы жизни. Думаю, вполне уверенно можно говорить о доминирующей значимости отношений с матерью для большинства из нас.

Возникновение обиды возможно лишь на фоне любви или привязанности к объекту. Значимость объекта – одно из главнейших условий возникновения данной эмоции.

Обида – форма агрессии, проявление зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством гнева, недовольства кем-то именно или всем миром за действительные или мнимые

страдания.

Еще одним условием возникновения обиды является разочарование или несоответствие действий или поведения объекта ожиданиям субъекта. В данном случае обида возникает как эмоциональная реакция на отдаление объекта.

В качестве иллюстрации приведем следующее клиническое наблюдение.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №36

Антон, 25 лет. Направлен на консультацию к психотерапевту, после того как был прооперирован по поводу прободной язвы желудка. Наследственность отягощена язвенной болезнью по линии отца.

Семейный анамнез. По линии матери бабка умерла возрасте 91 год, до конца жизни вмешиваясь в жизнь всех своих родственников. Работала всю жизнь грузчиком, очень сильная физически с властным характером, ее первый муж и двое детей умерли еще до войны. У бабки было трое мужей, все они не соответствовали представлениям о мужчинах, и она часто выговаривала своей дочери, чтобы та «гнала их в шею». Отец матери Антона просто относился к ней как к хорошей хозяйке. Мать Антона также была три раза замужем. Первый муж оказался «тихим алкоголиком», они расстались через два года совместной жизни. Выбор второго мужа (отца Антона) был по принципу «он лучше, чем предыдущие женихи».

Бабка по линии отца, эстонка, в первом браке потеряла двух сыновей (погибли под завалами). После войны, окончив курсы медсестер, она в госпитале познакомилась с дедом Антона, украинцем по происхождению. Вскоре родился сын Андрей, отец Антона, над которым «тряслась» всю жизнь. Андрей рос слабым, болезненным ребенком, и она, несмотря на скучную заработную плату, изыскивала возможности каждое лето вывозить мальчика на юг. По характеру был стеснительным, зажатым, во время контактов с незнакомыми людьми дрожали руки,

в юношеском возрасте появилось заикание. Службу в армии проходил в строительных войсках. Когда сослуживцы получали «халтуры», то старались не брать с собой Андрея из-за его придиричного подхода к каждой мелочи. Семья Андрея получила квартиру, когда ему было 21 год. Спустя несколько месяцев он познакомился с будущей матерью Антона Антониной. Будущая свекровь, страстно любившая своего отпрыска, сразу возненавидела потенциальную невестку. При своем сыне про нее говорила не иначе как про «наглую лимитчицу». После состоявшейся все-таки свадьбы свекровь постоянно контролировала молодых. Попытка поставить щеколду на дверь не увенчалась успехом, она была тут же выломана с гневным осуждением. После рождения внука Антона бабка полностью подчинила его себе. Мать Антона называет его «эстонским внуком», подчеркивая его лень, низкую эмоциональность, черствость. С рождением второго ребенка прессинг бабки усилился, и вскоре состоялся развод. Антон остался с отцом и бабкой, мать Антона с его сестрой снимали квартиру. Бабка пыталась лишить Антонину родительских прав, мстила ей за воображаемые грехи и успокоилась только тогда, когда Андрей повторно женился на устроившей ее невестке («Андрей в надежных руках»). Через несколько лет мать Антона также вышла замуж.

Антон рос ленивым, замкнутым ребенком. Очень ревновал свою сестру, когда находился в доме у матери. Перед службой в армии и после ее окончания было несколько эпизодов «непонятой любви» с разрывом отношений. Обращался к терапевту по поводу болей в желудке. Назначение медикаментозной терапии дало кратковременный результат. В очередной раз произошел разрыв с девушкой. Мысль о том, что все «женщины – стервы», подтачивала его в течение нескольких недель, и внезапная резкая боль в животе привела его к госпитализации.

При обсуждении с психотерапевтом психологических причин его заболевания отметил, что у него существует «психологическая стенка» особенно в отношении матери, двух других сестер, матери мачехи, отчима (этот метафора была использована

как цель терапии – разобрать «берлинскую стену»). С отцом и мачехой у него отношения хорошие. Еще за несколько лет до «прободения язвы» стал портиться характер. Ухудшение состояния связывает со смертью друга, с которым служили вместе в армии. Появилась злость, наглость, авторитарность. Иногда ощущал себя домашним «тираном». Работая программистом, часто конфликтует с руководством из-за невыполнения работ в сроки. За свою жизнь устойчивых отношений с лицами противоположного пола установить не может. Была только одна случайная связь с проституткой во время службы в армии. Согласился пройти курс психотерапевтического лечения.

Основные проблемы юноши и возможные варианты психотерапевтических вмешательств отражены в таблице 11.

Психотерапевтический диагноз. Психопатологических расстройств не выявлено. Уровень организации личности – пограничный. Тип характера – шизоидный. Отмечается вторичная выгода симптома. Аффективная сфера характеризуется следующими доминирующими аффектами: обида на мать, чувство одиночества, амбивалентное отношение к родителям, конфликт между зависимостью и независимостью, смена аффектов любви и ненависти. В объектных отношениях выявляется нестабильность отношений. Пограничный уровень расстройства личности отражает «расщепление Эго».

Обида на мать у пациента имеет ряд особенностей:

направленность обиды – обращенность данной эмоции на объект;
стадийность и динамичность – прохождением в своем развитии определенных стадий: от возникновения эмоции гнева до ощущения стойкой ненависти;
устойчивость во времени;
раннее формирование;
невозможность самостоятельно оценить и переработать этот аффект;
усиление обиды на фоне нарушений отношений с женщинами;
доминантной природой обиды, как способ ослабления вины.

Прохождение психотерапии привело к значительному улучшению эмоционального состояния Антона. Самым трудным оказалось преодоление негативного эмоционального отношения к матери. Только совместная встреча сына с матерью, на которую она неожиданно для Антона с удовольствием согласилась, обсуждение семейных тем по генограмме раздельно с матерью и отцом привело к восстановлению адекватных эмоциональных отношений между членами семьи. Как сообщил отец Антона, благодаря методу геносоциограммы удалось осознать, как в трех семьях нарушалось внутреннее пространство каждого члена семьи. Обида на бывшую жену стала проходить. Начал понимать дочь, желающую выбирать свой путь учебы, а не навязываемый старшим поколением.

Катамнез 5 лет. Жалоб на физическое здоровье нет. Работает программистом Женат. **Мать простил после того, как у него появился ребенок.**

ОТНОШЕНИЕ К СЕБЕ

Психотерапия в целом исходит из того, что любовь к себе, самоуважение должны быть не эгоистическим себялюбием, а реальной любовью к миру, к людям. Определяющую роль в неправильном отношении к себе играет иллюзорное стремление к некому стандарту, идеалу. Любовь, доверие и уважение к себе рассматриваются как основные компоненты самооценки. Неосознанные страхи, неадекватные сомнения о себе, невротический самоконтроль (а также связанная с этим потребность «быть под контролем»), фиксация жесткого представления о себе, становясь «ментальными привычками», рождают низкую самооценку.

ГИБКОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Креативность становится главной ценностью. Психотерапевт помогает пациентам проявить творчество в решении конфликтов. При этом он не должен действовать по схеме, следует быть готовым обсуждать с пациентом то, что его интересует, если этого требует ситуация. Часто необходимо бывает прибегнуть к другим видам активности или терапии (например, обсуждение проблем в ходе совместной прогулки, присоединение невербальной терапии). Психолог должен отказаться от дистанции в общении, активно вторгаться в процесс лечения и, поддерживая в целом благожелательную и открытую атмосферу, твердо отстаивать свою точку зрения.

Интегративный подход предлагает эклектический подход к лечению – разные методы для разных людей. Пациенты с одним и тем же «диагнозом» имеют, вместе с тем, разные интересы, сильные и слабые стороны, и эти различия часто больше влияют на прогноз, чем сам диагноз. Некоторым пациентам может помочь телесно – ориентированная психотерапия. Другие пациенты получат больше от психодрамы и когнитивной психотерапии. Идет тенденция сочетания индивидуальной психотерапии с дру-

гими видами психотерапии, особенно групповой и семейной. Преимущество групповой психотерапии заключается, с одной стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия распределяется между участниками группы, с другой стороны, при этом снижается уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения проблем с другими людьми. В эклектизме делается акцент на технической, практической стороне, на избирательном использовании различных видов вмешательства в применении к конкретной ситуации, **а интеграция чаще ассоциируется с синтезом единой теории на основе различных подходов.**

Особое внимание следует обращать на пациентов с пограничной личностной организацией, у которых, несмотря на внешнюю компенсацию и отсутствие какой-либо симптоматики, сохраняется слабое или расщепленное Эго, приводя к внезапным декомпенсациям после многих лет «спокойного периода».

В приводимой клинической иллюстрации вначале интегрированы арт-терапевтический подход, прием экстернализации, трансовый метод, краткосрочная групповая психотерапия, в дальнейшем акцент сделан на краткосрочной психодинамической терапии.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №37

Евгений Д., 22 лет, обратился с жалобами на сильную неуверенность в себе, повышение температуры тела при контакте с незнакомыми людьми.

Родители подростка развелись, когда мальчику было 13 лет. Отец не поддерживал ребенка, а мать, наоборот, проявляла высокую степень гиперпротекции. Мать и сын переехали в Санкт-Петербург из районного центра. Подросток заканчивал 11 класс и панически боялся поступления в вуз.

На первом сеансе юноша нарисовал свою неуверенность в виде животного, напоминающего выхухоля. На втором сеансе была использована техника «экстернализации» и разговор

с симптомом на двух стульях. Изучая, когда «неуверенность впервые поселилась у него», в ходе диалога вышли на тот период, когда Евгений приехал в Санкт-Петербург из сельского района и пошел в новую школу. Ученики не восприняли его в первый день, и он замкнулся. С тех пор «неуверенность управляет им». На третьем сеансе была проведена гипнодрама с воспроизведением раннего травматического опыта. Возникла сильная катартическая реакция с плачем. В трансовом состоянии Женя оказал поддержку своему «маленькому Я». Затем в качестве этапа интегративного вмешательства пациент включен в краткосрочную психотерапевтическую группу, в которой был принят участниками, нашел себе приятеля по интересам, в дальнейшем адаптировавшись к социуму.

Повторно обратился через три года. После увольнения с работы возникло несколько симпатоадреналовых кризов. Несколько психотерапевтических сеансов привели к компенсации состояния.

Катамнез через 10 лет. Успешно работал чиновником, постоянно контактируя с людьми. Прослужив несколько лет, испытал чувство вины за то, что брал взятки. Поехал в реабилитационный центр по лечению наркоманов, где работал подсобным рабочим, соблюдая жесткие каноны, принятые в монастыре. С трудом вырвался оттуда. Основной ведущей жалобой-метафорой было «повышенная чувствительность к внешним обратным связям как у оголенных проводов». В этот раз «изолентой» служила психодинамическая психотерапия, направленная на усиление Я пациента, снятие зависимости от авторитетов. Наблюдение в течение года свидетельствует об отсутствии симптоматики, но говорить о полном излечении преждевременно.

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ СЛУЧАЯ

Планирование терапии подразумевает использование полученной в ходе обследования информации для составления плана лечения и оценки его эффективности.

Существует несколько полезных моделей планирования терапии. Рассмотрим последовательно некоторые из них.

МНОГООСЕВОЙ ПОДХОД DSM-IV-TR

Пятиосевая классификационная система была разработана для того, чтобы обеспечить систематизированную структуру для полной, описательной оценки психического состояния пациента и общего функционирования. Оси включают:

Ось 1. Клинические расстройства.

Ось 2. Расстройства личности, задержка психического развития.

Ось 3. Общие соматические расстройства.

Ось 4. Психосоциальные проблемы.

Ось 5. Глобальная оценка функционирования.

Диагнозы по оси 1 охватывают те клинические синдромы, которые развиваются, как правило, в период поздней юности или зрелости. Расстройствами, кодируемыми по оси 1, являются диссоциативные и соматоформные расстройства (они частые спутники обращения за медицинской помощью к врачам общей практики), биполярное расстройство, наркотическая и алкогольная зависимость. Они чаще положительно реагируют на медикаментозное лечение и психотерапию. Расстройства по оси 2 трудно поддаются терапии или требуют увеличения ее продолжительности. Ось 3 отражает главным образом соматические проблемы, часть которых может отражать психосоматические расстройства. Ось 4 регистрирует психосоциальные стрессоры, воздействующие на пациента в течение последних 12 месяцев, которые имеют отношение обострению текущего психического расстройства. Стрессор следует описывать несколько детально, насколько это необходимо для того, чтобы показать, как он нарушает функционирование пациента. Отметить следует даже слабые стрессоры, если они фигурируют в клинической картине. Ось 5 регистрирует общий уровень функционирования пациента как во время оценки, так

и на протяжении последнего года (от 100 баллов – высший уровень функционирования до 0 – неадекватная информация). У пациентов могут присутствовать несколько диагнозов по каждой оси. Иллюстрацией такой блокировки может служить случай возникновения психосоматического расстройства у юноши, представлявшего типичный пример мультиморбидности. В системном анализе его проблем использована многоосевая диагностика.

Подробнее о многоосевом подходе можно прочитать в книге «Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте» (СПб.:Речь, 2003).

МУЛЬТИМОДАЛЬНОСТЬ КАК ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ДИАГНОСТИКИ

Под мультиодальной, или многометодной диагностикой подразумевают умение интегрировать информацию, полученную разными методами, при этом диагност распоряжает определенными фундаментальными познаниями в диагностике, близко знаком с отдельными методами и умеет обобщать данные диагностики и использовать их для терапии.

Остановимся на некоторых подходах.

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД Р. ОУДСХОРНА

Для обучения психологов и психотерапевтов навыкам концептуализации и планированию семейной психотерапии нами адаптирована схема стратегической модели Р. Оудсхоорна. При ее использовании любую проблему можно представить в виде «слоенного пирога» из шести уровней. Каждый уровень отражает соответствующие биопсихосоциальные теории, которые служат для выдвижения частных гипотез и подбора психотерапевтических вмешательств. Подход Оудсхоорна является мультиодальным, соотносится с многоосевыми классификациями

психических расстройств, при его применении психоаналитические, поведенческие, когнитивные, коммуникативные и системные семейные теории не противоречат друг другу.

При анализе следует распределить жалобы и данные клинико-психологического исследования на уровень.

Уровень 1. Проблемы с внешним социальным окружением. Этот уровень рассматривает проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он охватывает, среди прочего, учебу в школе или работу членов семьи, отношения с дальными родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия и доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологических проблем неблагоприятными факторами внешней среды. Например, травля ребенка одноклассниками, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность, насилие на улице и иные психотравмирующие ситуации. Другие примеры отягощающих факторов микросоциального окружения: дискриминация одного из членов семьи, миграция или эмиграция семьи, хронические интерперсональные трудности коммуникации в школе или на работе, конфликтные отношения с одноклассниками, роль «козла отпущения». При анализе демографической информации важно обращать внимание на расу, класс, культурный уровень семьи и сексуальную ориентацию. Особенно это касается тех семей, которые составляют недоминантную группу (например, член семьи – беженец из средней Азии или член семьи – гомосексуалист).

Уровень 2. Проблемы в семье. Рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Симптоматическое поведение «идентифицированного пациента» анализируется как следствие нарушений функционирования всей семьи или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальных характеристиках членов семьи, а на их взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. Придается большое значение сбору семейного анамнеза, где важно изучить структуру семьи, иерархию, определить сплоченность, установить границы, исследовать коммуникацию, рассмотреть треугольник как

единицу оценки семьи, определить существуют ли коалиции, рассмотреть стадии жизненного цикла, проанализировать семейную историю, изучить горизонтальные и вертикальные стрессоры, определить функции симптомов в семейной системе (морфостатическая функция, морфогенетическая функция), выяснить их «коммуникативные метафоры». Системное мышление предполагает изучение не только непосредственного семейного окружения, но и всей экосистемы пациента. Описание микросоциального окружения (живущих рядом друзей, родственников и соседей) помогает нам узнать нюансы семейного жизненного пространства. Кто еще вовлечен в жизнь пациента? Кто из соседей или дальних родственников может быть включен в обсуждение проблемы? Кого из значимых других мы не включили в обсуждение? Живет ли семья в коммунальной квартире или снимает ее либо живет в общежитии с новорожденным ребенком, который постоянно кричит? Заполнен ли дом фотографиями и детскими рисунками или он увешан коврами и набит антиквариатом, что считается более важным для этой супружеской пары, имеющей маленького ребенка?

Недавние изменения в организации семьи включают любые сдвиги в семье или их социальном окружении.

Уровень 3. Когнитивные и поведенческие проблемы. Они охватывают нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения пациента, объясняемые с позиции теории обучения (стимул-реакция, положительное и отрицательное подкрепление, когнитивный дефицит или искажение); определение цепочки ABC: активирующее событие, убеждение, эмоциональные и поведенческие последствия; выявление специфических автоматических мыслей, предшествующих отрицательным эмоциям или дезадаптивному поведению (связь между иррациональными установками и поведением); контакт; невербальные признаки коммуникации; пассивное (пассивно-агрессивное), агрессивное или уверенное поведение; развитость социальных навыков; характеристика сферы общения пациента; самооценка – адекватная, низкая, завышенная; способность

к адаптации, устойчивость к стрессу; копинг-механизмы (механизмы совладания с трудностями и со стрессом); мотивы поведения (в первую очередь, в сексуальной сфере и сфере агрессии, также следует обратить внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы, исследовать блокировку основных потребностей, определить временную перспективу); суицидные мысли и намерения; ресурсы и положительные особенности ребенка.

Уровень 4. *Эмоциональные конфликты.* Эмоциональные расстройства имеют осознаваемую и неосознаваемую стороны (двойное дно); аффекты (следует особо описать такие аффекты как тревога, депрессия, страх, чувство вины, апатия, депрессия); защитные системы (их можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения); невротические механизмы защиты – бессознательные способы редукции эмоционального напряжения. Необходимо учитывать фазы и периоды психического развития (В. В. Ковалев, Д. Б. Эльконин, З. Фрейд, Э. Эриксон, Я. Морено, О. Кернбергу и др.), их своеобразное прохождение ребенком, соответствие симптоматики возрасту.

Уровень 5. *Нарушения развития и личностные расстройства.* На этом уровне формируются длительные и глубинные отклонения. Это касается различных аспектов как «искаженного», так и «поврежденного» развития: аутизм, ядерные психопатии, психогенные патологические формирования личности (краевые психопатии), а также специфические аномалии развития. На этом уровне дается характеристика степени личностной зрелости; проводится психоаналитическая диагностика личности; определяются уровни нарушений (невротический, пограничный, психотический); «условная приятность» симптомов. Изучается общая картина проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эго-синтонное расстройство). Эго-дистонное расстройство – осознаваемое и мешающее человеку; эго-синтонное расстройство – присущее личности и чаще мешающее микросоциальному окружению.

Уровень 6. *Биологические нарушения.* Формулируется гипотеза, согласно которой биологические факторы (отягощенная наследственность, пре-,peri- и постнатальные поражения ЦНС) являются ведущими в происхождении симптоматического поведения. Учитываются физические болезни и их влияние на становление личности. В этих случаях, в основном, оказывается медикаментозная помощь.

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ А. ЛАЗАРУСА

Мультимодальный профиль А. Лазаруса – специфически организованный вариант системного анализа, проводимый по семи направлениям – BASIC-ID (по первым английским буквам: behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs – поведение, аффект, ощущения, представления, когниции, интерперсональные отношения, лекарства и биологические факторы). В практике это необходимо для планирования вариантов психотерапии и для обучения начинающих психологов методам интегративной психотерапии. Использование мультимодального профиля позволяет лучше войти в проблему пациента, он соотносится с многоосевой диагностикой психических расстройств, дает возможность одновременно наметить варианты психотерапевтической работы.

Таблица 12. Мультимодальный профиль пациента с язвенной болезнью (Случай из практики №36).

ПСИХОСОМАТИКА

Параметры	Описание	Возможные варианты психотерапии
Поведение	Застенчивость	Поведенческий анализ, индивидуально проводимый тренинг уверенного поведения, групповая психотерапия
Эмоции	Обида на отца, ненависть к матери	Проработка этих проблем на индивидуальных сеансах психотерапии и краткосрочной групповой психотерапии
Ощущения	Скованность при разговоре с незнакомыми девушками	Вторичные телесные проявления должны устраниться в ходе проводимой психотерапии, приемы телесно-ориентированной психотерапии на отдельных занятиях
Представления	Повторяющийся сон о пережитой им аварии и картины смерти его друга	Проработка данной проблемы в гештальт-экспериментах, клинических ролевых играх
Когниции	Иrrациональная установка генерализации: «всегда надо отомстить за унижение»	Замена иrrациональных установок на рациональные, позитивные
Межличностные отношения	Отец: отрицательное отношение к бывшей жене, вовлечение сына в коалицию Конфликты с сестрой	Семейные сессии с каждым членом семьи
Лекарства	Антимикробные средства, направленные на уничтожение <i>helicobacter pylori</i> ¹	Отмена по мере улучшения физического состояния и при отрицательных лабораторных пробах

¹*helicobacter pylori* — бактерия, вызывающая воспаление и изъязвление стенки желудка. Распространенная биологическая концепция возникновения язвенной болезни.

Многолетнее применение этих схем выявило как преимущества, так и недостатки их практического применения. Основным недостатком является отсутствие духовного уровня (экзистенциальные универсалии), что в случае игнорирования или невнимания к таким, например, феноменам как «свобода, ответственность, выбор», может приводить к ошибкам планирования психотерапии и рецидивам симптомов у пациента.

ЦВЕТОК ПОТЕНЦИАЛОВ В. А. АНАНЬЕВА

Проанализировав данные литературы последних лет, В. А. Ананьев рекомендует использовать следующие уровни для анализа информации, полученной у пациента.

Уровень телесных ощущений и реакций (психофизический). Характер функционирования психики является определяющим, когда речь заходит о телесном или физическом здоровье индивида.

Уровень образов и представлений. Позитивные (ресурсные) образы и представления способствуют формированию здоровых установок личности, тогда как негативные подкрепляют болезненные состояния.

Уровень чувств – способность человека адекватно выражать свои чувства, понимать и безоценочно принимать чувства других.

Уровень самосознания и рефлексии. Сформированная эгоидентичность и целостный позитивный образ Я в значительной степени обеспечивают здоровье личности, тогда как нарушение самосознания приводят к психическим расстройствам.

Социокультуральный уровень: акцент на межличностных системах (семейная система, разнообразные аспекты этнической психологии, дискурсы).

Духовный уровень. Болезнь может рассматриваться как этап духовного становления личности и личностного роста. Учитывается иерархия ценностей личности. С принятием решения, с выбором сопряжена ответственность человека за свою жизнь.

Креативный уровень (творческий аспект здоровья). Способность человека к созидающей активности, стремление к творческому самовыражению в жизни.

Экологический уровень: включает условия проживания, материальные условия, качество жизни.

В качестве иллюстрации приведем пример постановки многомерных гипотез с использованием цветка потенциалов В. А. Ананьева у пациентки с соматоформной дисфункцией.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №38

Юля Г., 24 года, обратилась впервые за помощью к психотерапевту в мае 2004 года после купированного скорой помощью острого симпатоадреналового криза, сопровождаемого чувством страха.

История пациента. Родилась на Украине в семье служащих. Отец занимал крупный пост в своем городе и всегда желал единственной дочери, чтобы она достигла высокого положения в обществе. Девушка росла и развивалась по возрасту. В 10 классе был обнаружен нефроптоз, и девушке запретили заниматься какими-либо видами спорта. Закончила в Киеве институт иностранных языков и осталась там работать в одном из госучреждений. Всегда свысока относилась к представителям русской нации, считая, что они лодыри и тунеядцы. При этом у нее был роман с русским бизнесменом, который закончился разрывом отношений через три месяца. Подходящего ее требованиям украинца она не нашла, и вновь на ее «любовном горизонте» замаячил бизнесмен из Питера Дениса, который осуществлял свой бизнес в совместной российско-украинской компании. По каким-то обстоятельствам их предприятие попало под надзор прокуратуры, и директора и нескольких сотрудников арестовали. Дениса через 3 суток выпустили, и они решили ехать в Питер. Преодолев все трудности, Юля в короткий срок добилась регистрации и устроилась работать в одно из консульств, где быстро продвинулась по службе. На работе

держалась высокомерно, могла сделать грубое замечание коллегам, осуждала несоответствие в одежде, в манерах и т. д. Денису было труднее с работой, но и он вскоре нашел ее, хотя его выбор не соответствовал меркам жены. В течение года проживания в северной столице у Юли не образовалось своего круга. Свободное время заполняла мелкими любовными интрижками, интернет – знакомствами. Ей доставляло удовольствие кружить голову англичанину, с которым познакомилась на приеме в консульстве, атаковать его бесконечными «эсэмсками» и не доводить дело до интимной близости. Несмотря на приличную зарплату, наличие однокомнатной квартиры, любовь своего мужа, испытывала недовольство собой, своими сотрудниками, нравами северной столицы, требованиями родителей вернуться на Украину, и к маю 2005 года нарастающее внутреннее напряжение привело к психосоматическому кризу.

Диагноз: соматоформная вегетативная дисфункция. Нарциссическое расстройство личности. Нефроптоз.

Проведено 7 сеансов, после чего наступил период отпусков и, несмотря на желание продолжить терапию, пациентка после отпуска не пришла

В мае 2006 года она проявилась вновь, сообщив, что до апреля месяца чувствовала себя прилично. Благодаря терапии отношения с мужем стабилизировались. Контакт с англичанином прервался, так как он женился на русской девушке и уехал работать в посольство в одну из стран Латинской Америки. Сильное напряжение на работе, желание делать все «стопудово» привели к перенапряжению нервной системы и к очередной декомпенсации. В марте наблюдался эпизод депрессии после того, как она плохо организовала прием у себя на работе. Принимала транквилизаторы, чтобы уснуть.

Депрессивные состояния в структуре нарциссического расстройства личности (*нарцисстические депрессии*) обычно возникают в непосредственной связи с неудачами, поражениями и провалами в осуществлении собственных планов. Основным содержанием депрессивных переживаний является невозмож-

ность достичь Успеха. В клинической картине нарциссической депрессии присутствуют мрачность, потеря смысла жизни, дисфорические реакции при межличностном общении. Выражено стремление максимально изолировать себя от окружающего мира, не контактировать с друзьями, знакомыми, сослуживцами. С целью избавления от гнетущих переживаний, может быть выражено стремление заставить себя уснуть, для этого пациенты употребляют большие дозы алкоголя, снотворные, транквилизаторы, что создает дополнительную угрозу химической зависимости. Нарцисстическая депрессия обычно кратковременна, длится несколько дней и сменяется приливом новых сил, энергии и выходом на новый виток нарциссической орбиты.

В момент повторного обращения симптоматика была более обширной: кроме кризов, беспокоил трепет в кистях рук («хотелось встрихнуть с себя что-то»), наблюдались боли в коленном суставе, в эмоциональной сфере наблюдалась выраженная тревога. Состояния, описанные предшествующие кризу, описывала как «оцепенение», ширма.

Связь эмоций с телом был заметен и при проведении одного из вариантов арт-анализа. Она обозначила части тела на контуре следующим образом. В процессе диагностики, складывалось впечатление, что симптом (криз) был единственный способ уменьшить сверхконтроль пациентки над жизнью (криз контролировать невозможно!).

В течение 8 сеансов была проведен еще один курс психотерапии, а затем совместно с пациенткой перед отпуском был составлен антикризисный план (табл.13). Несмотря на положительный перенос, мы предполагали, что терапия нарциссической личности сопряжена со срывом контакта и возможной девальвацией работы. В этом ключе эта методика предоставляла возможность пациентке отвечать за дальнейшие контакты.

Таблица 13. Антикризисный план Юли

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ КУЛАКОВ

Потенциал	Описание	Способы коррекции, поиск решения и конкретные шаги по устранению кризиса
Физический=телесный	Психосоматика: боли в коленях, отсутствие аппетита, внутренняя дрожь, оцепенение «ширма», периодический прием транвализаторов	Занятия йогой. Занятия плавание. Душ Шарко, циркулярный душ. Акупунктура
Эмоциональный=аффективный	Обида на себя, стыд, раздражительность, паника, тревога, страх, отчаяние, взрывчатость	10 обид (in general). Релаксация по Джейкобсону. Тренинг самоинструкции. Дыхательная гимнастика.
Мыслительный=когнитивный	Делать все наилучшим образом (перфекционизм), идеализированные представления о браке (муже)	Антиустановки. Сравнение с собой (я тоже не идеальна). Это ужасно — это неприятно, но это можно пережить
Социальный, семейный	Структура: симбиотическая связь с матерью, созависимость, разобщенность, коалиции, нарушения иерархии, закрытые границы, слабая родительская подсистема, периферический отец). Микродинамика: противоречивые требования и коммуникации, двойная связь, высокий контроль) идеология (культ успеха и внешнего благополучия, перфекционизм, недоверие к людям.	Сохранять мораторий. Границы отношений

ПСИХОСОМАТИКА

	Макродинамика (вертикальные стрессоры): семейные дисфункциональные сценарии. Идеология (культ успеха и внешнего благополучия)	
Креативный=творческий	Отсутствие спонтанности	Дрессировка кота, Вышивание, Эссе
Духовный=экзистенциальный	Враждебная картина мира, Отношение к своему будущему с чувством отчаяния, нарушение иерархии ценностей. (Патогенные и конфликтные ценности современной культуры фиксация на внешних атрибуатах); экзистенциальный вакuum	Посещение храма, (Нагорная проповедь Христа). Посещение театров, выставок, музеев
Поведенческий	Зависимость от стресса, эксцентрика, деструктивные стратегии межличностных отношений безразличие к людям	Мотивы, последствия. Обратная связь

Пациентка не пришла на встречу после отпуска, но сообщила, что половину плана она выполнила, в дальнейшем, возможно, сама справиться со своей проблемой. Отношения с мужем хорошие, она благодарна ему за терпение своих непредсказуемых чувств.

Самое главное удалось изменить экзистенциальную позицию пациентки, что было упущено при первичном обращении. Подбор психотерапевтических вмешательств проводился с учетом потребностей пациента.

Катамнез через 2 года. В настоящее время симптоматика отсутствует. Имеются личностные проблемы, которые пациентка

осознает и — в случае срыва может обратиться к психотерапевту в Украине, куда она переехала вместе с мужем.

Таким образом, проведение интегративной психотерапии по предварительно очерченным потенциалам («симптомам — мишеням»), их согласование с пациенткой позволило сделать терапию точной, личностно — ориентированной, краткосрочной.

МНEMONИЧЕСКАЯ ФОРМУЛА ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ Л. СЕЛИГМЕН «DO A CLIENT MAP»

Удобной для запоминания формой концептуализации оказалась мнемоническая формула, предложенная Л. Селигмен, «DO A CLIENT MAP». Каждая буква в начале слова обозначает определенный блок концептуализации. Рассмотрим этот подход.

Diagnosis / диагноз: Может включать многоосевой, психодинамический, клинический или любой другой вариант диагноза в зависимости от принадлежности специалиста к определенной школе диагностики и терапии.

Objectives / цели терапии. Большинство психотерапевтов, практикующих интегративные модели психотерапии, стремятся решить одну или несколько из перечисленных задач:

проводить функциональный поведенческий анализ и концептуализировать проблему;

как можно быстрее убрать или уменьшить симптоматику;

развить понимание пациентом своего расстройства;

изменить его представления о себе и повысить самоуважение;

восстановить эмоциональное равновесие;

выявить у пациента и его семьи защитные факторы и ресурсы к самоизлечению;

усилить копинг-механизмы;

корректировать дезадаптивные формы поведения и иррациональные установки;

расширить временную перспективу;

развить компетентность в социальном функционировании;

принять ответственность за свою жизнь;
восстановить прежний уровень функционирования.

Assessment / необходимая диагностика: параклинические и экспериментально-психологические методы, назначаемые в ходе ведения пациента.

Clinician / характеристика клинициста: стиль работы, терапевтические отношения.

Location / локализация терапии: амбулаторное или стационарное лечение. В некоторых случаях стационарное лечение полезно тем, что может дать возможность оторваться от интенсивного вовлечения в жизнь пациента его семьи.

Intervention / планируемое вмешательство. Специалист обязан оценить вероятность того, что произойдет в случае применения психотерапевтических вмешательств или без них – все останется по-прежнему, улучшится или ухудшится, а также решить, какой курс терапии следует выбрать. Как мы помним, психотерапия психосоматических расстройств, в первую очередь, направлена на помочь в ликвидации нарушений в аффективной, когнитивной, духовной сферах, а не только на устранение симптомов или возврат к предшествующему уровню функционирования.

Emphasis / направленность терапии: директивная, недирективная, симптомо-центрированная, личностно-ориентированная, поведенческая или аффективная ориентация.

Психотерапевт, вне зависимости от того, в каком направлении он работает, обязан информировать пациента об имеющемся у него выборе. Будет ошибкой сказать, например: «Я практикую психоанализ, и, если хотите попробовать, приходите в понедельник».

Nature / природа терапии: индивидуальная, семейная, групповая.

Timing / частота сеансов, продолжительность терапии и т. п.

Психотерапия может быть как терапией с открытыми сроками (ОС), так и ограниченной во времени (OB). Название «терапия с открытыми сроками» используется чаще, чем неограни-

ченная по времени психотерапия», так оно в большей степени отражает временные аспекты психотерапии. Термин «терапия с открытыми сроками» означает, что окончание процесса терапии определяется участниками по ходу процесса лечения, в то время как термин «неограниченная» предполагает, что аспект времени вообще не рассматривается и ограничений не существует. ОВ обычно продолжается от 3 до 25 сессий, ОС – от нескольких месяцев до нескольких лет.

Medication / медикаменты. Формирование (подбор) адекватного фармакологического (фармакотерапевтического) фона. В некоторых случаях степень депрессивного или тревожного расстройства столь велика, что проведение психотерапии невозможно без сопутствующего медикаментозного вмешательства. Подбор медикаментов тщательно согласуется с пациентом. Считается правилом отменять препараты на фоне успешности психотерапии. Следует предостеречь от одной крайности в лечении психосоматического расстройства – делать ставку только на медикаменты.

Adjunct / дополнительные ресурсы, которые могут потребоваться: группа поддержки, супervизия, обучение.

Prognosis / прогноз – это формулирование предположений о поведении в определенных обстоятельствах. Перед специалистом в области психического здоровья всегда встает вопрос: «Насколько терапия одного пациента будет отличаться от лечения другого пациента, какой ее конечный результат?» Например, пациент, страдающий соматоформной вегетативной дисфункцией с сопутствующим расстройством личности, имеет больше шансов приобрести хроническое течение заболевания, чем пациент с аналогичной патологией, но имеющий целостную Я – концепцию (например, в случае Юли Г.).

Оценка эффективности любых психотерапевтических мероприятий, проводимых с психосоматическими пациентами, должна осуществляться уже при постановке диагноза и определение личных целей пациента.

Во время приемного интервью думать о сомнительном про-

гнозе или возможном рецидиве можно в том случае, когда у направленного за психотерапевтической помощью пациента имеются нарушения по всем осям многоосевой классификации (мультиморбидность). Низкая мотивация пациента и семьи к изменениям – также плохой прогностический аспект.

МЕТОДИКА КАРТА УМА (MIND MAPS) Т. БЬЮЗОНА

Идея карты ума принадлежит английскому психологу Т. Бьюзону. По замыслу создателя эта методика должна использовать все способности коры головного мозга в едином комплексе: речь, создание образов, числа, ритм, логику, цветовое и пространственное сознание. Техника выполнения в нашей модификации выглядит следующим образом. Необходимо взять лист бумаги А4 или А3 и набор цветных карандашей, пастели, а также коллекцию «кататимных предметов» (символических предметов, игрушек, кукол и т. д.). После проведения приемного интервью пациента просят сосредоточиться на основной проблеме (ведущем конфликте) и написать его (нарисовать образ) в центре листа. Начинать mind maps нужно всегда с середины листа. Затем просят создать несколько ответвлений от центрального образа. Это могут быть ответвления, напоминающие аксоны, отходящие от нейрона. На концах этих отростков пациент пишет основные идеи, касающиеся рассматриваемой проблемы – «название глав», как называет их Тони Бьюзон.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №39

Вера, 37 лет, руководитель психологической службы в одном из провинциальных городов, находясь на конференции в Санкт-Петербурге, обратилась за психотерапевтической помощью. Ее беспокоили спазмы сосудов верхней конечности (установлен диагноз «Синдром Рейно»), боли в суставах нижних конечностей, начинающиеся признаки профессионального выгорания.

Так как она не могла пребывать более трех дней в северной столице (заявка на краткосрочную терапию), задачей терапевта было максимально быстро провести диагностику и сосредоточить свои усилия на ядерной конфликтной теме или основных конфликтах пациентки. Выбор остановился на методике «карта ума». Ей предлагалось использовать карандаши, цветные мелки, игрушки и кататимные предметы.



Рисунок 26. Диагностика с помощью методики mind map и кататимных предметов

В центре листа (рис. 26) она поместила свою ведущую проблему «Идеализация». С ней было связано жесткое воспитание матери-бухгалтера (книга с правилами), пытавшаяся м во взрослом возрасте ее контролировать. Отец, военный, дома не имел своего слова, ему предназначалась роль «якоря» при матери. В юности в своей личности она отмечает следующие части Я.

«Военный» – это организованная часть (от отца), «королева» – желание одеваться и выглядеть элегантно, «девочка Элли» – идеализирующая ее часть, представлявшая, что стукнет хрустальным башмачком, и все ее желания исполняются. Наконец, тигрица – это часть личности отражает непредсказуемые вспышки гнева и возможность за себя постоять. Выйдя с таким набором в жизнь, она не была счастлива с первым женихом («мишкой»), не вернувшись к ней после армии и в трех последующих браках. От первого и от второго брака имеют по ребенку. Последний муж страдал сахарным диабетом, ушел в ипохондрические переживания, практически не работал («тюфяк» на рисунке). Она не разводится с ним, жалеет. На горизонте появился другой мужчина («упакованный человек-паук»), недавно вышедший из тюрьмы и получивший срок за ДТП. Он был ее пациентом на консультации, в настоящее время успешно занимается бизнесом и предлагает выйти за нее замуж. К нему ее притягивает как «кролика к удаву». Свои части Я на листе ватмана она обозначила следующим образом. «Пистолет» – это мой несносный характер, от которого можно застрелиться. Свисток – стражевая, тревожная часть. Скорпион – творческая часть, склонная к самокопанию. «Девочка Элли» также сохранилась, как и агрессивная часть.

Вот с таким «путеводителем» мы провели с ней трехдневную экскурсию по наиболее значимым отношениям: с миром, самой собой, мужчинами.

Трудно сказать, что помогло ей в этих занятиях, но после первого сеанса проявления синдрома Рейно прекратились (возможно, руки – это доверие к миру, и она стала больше доверять последнему, раскрыв свои переживания). В sms-сообщении, присланной Верой по приезде в свой город, она сообщила, что подала на развод и выходит замуж за своего бизнесмена.

Таким образом, Использование mind maps сокращает количество времени, которое мы обычно тратим на обдумывание и решение проблем, позволяет достичь более высокой степени концентрации и более ясного видения ситуации.

Для того чтобы создать максимально эффективную карту, надо помнить о принципах ее создания.

Начинать построение карты нужно всегда с центра.

Использовать как можно больше символов
и образов.

Выделять ключевые слова и маркировать их
особым шрифтом.

На протяжении всей карты использовать свой
цветовой код.

Выделять ключевые моменты и показывать связи.

В другом случае – это рисунки или выбранные символические предметы.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №40

Евгения Е., 22 года, студентка. Обратилась за психотерапевтической помощью в связи со страхом очередной операции по поводу заболеваний глаз. Родилась в провинциальном городке в семье учителей. Отец, 58 лет, долгое время был директором художественной школы. В конце 1990-х годов его сняли с должности, что вызвало у него сильные переживания и ухудшение здоровья. Всегда ориентировался на престиж и оценку окружения. Мать, 60 лет, работает учителем литературы. Сестра, 34 лет, замужем. Живет с мужем и дочерью за границей.

История пациента. Начиная с детского сада, отмечает проблемы со зрением. В 1-м классе – первая операция, но зрение не улучшается. В 8-м классе диагностировано отторжение склер и дерматит, наблюдалась отслойка сетчатки. Благодаря лазеротерапии удалось остановить процесс, обострения не наблюдалось до 2-го курса университета. В студенческий период зарегистрирована папиллома слизистой оболочки. Рассуждая о своем заболевании, впервые стала задумываться, не лежат ли в основе ее расстройства психологические факторы, так как все обострения возникали в периоды экзаменов и сессий. Тема учебы все-

гда была значима для нее, причем успехи в школе не стимулировались родителями. Наоборот, мать как-то раз заявила: «Ну, когда ты, наконец, получишь двойку». Возможно, она унаследовала от отца сильную зависимость от общественного мнения. Старалась соответствовать стандартам. «Я сама себя делала».

Начиная с 8-го класса школы до 1-го курса университета в ее внутреннем мире «существовал», созданный ее воображением любимый педагог, в которого она была влюблена, но не призналась в своем чувстве своему избраннику. Одна из ее частей «рассудочная женственность» жила в ней до 1-го курса. Внезапно она поняла, что у нее это зависимость от «демонического любовника» (это слово услышала от своей подруги, обучавшейся на психологическом факультете). Состоялся разговор «Онегина» с «Татьяной» (девушке указывали на то, что она похожа на героиню А. С. Пушкина), который прояснил их отношения. Педагог не откликнулся на чувства девушки, а вскоре развелся и «впал в депрессию». Женя жалела его. «Ты же мне нужен», — шептала она по ночам. Эта ситуация сопровождалась «кризисом дерматита», от которого долго не могла избавиться. Предложенный курс иглорефлексотерапии наполовину решил эту проблему. Через месяц постаралась «выкинуть этого человека из своей души». Не успела она освободиться от одной зависимости, как на горизонте появился ее одноклассник, желающий оберегать ее от стрессов. «Я его ненавидела... Я вначале людей ненавижу или отношусь к ним как к белому листу, а потом они начинают для меня что-то значить». С опекающим ее юношем она не видела перспектив отношений, но и не порывала с ним, держала как запасной вариант. «Я знаю, как только произойдет разрыв отношений — это закончится больницей. Может мой организм хочет заболеть, чтобы обо мне заботились?! С ощущением собственной ненужности она обратилась за психотерапевтической помощью.

Хорошо визуализируя свои проблемы, девушка помогала раскрытию причин своего страдания.

Так, она самостоятельно принесла на сеанс рисунок ее суб-

личностей (не без влияния ее подруги студентки-психолога). Анализируя с ней этот рисунок, мы пришли к выводу, что ее «детская (творческая часть) была не оформленной, напоминала «чеширского кота из Алисы в стране чудес», тогда как различные социальные маски и роли заполняли основную часть ее внутреннего метафорического пространства.

— А где же мое Я? — воскликнула она. — Его нет.

— Оно, возможно, есть, но чем-то задавлено», — сделал пробную интерпретацию я. — Попробуй дать ему характеристики.

— Глупа, бездарна, маленькая, ничего не знающая о жизни, ни одного шага не можешь ступить; с тобой скучно, ты лишняя, ненастоящая; мы не хотим тебя видеть; ты такая ранимая, что смешно, ты нам мешаешь, позорный столб.

В ходе этой сессии она осознала, что существует внутренний жесткий контролирующий родитель (жесткий предшественник суперэго в терминах объектных отношений). Она вспомнила, что в школе могла 20 раз переписать задание и про другие случаи соответствия стандартам (нарциссический перфекционизм).

В качестве домашнего задания она получила задание создать карту своей проблемы (методика mind maps Евгении — рис.27). В центре рисунка представлен хрусталик, вокруг него сети. «Сетка — это идеализация, которая накладывается на объект, чтобы он выглядел так, как мне нравится. Я перестаю видеть некрасивое. Для меня ужасно — попасть не в тему, сделать ошибку». Впервые на рисунке проявился образ мадонны. Ранее девушка никогда не задумывалась о духовных, экзистенциальных факторах. Карта помогла еще более тщательно спланировать краткосрочную терапию (такова была ориентация пациентки). Всего было проведено 11 сеансов, после чего девушка вышла на сессию без обострения заболевания, а на каникулах поехала навестить свою сестру с мужем, проживающих в другой стране.

ПСИХОСОМАТИКА

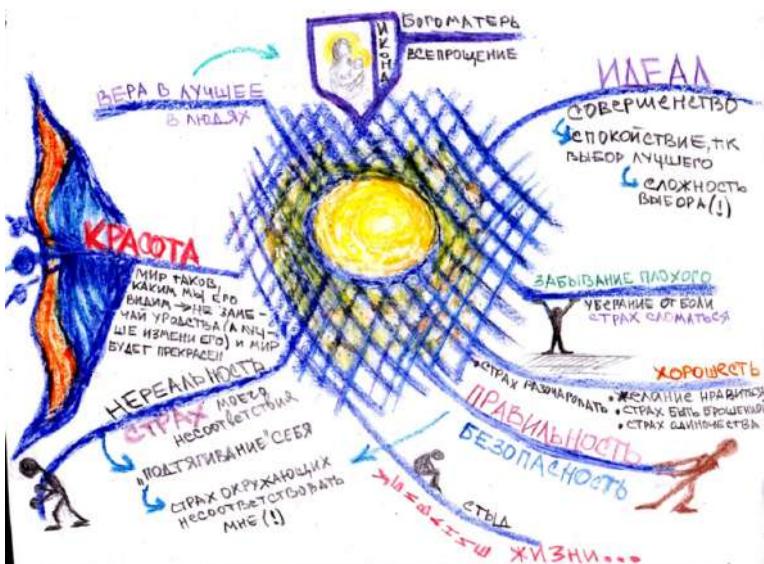


Рисунок 27. Карта мозга Евгении

Катамнез 3 года. Обострений офтальмологического заболевания не наблюдалось.

Приверженцы мультимодального подхода ориентированы на теорию систем: улучшение функционирования на одном уровне приводит к позитивным изменениям на другом. Изолированное использование семейной, когнитивной, телесно-ориентированной психотерапии направлено на один аспект, тогда как в случае интеграции методов идет поиск максимального широкого воздействия.

ГЛАВА 5. АЛГОРИТМ ВКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ИНТЕГРАТИВНУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ

Первые сеансы обычно нацелены на присоединение к пациенту, идентификацию проблемы, преодоление беспомощности, выбор приоритетного направления, обнаружение связи между иррациональным убеждением и эмоцией, выявление ошибок в мышлении, определение зон возможного изменения, включение пациента в интегративный подход.

В начале каждого занятия во время интервью совместными усилиями принимается решение, какой перечень проблем будет затронут. Формированию ответственности за результат способствует «повестка дня» (прием когнитивно-поведенческой психотерапии), благодаря которой удается последовательно прорабатывать психотерапевтические «мишени». «Повестка дня» обычно начинается с короткого обзора опыта пациента, вынесенного с последнего занятия. Она включает обратную связь психотерапевта по поводу домашних заданий. Затем пациента стимулируют высказываться, над какими проблемами он хотел бы работать на занятии (стимуляция ответственности). Иногда психотерапевт сам предлагает темы, которые считает целесообразным включить в «повестку дня».

По окончании занятия иногда суммируются (в некоторых случаях письменно) наиболее важные выводы психотерапевтического сеанса, анализируется эмоциональное состояние пациента. Наконец, совместно с ним определяется характер самостоятельной домашней работы, задачей которой служит закрепление знаний или умений, полученных на занятии.

ПРИВОДИМ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ДОМАШНИХ ЗАДАНИЙ

Список удовольствий, которые может получать пациент независимо от другого человека.

Тренировка в альтернативных видах поведения, закрепление и воспроизведение новых способов поведения в реальной жизненной среде.

Библиотерапия: подбор художественной и научно-популярной литературы по проблеме пациента. Так пациентке, страдавшей язвенной болезнью от бесчувствия мужа (у которого, по-видимому, было нарциссическое расстройство личности), мы рекомендовали прочитать детектив А. Марининой «Замена объекта». В этом романе в аналогичной ситуации жена известного певца заняла другую экзистенциальную позицию. В другом случае женщине, прожившей в браке 15 лет и страдавшей от ревности в связи с изменой мужа, было рекомендовано изучение произведения А. Моруа «Письма к незнакомке». Пациентка в ходе чтения осознала, что, имея специальность врача и не работая уже 10 лет, она совсем не развивалась и стала скучной для мужа, что позволило взять ей и личную ответственность за сложившуюся ситуацию, не делая скоропалительных выводов в аффекте. Пациент Б. с зависимостью от «демонической любовницы», прочитав книгу Дмитрия Ковпака «Олимпийское спокойствие», воскликнул: «Что я раньше не читал таких книг, чтобы оставаться спокойным!».

Для выработки мотивации к психотерапии и согласия пациента с диагнозом полезными могут оказаться книги Ирины Млодик про нарциссических и пограничных личностей. Эстернализирующий эффект оказывает и изучение афоризмов и анекдотов.

Заполнение опросников. Экспериментально-психологические методики дают дополнительный балл для подтверждения гипотез и мотивировки на терапию.

Обзор основных проблем, обсуждавшихся на занятии.

Прослушивание аудиозаписи занятия.

Практика приемов совладания (копинг-поведения), релаксации. Могут использоваться медитативно-релаксационные сеансы известных психотерапевтов, доступные on-line.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №41

Ниже приведен список приемов, способствующих копинг-поведению, которые составлены *Русланом, 14 лет* (см. Случай №6).

Основной проблемой юноши был слабый контроль над страхом. На одном из занятий он вместе с психотерапевтом составил следующую инструкцию с лозунгом «Я тренируюсь каждый день!».

Инструкция по работе с отрицательными эмоциями (ненавистью).

Будь готов к неприятностям.

Используй неприятности как сигнал, что пришло время для изменений.

Говори себе только хорошие слова и используй инструкции.

Подготовка к неприятностям.

Отвергай беспомощность. Работай над собой, следя плану.

Сохраняй позитивную установку, помни, что страх иногда нужен и полезен!

Некоторые самоутверждения:
перестань беспокоиться об этом;
страх не исправит положения;
это неприятно, но этого нельзя исправить;

я чувствую напряжение — это естественно;
что я могу предпринять взамен страха;
нет причин бросать заниматься самоконтролем, это
минутная слабость — думать, что у меня ничего
не получится;
позволю себе просто глубоко дышать
и расслабиться.

Конфронтация.

При столкновении с неприятностями и событиями, которые развиваются не по моему плану, используй упражнения и инструкции по преодолению слабостей:

это хорошо, что я чувствую напряжение;
это дает мне знать, что мне нужно проверить себя
на прочность;
я буду учиться справляться со страхом;
я останавливаю неприятные мысли, говорю им:
«Стоп!», представляю взамен приятную картину;
когда меня начинает трясти, я вспоминаю
расслабление, вызываю в памяти приятный
образ, вспоминаю инструкции;
я не хочу думать о своем страхе, я буду
представлять приятную картину; сейчас я
сделаю перерыв, а потом решу, как поступить
в этой ситуации;
я не пытаюсь убрать страх совсем, я просто делаю
его переносимым для себя и других;
я знаю, что мой страх мгновенно возникает, но я
могу держать его под контролем.

Завершение ситуации.

Ну, вот я и справился со своими чувствами! Я
молодец! Ничего страшного не произошло!
Надо себя чем-то побаловать!

Инструкции, позволяющие вырабатывать альтернативы неуверенному поведению, юноша частично составил сам дома и на занятии вместе с

После определения «мишеней» психотерапии наиболее подходящие приемы для работы с пациентами подбираются творчески. Это зависит от опыта психотерапевта. Для молодых, начинающих психологов мы предлагаем использовать «решетку Лазаруса» (действует как лоцманская проводка при проходе корабля в опасных местах) или подбирать приемы, которые в большей степени влияют на один из уровней личности подростка (эмоциональный, семейный, когнитивный, духовный и т. д.).

Приемы интегративной психотерапии основаны на изменении неадекватных стереотипов поведения, часто сопровождаемых тревогой, агрессией или депрессией, представлений, которыми личность реагирует на внешние события.

Уточнение запроса. Как создать мотивацию **«Что делать?»**.

Потребность в любом виде лечения и отсутствие рецидивов в дальнейшем будет зависеть от системной оценки проблем в различных областях: в семье, в школе, в межличностном общении, в индивидуальном психологическом функционировании, в мотивации на лечение. Повысить мотивацию пациента на изменение может неподдельный интерес к его личности, приведение примеров из других консультируемых случаев. Дополнительным баллом служит обсуждение с ним данных психологического тестирования.

Планирование лечебных мероприятий не должно ограничиваться лишь узким кругом психотерапевтических и психосоциальных воздействий, чаще всего следует рассматривать всю палитру возможных медицинских, психотерапевтических и психосоциальных вмешательств, предполагая возможность их одновременного использования.

Специальное планирование психотерапии охватывает следующие вопросы.

Основное содержание: в чем заключается смысловой акцент

психотерапии?

Методический подход: как могут быть достигнуты поставленные цели, какие психотерапевтические методы наиболее подходят для этого?

Организационная форма проведения и интенсивность: каков должен быть персональный состав при проведении психотерапевтических занятий?

Согласованность компонентов психотерапии: как могут сочетаться между собой выбранные методы и места их проведения?

Цель психотерапевта, работающего по краткосрочным интегративным моделям психотерапии, – сделать пациента активным участником процесса на всех его этапах. Одно из фундаментальных условий здесь – установление партнерских отношений между пациентом и психотерапевтом. Такое сотрудничество в нашем случае происходит в форме терапевтического договора, в котором психотерапевт и пациент согласились вместе работать над устранением симптомов или коррекцией его поведения.

Для тех пациентов, у которых при обращении обнаружены развернутые признаки эмоциональных и поведенческих расстройств, краткосрочная психотерапия в любой форме не поможет быстро решить проблемы, и служит лишь этапом интегративного вмешательства. Учитывая медленный темп продвижения пациентов к осознанию своих трудностей из-за наличия клинической симптоматики и психологических защит, следует представлять им возможность встречаться с психотерапевтом по мере необходимости, организовывать группу поддержки, рекомендовать долгосрочную индивидуальную или семейную психотерапию.

С системной точки зрения изменение является не единственным решением предъявляемой проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос психотерапии в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет. Дискуссия переносится с обсуждения того, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него из-

бавиться, на то, как без него будет функционировать пациент, его семья, и какую цену придется заплатить микросоциальному окружению за его исчезновение.

Каждый психотерапевт, работающий в интегративной модели, использует свои излюбленные приемы и техники.

Остановимся на наиболее распространенных методах и приемах, хорошо зарекомендовавших себя в нашей практике у пациентов с психосоматическими расстройствами.

ГЛАВА 6. МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

*Микроскопический полип
Построил драгоценный камень
И окруженный им, погиб...
У них, полипов, так веками.
Не строй себя как тот коралл. –
Его скелет красив и прочен,
Но замысел – для нас порочен,
Ведь ты не риф и не гора*
Сергей Семенов

(ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ИНДИВИДУАЛЬНО-РАСКРЫВАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ)

Несмотря на наметившуюся эклектичность, психодинамический подход по-прежнему составляет основу терапии психосоматических расстройств. Одним из направлений развития психоанализа стала современная теория объектных отношений, которая рассматривает развитие личности через процессы интернализации.

Хотя психоанализ способен прояснить некоторые аспекты происхождения психосоматических симптомов, это не означает, что любому психосоматическому пациенту показана в той или иной форме психоаналитическая терапия. В рамках вышеупомянутых аспектов развития психосоматической личности важен вопрос, в какой мере в данном конкретном случае симптоматика обусловлена конфликтом и в какой мере первичные конфликты доступны психотерапевтическому вмешательству.

Психодинамическая психотерапия рассматривает психопа-

тологию как обусловленную сознательными и бессознательными конфликтами. Следовательно, внимание сосредотачивается на том, чтобы помочь пациенту выявить те скрытые факторы, которые могут вносить вклад в усугубление его проблем.

Если принимается решение о проведении краткосрочной психодинамической терапии или более длительного психоаналитического лечения, то нельзя забывать, что психосоматические симптомы возникают только в том случае, если интрапсихическое напряжение достигло определенного порога, то есть является достаточно интенсивным и продолжительным. Психосоматические симптомы можно рассматривать как «симптомы-отдушины», то есть как симптомы, которые могут исчезать или становиться менее выраженными, если терапевту удается настолько уменьшить провоцирующее их напряжение, что они снова оказываются ниже порогового уровня. Можно попытаться заставить пациента выразить свои наиболее важные чувства, вызванные фruстрацией. Многие психосоматические больные не знают или не хотят знать, что они травмированы, поскольку их защитные стратегии осуществляются как раз под знаком вытеснения неприятных чувств. Существуют психосоматические пациенты, которые могут признаться лишь в том, что они раздражены самим фактом заболевания, особенно потому, что прежде они почти никогда не болели. Если уже в ходе первого интервью удается мобилизовать соответствующие чувства фruстрации, то тогда есть вероятность того, что психосоматическая симптоматика быстро исчезнет. Необходимо иметь в виду, что не каждый психосоматический больной способен вынести ослабление нарциссической самозащиты. Так, Наталья Н. (Учебный пример №14) отказалась работать на глубинном уровне, подсчитав как на уроке математики, что она сможет пройти лишь 10 сеансов, как будто решить 10 задач.

Следует подчеркнуть, что для большинства психосоматических больных нет ничего хуже, чем признаться, что они тоже могут бояться в определенных ситуациях (а не только испытывать страх перед болезнью). Ибо страх означает слабость и трусость.

Кто боится, должен стыдиться этого или чувствовать себя виновным. Предаваться своим страхам – самое неприятное для них переживание. Фактически пережитый в сознании страх означает у психосоматических пациентов активизацию всех подавленных и вытесненных чувств тревоги, а также, прежде всего, крайнюю нарциссическую обиду. Поэтому слишком активно пытаться мобилизовать вытесненные чувства уже в первые часы или недели лечения будет серьезной ошибкой.

Что касается предложенных психоанализом способов избавления взрослых пациентов от «детских» проблем, то рецепт психоаналитического лечения, в сущности, был сформулирован еще в древней культуре устами римского философа Сенеки: «В душе есть нечто слишком глубоко запрятанное; оно-то и освобождается, будучи произнесенным». В этой схеме можно увидеть аналогию психодинамической триады «вытеснение–осознавание–катарсис».

Наряду с традиционными приемами психодинамической терапии, такие как интерпретация, свободные ассоциации, в нашей практике зарекомендовали себя и ряд других методик.

Любой методический вариант психодинамической психотерапии одновременно является терапией отношений и вынужденно терапией конфликтов.

ФОРМУЛИРОВАНИЕ ТЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕТОДОМ ИЗУЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ТЕМЫ КОНФЛИКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ (CCRT)

При формулировании тем взаимоотношений фокус внимания психотерапевта не ограничен пониманием контекста симптомов и связанных с ним страданий; терапевт, как правило, сосредоточен на нахождении паттерна взаимоотношений пациента с окружающими. Применительно к психотерапевтической сессии вариант такого подхода можно проиллюстрировать методом CCRT. Данный метод преодолевает недостатки других клиничес-

ских методов, применяемых для формулирования центральной темы взаимоотношений в следующих сферах.

1. Единица анализа и оценки может быть ограничена «эпизодами взаимоотношений» в рамках сессии и не распространяться на всю сессию полностью. Эпизоды взаимоотношений – это нарративы о взаимодействии пациента с другими людьми, которые он воспроизводит по ходу сессий. Использование таких эпизодов упрощает задачу выявления центральной темы конфликтных отношений.

2. Центральная тема конфликтных отношений выражается в стандартной форме как некая фраза, содержащая два главных компонента: изложения желания, потребности или намерения пациента, например: «Я хочу понравиться парню», и изложения последствий попытки удовлетворить это желание по отношению к этому человеку: «Но я испытываю чувство вины, что не смогла понравиться» (последствия для Эго) или «Но меня отвергают» (последствия со стороны «Другого»). В терминах З. Фрейда центральная тема конфликтных отношений может интерпретироваться как восприятие пациентом определенных опасных ситуаций, возникающих в отношении с людьми. Опасные ситуации, как правило, связаны с ожидаемым или пережитым в прошлом состоянием беспомощности и, следовательно, с переживанием тревоги.

3. Задача психотерапевта при формулировании ССРТ заметно упрощается благодаря нахождению компонентов, преобладающих по частоте встречаемости. После повторного прочтения протокола сессии, где описаны эпизоды взаимоотношений, психотерапевт сможет выделить тему, которая «звучит» наиболее часто.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №42

Иван, 19 лет, студент 2 курса медицинского института, направлен на консультацию к психотерапевту по поводу повышения артериального давления и ожирения 2 степени.

В ходе повторной диагностической встречи была использована методика CCRT.

Таблица 14. Бланк для формулирования центральной темы конфликтных отношений Ивана

	Желание (Я репрезентация) «Я хочу от объекта»	Реакция объекта (объект-репрезентация)	Реакция субъекта (аффективное состояние)	ЭВ (объектное отношение)
	А. (в общем) Человечности. (в частности) Понимания. Поддержки от матери	Отвержение	Обида	Идеализируемый перенос
	2. (в частности) бескорыстной дружбы	Отвержение	Мстительные чувства	Идеализируемый перенос
	Б. мне все можно по отношению к женщине. Хочу быть особым	Однажды она мне сказала, что хочет порвать со мною	Я был вне себя от ярости. Какое-то затмение нашло на меня. Все как в фильме было.	Эксплуатация объекта. Еда как заместительный объект
	Я ее люблю, но иногда делаю ей очень больно	Угроза разрыва	Потом испытываю вину	Амбивалентность и зависимость
	Внешняя оценка успехов	Мои уроки оценивались как «ноль»	У меня этот ноль так и стоит перед глазами	Долженствование

Мать отказалась участвовать в семейной психотерапии, сславшись на то, что она главный кормилец семьи. Дальнейшая работа шла на принятие пациента, отреагирование его нарциссических обид, поиск ресурсов и стимуляция процессов сепарации.

ции – индивидуации. Через 8 сеансов индивидуальной раскрывающей терапии вспышки агрессии к окружающим сократились, замечена относительная эмоциональная стабильность, обиду и вину к матери пациент не отмечает, нормализовалось артериальное давление, прослеживается позитивное отношение к себе.

Как видно из клинического примера CCRT позволяет в краткие сроки кристаллизовать внутренний конфликт и вынести его в психотерапевтическое пространство. Таким образом, CCRT является своего рода катализатором психотерапевтического процесса, что немаловажно в рамках краткосрочной психотерапии.

Не будет большой неожиданностью для специалиста, если он обнаружит определенные параллели между CCRT и «семейными темами» из нарративного подхода семейной терапии.

Исповедь пациента является необходимым элементом психотерапии, если под ней понимается процесс более глубокой перестройки личности, чем устранение отдельных симптомов. Она усиливает позитивный психотерапевтический контакт и возникшую у пациента потребность открыться перед психотерапевтом.

Исповедь нечто большое, чем просто анамнез, т. к. предполагает не только правдивую информацию о самых интимных подробностях жизни и мировоззрении пациента, но и его отношениях, ценностных ориентациях, установках, самооценке. Конечно, рассказ пациента о себе, своих проблемах может перерасти в исповедь, но в большинстве случаев так не происходит, по крайней мере, при первой встрече.

Слово «исповедь» в переводе на русский язык означает «признание», поэтому не случайно она требует полного доверия пациента к психотерапевту, уверенности в том, что сообщаемые сведения не будут использованы ему во вред. Исповедь перед духовником предполагает веру в Бога и освобождение от греха через признание и покаяние перед священником как представителем церкви и Бога.

Признание перед психотерапевтом основано на осознании пациентом возможности освобождения от эмоционального на-

пряжения, тревог и страхов через раскрытие, вербализацию глубоко скрытых переживаний, личных проблем, психических комплексов. В отличие от пассивно-стандартного ритуала в отпущении грехов, безусловно, приносящего душевное облегчение верующему, исповедь специалисту по психическому здоровью в большинстве случаев должна трансформироваться в активный диалог с пациентом.

Формы исповеди могут быть разными: в виде беседы в кабинете; описания жизни, кратких автобиографических записок или писем пациента психотерапевту; магнитофонных записей, предназначенных исключительно для прослушивания психотерапевтом. Проведение беседы в форме углубленного изучения жизненных обстоятельств, особенно травмирующих пациента, также приводит к эффекту исповеди. Подобный эффект наблюдается практически всегда, когда между пациентом и психотерапевтом возникла атмосфера доверия.

НАПИСАНИЕ ПСИХОСИНТЕТИЧЕСКОЙ АВТОБИОГРАФИИ

Цель написания автобиографии. Главная цель заключается в выявлении того, как повлияло и до сих пор влияет наше прошлое на настоящее. Это помогает выйти за рамки сложившегося под влиянием обстоятельств стереотипа поведения, который уже не отвечает вашим потребностям. Здесь первостепенное значение имеет простое перечисление событий ради них самих, а не «автобиография» внутренних процессов, изучение тех условий, ситуаций и людей, которые оказали влияние на нашу жизнь, а также путей нашего взаимодействия с ними. Для представления информации специалистам, которые будут работать с вашей автобиографией, необходимо кратко указать такие чисто формальные данные, как дата и место рождения, национальность, социально-экономический статус семьи, где вы воспитывались, число братьев и сестер, ваше место в семье, социальное окружение и естественные условия, в которых вы проживали.

Попытайтесь указать влияние факторов на ваше развитие. Включая в автобиографию чисто внешние данные, укажите, какое воздействие, по вашему мнению, они оказали на вас как на личность.

Манера изложения. Обычно пути изложения автобиографии варьируют от человека к человеку. Некоторые люди используют хронологический подход, рассматривая год за годом. Другие начинают с тех событий, которые кажутся им наиболее заслуживающими внимания. Каждый из этих подходов может принести пользу и оказаться эффективным. Иногда наилучший результат приносит их сочетание, то есть сначала описание основных моментов в хронологическом порядке, а затем их рассмотрение в зависимости от желания. Хронологический перечень служит здесь в качестве справочного указателя, не дающего пропустить что-то главное. Желательно, чтобы запись велась в свободной и наиболее простой форме, даже если это повлечет за собой нарушение грамматических правил и повлияет на стиль. Самое важное – отразить поток мыслей, а не форму этого отражения. Запись должна как бы фиксировать «поток сознания», где будут выделены какие-то главные моменты и темы, а не являться отражением попытки классифицировать данные по какой-то предопределенной схеме.

Попытайтесь описать свою жизнь честно и беспристрастно, не выбрасывая ничего, что, по вашему мнению, может представить вас в невыгодном свете. Необходимо отметить все, чего вы стыдитесь, а также указать ваши слабые места и болезненные точки. Попытка дать наиболее честное и объективное описание поможет вам вжиться в него и использовать его самым конструктивным образом.

Для выполнения упражнения необходимо:

знать общие сведения о внешних условиях развития;

описать главные события биографии, повлиявшие в дальнейшем на жизнь пациента (честно и открыто);

описать, каким пациент был на разных этапах своей жизни (можно прибегнуть к рисункам): каким он видел себя сам, какие мысли у него появлялись; как изменял себя, чтобы добиться признания окружающих или защититься от них; как решал задачи половой принадлежности; как почувствовал себя мужчиной или женщиной; что ему нравится в своем поле; что нравилось или не нравилось в себе, если бы он был представителем другого пола;

определить кризисы роста, испытания и конфликты, пережитые подростком; какие уроки он из них извлек;

описать самое раннее воспоминание, его значение в биографии;

рассказать сны, увиденные в детстве, их значение в жизни;

описать события, оставившие болезненный след в жизни (например, болезнь, катастрофа, смерть близких, развод родителей, насилие, половые излишества и т. д.); как эти события повлияли на пациента;

определить, с каким архетипом ассоциируется жизнь пациента; придумать миф или сказку о своей жизни;

записать их и проиллюстрировать, изобразив основных персонажей в форме архетипов;

установить, принимает ли пациент свой жизненный опыт;

определить, в чем цель и смысл его жизни.

АРТ-АНАЛИЗИ АРТ-ТЕРАПИЯ

В ситуации с психосоматическими пациентами, как показывает опыт, свободные ассоциации, интерпретации примитивных форм психологической защиты у них не всегда дают позитивного эффекта, а, иногда, ухудшают состояние.

Одним из альтернативных методов работы является *арт-терапия*. Методики арт-терапии базируются на том, что внутреннее Я человека отражается в зрительных образах, когда он рисует, не задумываясь о своих произведениях, т. е. спонтанно. Выражение своих переживаний на языке образов и символов является наиболее адекватным для пациентов с психологическими нарушениями, сформированными в самых ранних довербальных периодах индивидуального развития. Когда неосознаваемые психические переживания невозможno объяснить словами, их можно выразить с помощью зрительных образов, минуя цензуру сознания. При этом эмоциональная безопасность обеспечивается тем, что процесс рисования создает условия для социально приемлемого выражения негативных и агрессивных эмоций (периодически переполняющих этих пациентов) посредством механизмов так называемого *графического отреагирования*. Техника свободных ассоциаций с помощью визуализации является идеальным инструментом для получения материала о вытесненном или приобретенном на очень ранних стадиях развития опыте, так же как и механизм переноса является прекрасным способом адаптивной реконструкции такого опыта. Она дает возможность получить от пациента первичный символический материал в достаточно безопасной форме.

В этом случае, ее лучше называть *арт-анализом*, так как она представляет собой синтез психоаналитических и арт-терапевтических техник диагностики и психотерапии.

В отличие от аналитической техники свободных ассоциаций, *арт-анализ* позволяет проводить методику свободных ассоциаций без разделения образных представлений вербальными интерпретациями. В результате оказывается возможным,

минуя когнитивный контроль (что особенно важно для психосоматических пациентов), «выйти» на фокусную проблему пациента (ядерную конфликтную тему отношений), удержать его в рамках этой проблемы и безопасно выявить все возникающие ассоциации, а не только те, которые пациент решил вербализовать для психотерапевта. В процессе арт-анализа структурируется изначально диффузное представление пациента о проблеме и собственном Я, его выхолощенные когнитивные схемы обогащаются более эмоционально окрашенными символами. Проработка травматических ситуаций происходит одновременно с включением механизмов ранних объектных отношений, а эмоциональное отреагирование – в безопасных границах переноса на объект рисования, а не на психотерапевта. Таким образом, удается осуществить большую часть этапов аналитической процедуры, избегая опасности активизировать незрелые механизмы психологической защиты. По сравнению с другими арт-терапевтическими техниками, арт-анализ позволяет более точно и менее спекулятивно идентифицировать и невротические проблемы, затрачивая при этом минимальное время на проведение психотерапии.

В процессе арт-анализа возникают ситуации психологического сопротивления проводимой терапии, которые проявляются следующим образом:

в отказе рисовать потому, что пациент:

не умеет рисовать;

не знает, что рисовать;

устал;

не понимает, зачем все это надо;

в нарочито стереотипном повторении сюжета рисунка;

в рисовании «штампов» (например, элементов плакатов и рекламы);

в циркуляции сюжетов нескольких рисунков.

В такой ситуации пациенту необходимо объяснить, что качество рисунка не имеет значения, и даже лучше то, что он не умеет хорошо рисовать, так как это способствует более чет-

кому изображению проблемы (еще лучше сделать это с самого начала, чтобы по возможности избежать ситуации отказа, мотивированного неумением рисовать). Можно также предложить пациенту сделать рисунок на тему любой свободной ассоциации, которая приходит ему в голову, либо уточнить некоторые детали предыдущего рисунка, либо нарисовать, что он хочет в данный момент, или изобразить, что происходит с ним сейчас. Необходимым условием является невмешательство специалиста в процесс рисования, если пациент продолжает уточнять свои рисунки сам.

С содержательной или, лучше сказать, с психодинамической стороны можно выделить следующие этапы арт-аналитической процедуры:

- экстернализация интровертированного объекта;
- перенос на «экстернализированный» объект;
- серия переносов в манере свободных ассоциаций на последующие экстернализируемые объекты;
- неосознанная проработка динамики анализируемой ситуации;
- достижение эго-дистонности пациента во время терапии: появление терапевтического расщепления между наблюдающей и ощущающей частями «Я», проявляющееся в отношениях между индивидуумом и ситуацией на рисунке (появление рисунков с социальной динамикой);
- изменение эмоционального отношения к значимым символическим объектам.

В работе с детьми и подростками арт-анализ облегчает диагностику проблем у тех пациентов, обладающих слабой вербализацией. В российской психотерапевтической практике эту методику нередко именовали как проективный рисунок, используемый в «фазе ориентации» групповой психотерапии

Остановимся на наиболее часто используемых вариантах арт-анализа и его сочетания с другими методиками. Пациенту предлагается нарисовать или создать композицию, коллаж на следующие темы.

Моя болезнь. Здесь задача – постараться связать симптом с объектными отношениями, определить взаимоотношения кон-

фликтующих частей.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №43

Так, Федор, 12 лет, страдавший мигренозными головными болями, выбрал в качестве своего симптома мартышку, схватившуюся за голову (рис. 28). Он мог быть спонтанным только дома, тогда как в школе был сдержан, не отвечал обидчикам, блокировал свою агрессию (маска дьявола) «совестливой частью» (Кен в черном костюме), которая заставляла его потом после школы «хвататься за голову». Посещение тренинга уверенного поведения помогло решить проблему.

Катамнез 3 года. Жалоб нет. Поступил в колледж.



Рисунок 28.Головная боль

Я как сообщество. Здесь могут быть разные варианты. Сле-

дует обращать внимание на форму, границы между частями личности, пояснения пациента. Можно начать проводить диагностические гипотезы в отношении типа организации характера, уровня организации личности. Так Станислав, будучи перфекционистом в жизни, отразил эту черту и в своем рисунке. Другая пациентка, ненавидевшая свою работу, нарисовала двух «сиамских близнецов», отражающих ее страх.

В процессе последующей психотерапии удалось выйти, во-первых, на источник страха, связанный с идеализацией многих представлений, а, во-вторых, мы столкнулись с базовым недоверием к миру (первая базовая мотивация по А. Лэнгле). Это заставило пересматривать диагноз «невроза», с которым прислали пациентку на психотерапию.

У детей и подростков имеет значение и цвет.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №44

Так, у Ивана, 16 лет, страдавшего невротической икотой и мизофобией (страхом заражения), его «боязная часть» была фиолетового цвета (см. рис. 29). Как мы знаем, фиолетовый цвет нередко связан с сексуальностью. Через арт-анализ удалось выйти на блокировку его сексуальности и восприятие ее как «грязной», противной в ходе начавшегося пубертата. В дальнейших сеансах вскрылись нарциссические обиды пациента, когда он в течение года обучался в ПТУ. Его симптомы носили регрессионный характер, символизируя страх повзросления, желание остаться ребенком, в то время как его ровесники уже «тусовались с девушками».

Полугодичный курс психотерапии способствовал положительной трансформации.

Катамнез 3 года. Учится на военного психолога.

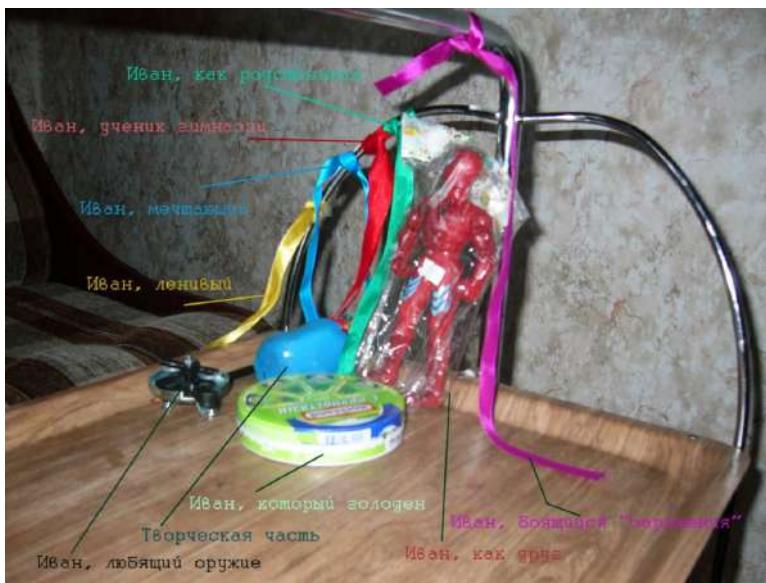


Рисунок 29. Я как сообщество

Моя часто возникающая эмоция. Дать три характеристики (ассоциации, метафоры). Часто сочетается с экстернализирующей техникой, когда пациенту предлагается от первого лица озвучить его компоненты. Например, «Я – ненависть Георгия, я поселилась у него в 12 лет... Я нестерпимая, холодная, несгибаемая». Далее облегчается выход на объектные отношения.

Какое я дерево. Тест «Три дерева» (для детей – см. Учебный пример №8). Часто пациенты с «нarcиссическим дефицитом» изображают сухое дерево, дерево без зеленых побегов. Могут появиться дополнительно внутренние объекты. Так на рисунке Артура, 19 лет, возникла могила живого отца, которому он не мог простить обиды..

Работа с открытками и фотографиями (у каждого психотерапевта собственная коллекция, можно использовать метафорические карты).

Вариант 1: выбрать из коллекции открыток, фотографий, символизирующих разные аспекты личностных проявления, положительные и отрицательные проявления личности, либо любимые и нелюбимые роли.

Вариант 2: выбрать три-четыре фотографии, которые подходят личности и те, которые не нравятся.

Вариант 3: создать композицию и озвучить субличности (экстернализирующее диагностическое интервью с использованием визуального образа).

Вариант 4 (ресурсный): выбрать несколько открыток или фотографий, отражающих состояние комфорта или желание пациента.

Работа с проекцией чувств и состояний на контуре своего тела (можно обозначить их в качестве метафор. Например, вихрь гнева в области шеи). Так на рис. 30 Юля Г. отметила множество эмоциональных проблем, отразившихся на телесном уровне.

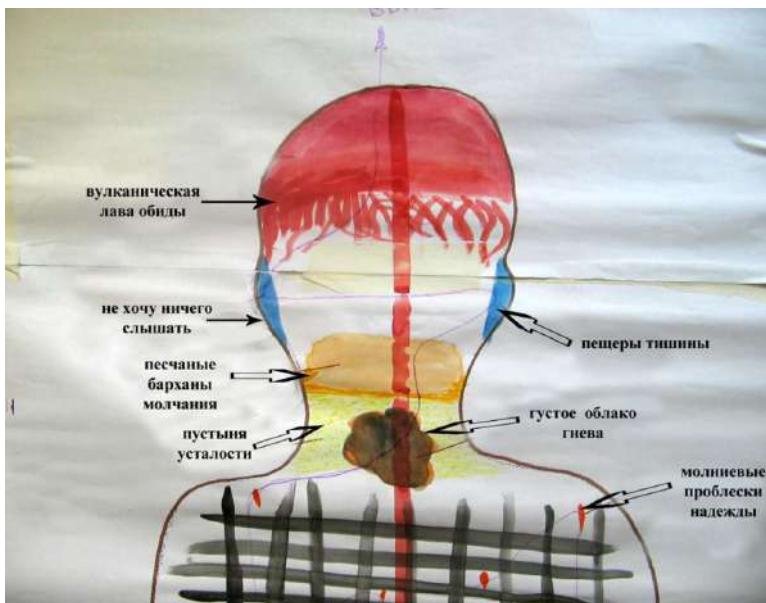


Рисунок 30. Проекция эмоций на тело Юли

Рассмотрим клиническую иллюстрацию, где арт-анализ оказал существенную помощь не только в диагностике, но и в терапии пациентки с психосоматическим расстройством.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №45

Так во время разогревающего арт-аналитического упражнения женщина нарисовала свою изоляцию как «обезьянку Шиву».

При расспросе удалось установить, что она живет у нее внутри, в грудной клетке (протагонист страдает астматическим бронхитом). В ходе последующей психотерапии выявились ее тенденции к перфекционизму и сверхконтролю над мужем и подростком-сыном. В результате родственники и друзья стали отходить от нее.

В одном из эпизодов про Шиву боги послали карлика, который, возможно, не собирался ему вредить. Шива разорвал карлика пополам и станцевал на обезображенном трупе врага танец всепобеждающего добра. Обратная связь от психотерапевта, о чувствах, которые вызывает навязчивая забота пациентки, позволила ей задуматься о той роли, которая не соответствует уже новому витку развития отношений в их семье.

В следующем примере показано сочетание артанизма и монодрамы.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №46

Так, *Марина*, 29 лет, обратившаяся за психотерапевтической помощью в связи психогенными поносами, на первой встрече сообщила следующую анамнестическую информацию. Замужем второй раз. Мужу 39 лет. Несколько лет не могла зачать ребенка, затем после лечения у гинеколога-эндокринолога возникла беременность, завершившаяся родами в срок. У ребенка при рождении был обнаружен порок сердца, успешно прооперированный. Муж, будучи занят на работе, мало уделял ей внимания, снизилась его сексуальная активность. Возник внутренний конфликт между желанием развестись и не расставаться с ребенком («муж ребенка, естественно, не отдаст: слишком тяжело он достался»). На второй встрече пациентке предложили раскрыть свой внутренний мир через методику «Я как сообщество», используя различные игрушки и символические предметы (см. рис.31).



Рисунок 31. «Разлохмаченная обида»

Она отметила, что у нее есть маска грусти, домашняя часть, куклу с распущенными волосами она обозначила как «разлохмаченная обида». Затем остановилась на матрешке и сообщила, что у нее есть желание «большую часть впихнуть в малую», причем одна часть находится в будущем. Конфликт с мужем «раскрутил» ее воспоминания об одном парне, который остался в ее родном городе (она его держала как «запасной вариант», интимных отношений с ним не было). Используя технику как будто, мы в монодраме воспроизвели с ней встречу с этим мужчиной (которого играл психотерапевт), и с «разлохмаченной обидой». Возник инсайт в действии, который привел к осознанию, что она идеализировала брачные отношения и требовала от мужа невозможного.

КОЛЛАЖ И АРТАНАЛИЗ

Коллаж – это нарративная фигура. Это рассказ, запечатленный в изобразительном материале. Каждый элемент коллажа это слово или фраза, коллаж целиком это текст, рассказанный с помощью изобразительных цитат.

Мы используем выбор из разнообразного насыщенного фона отдельных элементов. Такие фигуры могут быть из коллекции открыток и фотографий. Если эти «фигуры» выделены и затем отобраны из первоначального насыщенного фона и помещены в группе (в композиции) в новом пространстве, они составляют новую фигуру. Обсуждая с пациентом расположения рисунков, их значение, можно оценить его эгограмму, выйти на «ядерную конфликтную тему» или найти ресурсы для решения проблемы.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №47

Федор, 26 лет, был направлен к психотерапевту 2 года назад после обследования по поводу язвенной болезни желудка, которую не обнаружили. Врач-терапевт посчитала, что у молодого человека функциональное расстройство. Ведущей конфликтной темой отношений на первом обращении была обида на мать, которая никогда не поддерживала сына, не верила в его способности. Отслужив в армии, парень успешно работал в совместном бизнесе с отцом. Пациент не был мотивирован на долгосрочную терапию, и прервал ее после трех встреч. Как сообщил пациент, причиной настоящего обращения была зависимость от женщины, сопровождавшаяся выраженным психовегетативным синдромом. Молодой человек заменял в течение 6 месяцев ушедшего от нее мужа, старался быть отцом ее 8-месячному ребенку, пошел на финансовые нарушения, чтобы купить автомобиль, соответствующий ее вкусу, но вдруг она стала проявлять признаки охлаждения. В качестве диагностического и терапевтического средства был использован коллаж. Пациенту предлагалось выбрать из стимульного материала (открытки, фо-

тографии) наиболее значимые для него элементы и расположить их в пространстве.

Как видно на рисунке 32 преобладают разнообразные женские образы, образы «мачо», конкуренция в бизнесе, желание быть всегда лучшим (нарциссический перфекционизм). Мстительные чувства отражаются через рисунок «женщина в паутине» («хочу ее так видеть, на самом деле сам попался»). Ресурсные образы расположились в нижней части листа. Так как пациент и в этот раз не был расположен на долгосрочную работу, коллаж позволил возможность сосредоточиться на основном конфликте. Взяв фото «основной ресурс» за основу, мы уточнили, что он ассоциируется с горами Алтая, где пациент с друзьями провел лето в возрасте 17 лет. Проведен сеанс монодрамы, в ходе которого из ресурсной картинки пациент поговорил со своей девушкой, поблагодарил ее за позитивные моменты их жизни и «отпустил ее» (использовалась интеграция техник «как будто», пробежка по времени, монолог, смена ролей). Дублирование в монодраме осуществлял психотерапевт. Так как в данном случае имел место «феномен любовной аддикции», клиенту были предложены принципы соблюдения «границ отношений», которые обычно предлагаются на реабилитации химически зависимых пациентов.



Рисунок 32.Проблемы Федора

Если между действительным представлением о себе и внутренним стандартом (идеалом) имеется значительное расхождение, то это сопровождается агрессивно окрашенной самокритикой, упреками и наказанием, обычно в форме болезненных аффектов вины, стыда, тревоги, депрессии и чувства неполноты, что ведет к утрате самоуважения. В психотерапии мы можем вскрыть детские корни этой проблемы. К сожалению, пациент несколько раз начинал и прерывал терапию.

В ходе индивидуальной психотерапии важно понять, что управляет повторяющимися паттернами поведения. Они настолько прочно укоренились во внутреннем мире пациента, что он постоянно носит их с собой. Пациент может поменять работу, партнеров, даже страну проживания, но так и не будем способен перейти на «взрослые» способы взаимодействия. Паттерны продолжают действовать с новой силой, часто против сознатель-

ного желания человека, создавая болезненные ситуации.

КАТАТИМНЫЕ ОБРАЗНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ (СИМВОЛДРАМА)

Символдрама характеризуются наплывом произвольно вызываемых зрительных представлений.

Метод разработан известным немецким психотерапевтом Лейнером. Основу метода символодрамы составляет свободное фантазирование в форме образов, «внутренних картин» на заданную психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт выполняет при этом контролирующую, сопровождающую, направляющую функцию.

Процедура терапевтической сессии при применении метода символодрамы следующая. Исходный пункт кататимного процесса – индуцированная психофизическая релаксация, которая дает начало свободному течению образных представлений. Лежащего на кушетке или сидящего в удобном кресле пациента с закрытыми глазами вводят в состояние расслабления. Можно использовать любые техники аутогенного погружения и релаксации. Как правило, достаточно бывает нескольких простых внушений состояния спокойствия, тепла, тяжести и приятной усталости последовательно в различных участках тела. После достижения пациентом состояния расслабления ему предлагается представить образы на заданную тему – стандартный мотив. Представляя образы, пациент рассказывает о своих переживаниях сидящему рядом психотерапевту. Психотерапевт как бы «сопровождает» пациента и, если необходимо, направляет процесс в соответствии со стратегией лечения. По своим теоретическим основам метод кататимных образных переживаний является психоаналитическим. Возникающие в сознании картины рассматриваются как эмоционально-символическое выражение глубоких внутренних конфликтов с привычным окружением, которые при этом приближаются к осознанию. В результате диффузные ощущения становятся

дифференцированными, а конфликты – более оформленными и наглядными, выходя, таким образом, из латентного состояния. Происходит символическое изживание влечений и защит. Психотерапевт служит проводником во внутренний мир пациента, исследование которого составляет их общую цель.

Возникновение новых зрительных образов стимулируется предложением психотерапевта определенные картины (например, луг), а затем на этой основе самостоятельно появляются пластичные и подвижные сценоподобные сюжеты. Воображающий может в своем «внутреннем фильме» передвигаться, как в реальном ландшафте (кататимная панорама), и совершать какие-то действия. Часто при этом возникают сильные переживания. Внутренние побуждения и незначительные изменения ощущений также формируют образы и приводят к определенным переменам (мобильная проекция). В конце кататимной сессии пациент в своих представлениях должен вернуться к началу путешествия в мир фантазий, и полностью выйти из индуцированного состояния погружения, чтобы снова оказаться в реальном мире.

Длительность создания образов составляет в среднем около 20 минут. Из множества возможных мотивов, наиболее часто спонтанно возникающих у пациентов, в ходе долгой и кропотливой экспериментальной работы были отобраны такие, которые, с диагностической точки зрения, в наибольшей степени отражают внутреннее психодинамическое состояние и, в то же время, обладают наиболее сильным психотерапевтическим эффектом.

В качестве основных мотивов символодрамы Х. Лейнер предлагает следующие:

луг, как исходный образ каждого психотерапевтического сеанса; (Луг может иметь диагностическое значение в случае использования мотивов символдрамы в качестве арт-анализа).

подъем в гору, чтобы увидеть с ее вершины панораму ландшафта;

следование вдоль ручья вверх или вниз по течению;
обследование дома;

наблюдение опушки леса и ожидание существа, которое выйдет из темноты леса.

Так в рисунке (здесь не представлен) Владимира Г., 17 лет, луг скорее выглядел как пустыня («пустыня обид»), где находилась могила живого отца. Это свидетельствовало о серьезных нарушениях в объектных отношениях и отражало сомнения в краткосрочности терапии;

Все мотивы имеют, как правило, широкий диапазон диагностического и терапевтического применения. В то же время существует определенное соответствие между каждым конкретным мотивом и некоторой проблематикой. Можно говорить об отнесенности конкретных тем к стадиям детского развития, а также об особой эффективности некоторых мотивов в случае определенных заболеваний и патологических симптомов (см. табл. 15).

Таблица 15. Соответствие стандартных мотивов определенной проблематике и стадиям детского развития

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ КУЛАКОВ

Проблематика	Соответствующие мотивы
Актуально-насущные конфликты, фон настроения	Мотив луга, ландшафтные мотивы, "фигуры" в облаках
Оральная тематика	Мотивы луга, ручья, коровы, кухни в доме
Агрессивно-экспансивная тематика: а) анально-агрессивная б) орально-агрессивная в) экспансивное раскрытие и развитие	Мотивы окна (отверстия) на болоте, вулкана Мотив льва Мотивы следования вдоль ручья, путешествия на поезде, корабле, верхом на лошади, полета на ковре, в самолете или в образе птицы
Эдипальная тематика Тематика достижения и конкуренции (идентификация со стремящимся к достижению интровертом)	Мотив горы Мотив подъема в гору и открывающейся с ее вершины панорамы
Оценка собственной личности: а) в плане готовности к общению и социальным контактам, общего фона настроения, раскрытия генетического материала; б) в плане вытесненных инстинктивных и поведенческих тенденций, в том числе на интровертном уровне в) в плане способности целиком чему-то отдаваться	Мотив дома, в который нужно зайти и тщательно обследовать Мотив символического существа, выходящего из темноты леса, из пещеры, из отверстия на болоте или моря Мотив ручья или реки, когда предлагается отправиться вниз по течению на лодке без весел, мотив купания и плавания в воде
Проблема идентичности и идеала "Я"	Мотив выбора какого-нибудь имени того же пола и представление этого человека
Отношения с человеком, имеющим особо важное эмоциональное значение из прошлого (интроверт) или настоящего:	а) в символическом облачении во всех ландшафтных мотивах (гора, деревья и группы деревьев, растения); животные (или семья животных) и символические существа, возникающие на лугу, выходящие из темноты леса или из упомянутых отверстий в земле (из пещеры, окна, отверстия на болоте, из глубин моря);

ПСИХОСОМАТИКА

	б) как реально существующего (родители, братья и сестры, бабушка, дедушка, дети, учитель, начальник, конкурент и т. п.); представление регressiveных драматических сцен из детства (например, сцена за обеденным столом в кругу семьи)
Сексуальная и эдипальная тематика	Мотив спальни в доме, окна (отверстия) на болоте, плодового дерева, плод которого съедается, куста розы, когда нужно сорвать один цветок (для мужчин), поездки на попутной машине, телеге или коляске (для женщин), дискотеки, похода на пляж или в баню
Представление либидоносного заполнения органов тела при психогенных и психосоматических заболеваниях	Интропсекция и обследование внутренностей, рассматривая их через прозрачную оболочку тела, выполненную как бы из стекла, или уменьшившись до размеров маленького человечка и, проникнув сквозь отверстия в теле

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №48

В случае Олега, 20 лет, два года страдавшего синдромом раздраженного кишечника, на втором сеансе был предложен мотив отверстия на болоте. Пациент увидел «грязного, противного, всего в иле динозавра». С помощью «кормления и примирения» у юноши в процессе сеанса изменилось отношение к зверю: «Надо же, он улыбается, и даже помахал мне лапой». После этого сеанса он первый раз проехал по городу без страха не найти по дороге туалет. Эффект символодрамы можно было бы назвать панацеей, если бы психотерапевт не собрал семейный анамнез и не обнаружил, что мать Олега (врач-педиатр по специальности) до сих пор контролирует своего сына, возит его по разным клиникам, испытывая чувство вины за плохие результаты («Как же я, врач высшей ка-

тегории, не могу вылечить своего ребенка!). Для того чтобы лечение было патогенетическим, а не симптоматическим, юношे необходимо «пройти» фазу «сепарации-индивидуации» в ходе интегративного вмешательства. Мы в нашей практике редко используем этот метод самостоятельно. Довольно часто символодрама переходит в психодраму (монодраму).

Таблица 16. Принципы работы с конфликтными образами

Процесс	Некоторые способы применения
Очищение	Помыть вазу, убраться в доме, почистить меч, протереть зеркало, умыться в ручье
Превращение	Изменить образ с помощью волшебной палочки, прикосновения меча, луча света от кольца
Переход	Пройти в зеркало или картину, спуститься на дно моря или в подвал, забраться на вершину горы, войти в дупло или пещеру
Прояснение	Определить параметры образа, поговорить с персонажем, получить подсказку от персонажа или волшебного предмета
Обучение	Научиться фехтовать на мечах, получить совет от мудреца, отработать какие-то новые движения или приемы
Обмен дарами	Покормить агрессивное животное или монстра, получить дар от волшебного помощника, полить цветок
Примирение	Погладить животное, обнять человека, заговорить с агрессивным персонажем
Смена точки зрения	Соединиться с персонажем, воспринимаемым вначале со стороны, сменить позицию на менее угрожающую

Упрощенно можно сказать, что психотерапевтический процесс кататимного переживания образов шел по пути все большего приближения от изначально глубоко заложенного первичного процесса к вторичному процессу, переходя, тем самым, к способу функционирования более зрелого Я. В нашем случае происходили подобные процессы, только очень быстро. Относительная безопасность обсуждения образа позволило выйти на реальные фигуры, и сценарии из жизни. Ускорению канализации процесса способствовало наблюдение за работой другой протагонистки в предыдущий день и эмоциональное заражение,

обращение внимания на «ключи» готовности пациента к работе супервизором (расспрос о проработанной проблеме, порванный рисунок, напряженная поза и отсутствие интереса в момент обсуждения сеанса предшествующего протагониста).

Психотерапию по методу символодрамы можно изобразить как некую трехмерную систему координат, где одну ось представляет работа с конфликтами (первая составляющая), другую – работа, направленная на удовлетворение архаических потребностей (вторая составляющая), и третью – действия, направленные на развитие креативности пациента (третья составляющая).

К изменению определенных аспектов структуры личности или характера можно стремиться только тогда, когда есть достаточная уверенность, что пациент сумеет воспринять контакт с терапевтом как обогащение, которым вполне компенсируется потеря. Вместо психосоматического «Сделай сам» теперь появляется «Мы сделаем это вместе». Это фактически является также первым опытом столь желанного, но вместе с тем подвергнутого защите контакта с отцом или с матерью ролью, которой при первом же переносе автоматически наделяется терапевт. Родитель, несмотря на то, что он может сердиться на свое дитя, принимает и защищает своего ребенка. Во всех случаях краткосрочная психодинамическая психотерапия требует большей активности или даже директивности терапевта.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С МЕТАФОРАМИ

Метафорический и дискурсивно-логический способ доступа к переживаниям пациента широко используется в психотерапевтической практике. Современные позиции в отношении работы с метафорами можно объединить следующими положениями: метафора дает пациенту возможность вынести вовне сложные внутренние переживания (деконструкция); эвристичность метафоры является одним из эффективных инструментов психологической помощи; эффективность использования метафоры пси-

хотерапевтом тем выше, чем ближе он к авторской метафоре пациента.

В нарративном подходе они рассматриваются как мельчайшие единицы описательно-образного способа мышления, позволяющие ослабить психологические защиты и раскрыть внутренний мир пациента.

Метафора (греч. *metaphora* – перенесение) – перенесение свойств одного предмета (явления или грани бытия) на другой по принципу их сходства в каком-либо отношении или по контрасту.

По выражению одного психотерапевта, направленную имаготерапию неслучайно называют «законным ребенком психоанализа». Вообще, психоанализ и другие близкие ему направления всегда мечтали «оживить сновидение» и, таким образом, усилить качество обратной связи между клиентом и терапевтом, поместить ее из прошлого в настоящее, дав возможность непосредственно наблюдать за процессом взаимодействия внутриструктурных личностных структур.

Непосредственная работа с образами (которые естественно, вовсе не сводятся только к визуальной модальности) дает возможность исследовать область психики, наиболее тесно связанную с телом, с соматикой. Как говорит известный специалист в сфере телесно-ориентированной психотерапии Э. Моупин, «образы – это мысли тела».

Метафора включает любую открытую или скрытую коммуникацию, в которой одно явление связано с другим. Жест, прикосновение, рисунок, скульптура и язык могут иметь «метафорический оттенок». Метафора – это проекция бессознательного, расшифровав послание, можно оптимизировать процесс психотерапии.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №49

Лариса, 25 лет, обратилась в связи с тем, что у нее отсутствуют контакты с мужчинами, периодически испытывает головокружения. Она полностью ушла в работу, отказывая себе во всех удовольствиях. Воспитывалась по типу доминирующей гиперпротекции холодной, отстраненной матерью и бабкой. На первой встрече в ходе арт-анализа нарисовала «мою проблему» как восьмиконечную звезду, внутри которой спрятан ее комплекс. В качестве домашнего задания ей было предложено написать эссе «Мой комплекс». Приведем дословно ее сочинение. «Мой комплекс-это что-то, находящееся глубоко внутри, ядро, покрытое оболочкой и заполненное цитоплазмой. Оно глубоко иочно сидит внутри, почти не вырываясь наружу. Оно вросло, покрылось тканями, омыается кровью и является частью единого организма. Оно даже не мешает жить, потому что созревало, росло вместе со мной. Поскольку оно живет во мне, внутри, являясь составной частью, одним из органов – его не видно „постороннему“ глазу. Оно надежно укрыто от окружающих, под оболочкой уверенного в себе человека – абсолютно уверенного. Сам „комплекс“ – это „шар“, спаянный из страхов быть осмеянной окружающими, обиженной, страха несоответствия установленным обществом стандартам женской красоты, робости перед мужчинами, обиды и, вследствие чего, заниженной самооценки. Если пытаться представить мой комплекс визуально – это чугунное круглое ядро, которое уже даже не мешает жить, но не позволяет взлететь (даже если всем вдруг выдадут крылья)».

На сеансе мы проделали «переплавку комплекса», в результате которого категоричные требования к себе (жесткие предшественники Супер-Эго) уменьшились. Так, например, императив «Я не нравлюсь мужчинам» трансформировался в следующий – «Я могу нравиться мужчинам». В дальнейшем проводилась проработка обиды по отношению к матери и бабке. Метафора «Переплавки комплекса» помогла ей начать экспериментировать

в отношении мужчин.

Ранее в литературе внимание уделялось в основном работе с метафорой психотерапевта. Большинство психотерапевтов в настоящее время придают значение работе с метафорой пациента. Рассмотрим основные принципы.

1. Слушание или регистрация метафоры. Метафора возникает как средство передачи нюансов индивидуальных переживаний и является как бы связующим звеном между проблемой пациента (на уровне бессознательного) и ее верbalным эквивалентом (на уровне сознания): «И скрипка отвечала „да“, но сердцу скрипки было больно».

Для ее выявления терапевту необходимо отказаться от привычки интерпретировать события и тщательнее прислушиваться к словам пациента, обращая внимание и на сопутствующее невербальное поведение. Метафора нередко определяет понятийную систему и поведение пациента. Возьмем, например, понятие «общение». Перечислим некоторые метафоры, относящиеся к общению: «Без мыла в душу лезть», «Вбить клин», «Высасывать кровь», «Держать марку», «Как кошка с собакой жить», «Чувствовать себя не в своей тарелке».

Многие метафоры являются шаблоном, и собеседник оказывается в плена стереотипов и концепций житейской психологии. Метафора определяет некоторую концептуальную систему, выходы из которой определяются самой системой. Это своего рода «когнитивное искажение», бессознательно принимаемое за истину и так же неосознанно используемое индивидуумом. Образуются фиксированные статические паттерны, принадлежащие данной метафоре и данной проблемной области (жизнь – тихая пристань; время – деньги; проблема другого – «Сердце кровью обливается»). В этом случае предъявляющий метафору пациент задействует большое количество энергии без какого-либо прогресса в изменении ситуации («Я вишу в воздухе» и «Я продираюсь через колючий шиповник», как выражение неопределенности – разные вещи в смысле концепции пациента и знания о том, как справляться с этой ситуацией). Анализируя эти мета-

форы, мы получаем ключи к эмоциональной, когнитивной и поведенческой составляющей пациента.

2. Подтверждение метафоры. Зарегистрировав метафору, терапевт должен ее подтвердить. Например, пациентка сообщает, что когда узнала об измене мужа, она «как будто с цепи сорвалась» (потеряла выдержку, дошла до крайности в своих действиях). Он может высказать удивление по поводу появления метафоры или поблагодарить пациента за живость их языка и ждать ответной реакции. Вместе с тем слово «цепь» метафорически могло означать, что в отношениях между супругами существовало сдерживание эмоций.

3. Расшифровка значения метафоры. Метафора дает пациенту возможность вынести вовне сложные внутренние переживания. Задача этой стадии – не только отразить значение метафоры, но выяснить, что она может выражать. В этом помогает диалог и дискуссия. Если пациент подтвердит, что он в отношениях с людьми выстраивает стены, а цель терапии – «разобрать берлинскую стену» (см. учебный пример №8), то безоценочность и образность такого способа мышления приводят к достижению большего эмоционального контакта с пациентом или с семьей, чем, например, интервью, основанное на вербальном контакте.

4. Игра с возможностями. Пациент утверждает, что об него вытирают ноги как о коврик. Что возможно для коврика, то возможно и для личности. Создается атмосфера понимания и юмора. Если пациент впоследствии сможет выразить агрессию по отношению к тем, кто его «топчет» в приемлемой форме, то нет необходимости расплачиваться за сдерживание эмоций психосоматическими расстройствами.

В некоторых случаях специальные разогревающие упражнения помогают выявлению метафор. Одна из них – психотехника «Работа с привязанностью (зависимостью)». Смысл ее заключается в следующем.

Инструкция. Определите ваши отношения, с которыми вы хотите поработать и которые можно описать как привязанность (зависимость). Попробуйте визуализировать привязанность в ви-

де веревки, каната, нитей и пр. Что дает привязанность (зависимость)? Для чего она вам нужна? Если у вас что-то есть, оно вам зачем-то нужно. Итак, что дает вам привязанность? Например, уверенность в себе, чувство любви, поддержки и т. д.

5. Кроме того, для каждой культуры характерна **система приоритетов, ценностей и метафор**, также неосознаваемая каждым отдельным индивидуумом. Отдельные люди отличаются своими системами приоритетов и особыми способами осмысливания того, что для них хорошо, а что плохо. Для разрешения конфликта между ценностями (и соответствующими метафорами) в психотерапии должны быть найдены приоритеты самого пациента, которые будут основываться на осознанных решениях по поводу своей жизни. Речь идет о той метафоре, которая будет отражать ценности самого пациента.

Так, например, когда одни понятия выражаются через другие – это структурная метафора. Так, например, Юля Г. (Учебный пример №37) свой симптом описывала как «ширму», «покрывающую». Взяв метафору в качестве ключа монодрамы (использована техника «матрешка») удалось выяснить, что «деперсонализационная симптоматика» носит условно приятный характер, прикрывая глубоко скрываемую от окружающих «роль женщины легкого поведения», антагонистичную ее перфекционизму.

Существует и другой тип метафор, который представляет собой организацию целой системы понятий по образцу другой системы. Их называют ориентационными, так как большинство подобных понятий связано с пространственной ориентацией и противопоставлением: «низ–верх», «внутри–снаружи», «перед–зад», «центральный–периферийный», «право–лево» и т. п. Подобные противопоставления происходят из того, что наше тело обладает определенными свойствами и функционирует определенным образом в окружающем нас физическом мире.

Большинство фундаментальных жизненных понятий организуется в терминах одной или нескольких ориентационных метафор. Верх связывается с благополучием, статусом, властью

и хорошим настроением, низ – наоборот. Ориентационные метафоры коренятся в физическом и культурном опыте и применяются отнюдь не случайно, а имеют физическое эмпирическое основание. Наш физический и культурный опыт дает множество оснований для ориентационных метафор. Выбор той или иной метафоры зависит от индивидуума и от культуры, к которой он принадлежит, семьи и его индивидуальных предпочтений. Ориентационные метафоры придают понятию пространственную ориентацию. Они организованы некоторым физическим опытом верха и низа.

В нашей культуре ожидаемые события находятся вверху и впереди, прошлые внизу и сзади: «что предвидится на этой неделе или что там сзади, в прошлом». Физическая основа подобных метафор в том, что наш взгляд обычно направлен вперед, в том направлении, в котором мы обычно перемещаемся. По мере приближения объекта к наблюдателю (или наоборот) объект увеличивается в размерах. Далее, эмоции обычно находятся внизу, а разум вверху («высокие устремления», «низкие помыслы»). Хорошее настроение, счастье и здоровье тоже обычно находятся наверху и связано с увеличением объема («приподнятое настроение», «радость бьет через край», «упала духом»). Иногда культуральные стереотипы приводят к тому, что метафоры пациента упускаются в процессе интервью.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №50

Анна Н., 22 года, участвовала в группе личностного роста. Молодой психолог впервые самостоятельно проводил занятие в психотерапевтической группе с предварительным условием очной супervизии. В качестве разогревающего упражнения он использовал символдраматическую технику «Какое Я дерево» (рис. 33). Одна из участниц группы нарисовала дерево «Баобаб» и в ходе интервью сообщила, что сидя на дереве, испытывает чувство превосходства (смотреть сверху вниз – относиться к кому-либо высокомерно!). На шее девушки отчетливо была видна

гиперемия и расчесы (нейродермит). Все невербальные признаки свидетельствовали о готовности обсудить волнующую проблему. Психолог начал работать с менее эмоционально вовлеченной в проблему участницей группы. Во время перерыва, обсуждая с супервизором свою работу, первый обратил внимание на пациентку, испытывающую напряжение. На втором раунде психолог, обратившись к А., задал вопрос: «Над кем у тебя возникло чувство превосходства на дереве?». Ответ: «над моими родителями, особенно матерью», и девушке хочется «рвать и метать» Из участников группы были выбраны двое на роли родителей Анны. После введения в роль, девушка залезла на верхушку своего дерева (символически его изображал стул на столе), и ей представили возможность бросать предметы в родителей. Психолог подкидывал ее тряпку, пластиковые кольца и т. д. «Бомбардировка» сопровождалась словесной агрессией. Она успокоилась лишь тогда, когда запустила папкой с бумагами в вспомогательное Я. Казалось, впервые девушка смогла выразить агрессию по отношению к своим родителям, длительно пренебрегавшими дочерью. Краснота, наблюдавшаяся на шее, значительно померкла. Так, было начато движение к выздоровлению благодаря использованию метафоры пациента. Подчеркнув еще раз, что данный тренинг носит учебный характер, коллеге было рекомендовано пройти полноценный курс психотерапии.

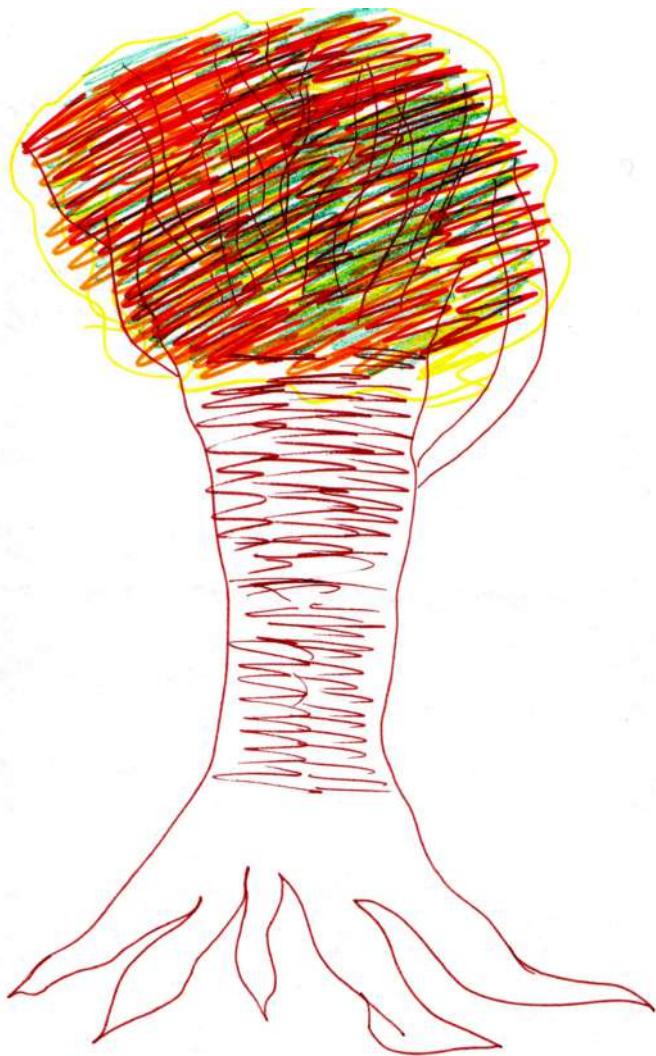


Рисунок 33. Какое Я дерево

6. Эмпирический опыт одного индивидуума ограничен и может быть расширен за счет других систем понятий, отражаемых другими метафорами. Например, пациент сообщает «Я онемел от возмущения». Эмпирическим основанием данной метафоры послужили анамнестические сведения о ссоре его родителей — мать после конфликта не разговаривала с отцом неделю. Но, возможно, у пациента, страдающего функциональным заболеванием сердечно-сосудистой системы, есть и другой опыт, который не осознается в данный момент, например, «нож в сердце» после стрессового события, и это расширяет опыт понимания, предоставляя альтернативные возможности для изучения симптоматики (В НЛП анализируются ведущие репрезентативные системы).

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №51

После разогрева Катя захотела быть протагонистом.

Психотерапевт:

— Расскажи о своей проблеме.

Катя:

— Я часто чувствую себя неуверенной. У меня в жизни застой, хотелось бы что-то изменить, но мне кажется, что не смогу. Я боюсь перемен. Живу я с родителями и у меня не получается наладить отношения с мужчинами.

Психотерапевт:

— Как давно у Кати возник страх?

Катя:

— В детстве я боялась воды, да и сейчас боюсь. В бассейне я боялась оторваться от поручня.

Психотерапевт (дает ей в руки линейку):

— Держи поручень. Что является в жизни для тебя поручнем, от которого ты не можешь оторваться?

Катя:

— Наверное, это моя семья — мама и папа.

Психотерапевт:

— У тебя есть муж, дети?

Катя:

— Нет, я живу с родителями.

Психотерапевт:

— Кто еще участвовал в создании поручня для Кати?

Катя:

— Бабушка и дедушка. Только их уже нет в живых.

Психотерапевт:

— Это родители мамы или папы?

Катя:

— Мамы.

Психотерапевт:

— Держи тебе бабушку и дедушку (дает две куклы). Расскажи нам о них.

Катя:

— Бабушка была очень сильной, любила командовать, дедушка был более покладистым, слушался бабушку. Он добрый, мягкий.

Психотерапевт:

— Выбери себе кого-нибудь на роль мамы и папы.

Катя:

— Пусть Лиза будет мамой, а Ренат папой.

Психотерапевт:

— Давай мы их разогреем.

Катя встает за Лизой.

Катя:

— Я — мама Кати, меня зовут Ирина. Я — сильная, властная, жесткая, волевая, обидчивая. Я забочусь о Кате. Иногда она меня не слушается. Я ее за это ругаю. Катя меня боится.

Катя встает за Ренатом.

Катя:

— Я — папа Кати, я мягкий, добрый, покладистый. Я прислушиваюсь к жене, боюсь оспорить ее мнение, я выпиваю. Я — безвольный, как тряпка. Иногда мне хочется защитить свою дочь, но я не могу.

Ренат (из роли папы):

– А как я отношусь к Кате?

Катя:

– Он меня любит, но больше живет своей жизнью. Он старается ничего не видеть.

Психотерапевт:

– Выбери себе кого-нибудь на роль дубля.

Катя:

– Марина.

Психотерапевт:

– Дай ей 5 характеристик.

Катя:

– Я – Катя, я уставшая, запутанная, добрая.

Психотерапевт:

– Покажи, как ты держишься за родительский поручень.

Катя располагает маму на стуле, мама в руках держит линейку, папа одной рукой держится за маму, второй за линейку, на плече мамы находятся бабушка и дедушка. Дубль стоит и держится за линейку.

Дубль:

– Как мне тяжело держаться.

Мама:

– Ты опять не так все делаешь! Что ж ты опять меня не послушалась. Ты должна нам помогать, мы твои родители.

Папа:

– Помоги мне, доченька, вылечи меня, ты же врач.

Мама:

– Ты опять нас не навещаешь. Бросила нас на произвол судьбы!

Психотерапевт:

– Что ты видишь?

Катя:

– У меня такое ощущение, что я стала родителем своим родителям.

Психотерапевт:

– Есть такой феномен, он описывается в литературе и называется... перевернутая иерархия. И на горизонте появляется жених (показывает на Петю). Иди сюда, Петя. Смотри, какой он красивый, завидный жених!

Катя:

– У меня срабатывает защита. (Психотерапевт дает в руку маску, Катя одевает на лицо.) Да именно так и происходит.

Мама:

– Смотри на него. Он тебе не пара.

Петя:

– Я хочу отсюда сбежать.

Психотерапевт:

– Сними маску, Катя, и расскажи ему какая ты на самом деле. Вот тебе твой стержень (дает в руки пирамидку).

Катя (снимает кольца с пирамидки и перечисляет свои позитивные качества):

– Я – добрая, хозяйственная, жизнерадостная, верная, надежная...

Психотерапевт (обращаясь к молодому неженатому члену группы):

– Ну что, Петя, тебе пойдет такая жена?

Катя:

– Да, еще бы!

Психотерапевт (шутливо):

– Бери ее и покатай на карете... На этом можно завершить, Катя?

Катя:

– Да.

Психотерапевт (шутливо-ироничным тоном):

– Смотри, чтобы к следующему моему приезду вышла замуж!

Катя:

– Хорошо, обещаю.

Катя разбирает сцену.

Ренат:

— Я не папа Кати, я — Ренат.

Лиза:

— Я не мама Кати, я — Лиза.

Марина:

— Я не Катя, я — Марина.

Шеринг.

В образном представлении проблемы как одного из способа деконструкции метафора служит средством передачи нюансов индивидуальных переживаний и связующим звеном между проблемой пациента (на уровне бессознательного) и ее вербальным эквивалентом (на уровне сознания). Используя метафору в диагностических целях, следует прояснить несколько важных вопросов. Можно ли на основе рассказа определить ведущую тему конфликта отношений (ядерная конфликтная тема отношений Л. Люборски, особо значимые отношения по В. Н. Мясищеву)? Можно ли раскрыть ведущий аффект при помощи анализа центрального конфликта отношений?

ПСИХОДРАМА И МОНОДРАМА КАК МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Психодрама является одним из старых методов среди 29-ти, представленных в комитете модальностей психотерапии. Интегративные тенденции в психотерапии коснулись и психодрамы. На страницах киевского журнала «Психодрама и современная психотерапия» можно встретить статьи, отражающие интеграцию психодрамы с экзистенциальным анализом, трансактным анализом, мифодрамой.

С методом психодрамы очень хорошо сочетались теория объектных отношений, аналитическая психология, кататимная психотерапия или символдрама, арт-терапия и артанализ. Объединение психодрамы с экзистенциальным анализом подчеркивало ее традиционную принадлежность к экзистенциально-гуманистическому направлению. Трудно отказаться от интеграции психодрамы и системной семейной терапии. Именно в семейной

психотерапии впервые получили свое развитие конструктивистский и нарративный подходы, явившиеся своеобразной интеграцией философии постмодерна, теории и практики психоанализа, системного подхода.

Психодрама имеет свою теоретическую базу: теорию креативности и спонтанности, теорию ролей и ролевого развития, на которых строится психодраматическая теория личности. Психодраматическая теория ролей оперирует максимально приближенными к жизни понятиями, что дает широкие возможности для абстрагирования.

Мы считаем психодраму мультимодальной психотерапией (рис.34), в которой можно задействовать все измерения и достижения как классической, так и неоклассической психодрамы.

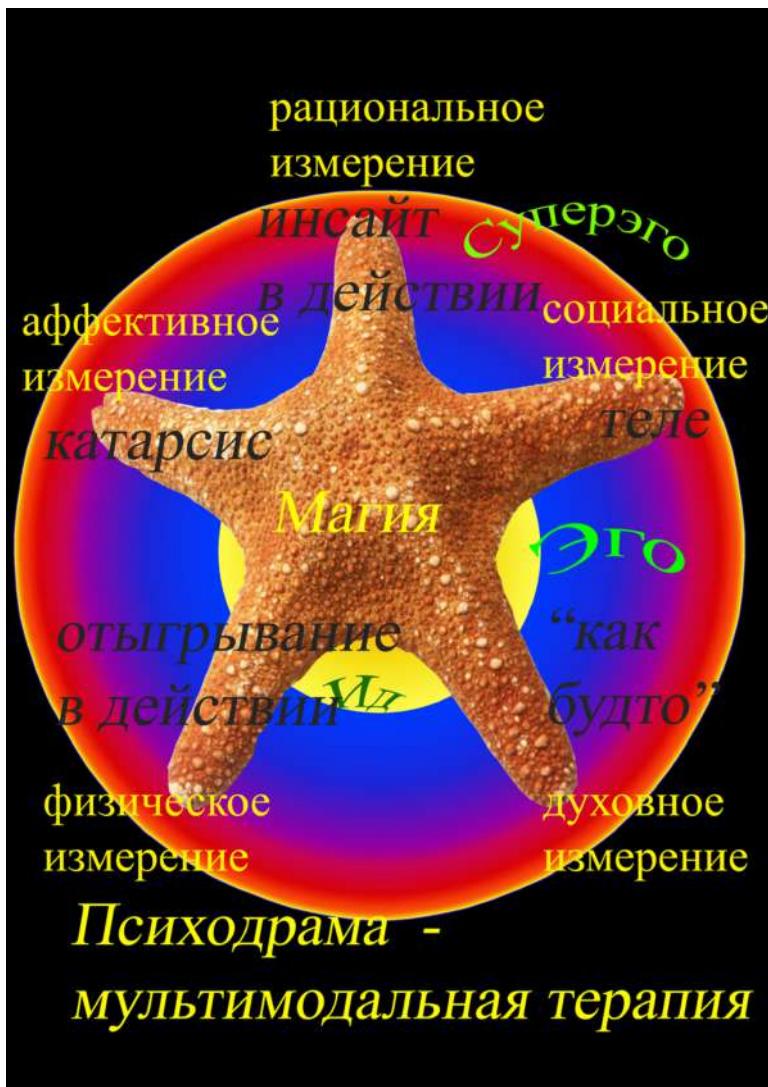


Рисунок 34.Психодрама – мультимодальная терапия

Психические и психосоматические расстройства, вызываются нарушениями ролевого развития и выражаются также в нарушениях ролевого развития и поведения. В то же время ролевое развитие и ролевое поведение тесно связаны с акциональным голодом и психосоциальным развитием человека.

Креативность – способность творчески преобразовывать окружающую действительность вместо того, чтобы сожалеть об утраченных возможностях. Акцент делается на укреплении здоровья, а не просто на ликвидацию болезни. Метафора: «Жизнь как произведение искусства».

Спонтанность. Креативность гораздо больше проявляется в процессе активной импровизации, чем заранее спланированной. Обучение и терапия, использующие принципы спонтанности, требуют свободы от последствий экспериментирования – то есть игрового контекста. Игра, высвобождая спонтанность, привносит свежесть «детских» частей души, что также добавляет энергию к процессу обучения или исцеления. Развитие спонтанности было важным компонентом также для других искусств: рисования, создания музыки, танца, поэзии и т. д.

С точки зрения Я. Морено, болезнь возникает в результате нарушений наследственности, внешних патогенных влияний или нарушений межчеловеческой, то есть социоэмоциональной среды, наносящих ущерб спонтанности, социоэмоциональному и ролевому развитию.

Если продолжить эту мысль, то здоровье будет представлять собой направленное, струящееся бытие или прогрессию, болезнь же – застой или регрессию. Прогрессия зависит от той диспозиции, которую автор называл смелостью. Смелость – это качество, позволяющее креативно, осознавая требования и опасности, идти по пути гармонического развития. Дезинтегрирующая регрессия является следствием страха, противоположности смелости. Страх не только вызывает стагнацию и регрессию, но и почти всегда втягивает человека в порочный круг. Смелость – причина действия, полемики с реальностью, обилия переживаний, готовности нести ответственность и, тем самым,

большой степени свободы.

РОЛЕВАЯ ДИНАМИКА

В ходе нормального развития на каждой стадии добавляются новые роли, тогда как отдельные уже существующие теряют свое значение или же исчезают вовсе.

Человеческое развитие – это постоянная прогрессия от соматических ролей, имеющихся уже к концу эмбриональной стадии – растущего, дрыгающего ногами ребенка, – к трансцендентным ролям. В ходе нормального развития на каждой стадии добавляются новые роли, тогда как отдельные уже существующие роли теряют свое значение или же исчезают вовсе.

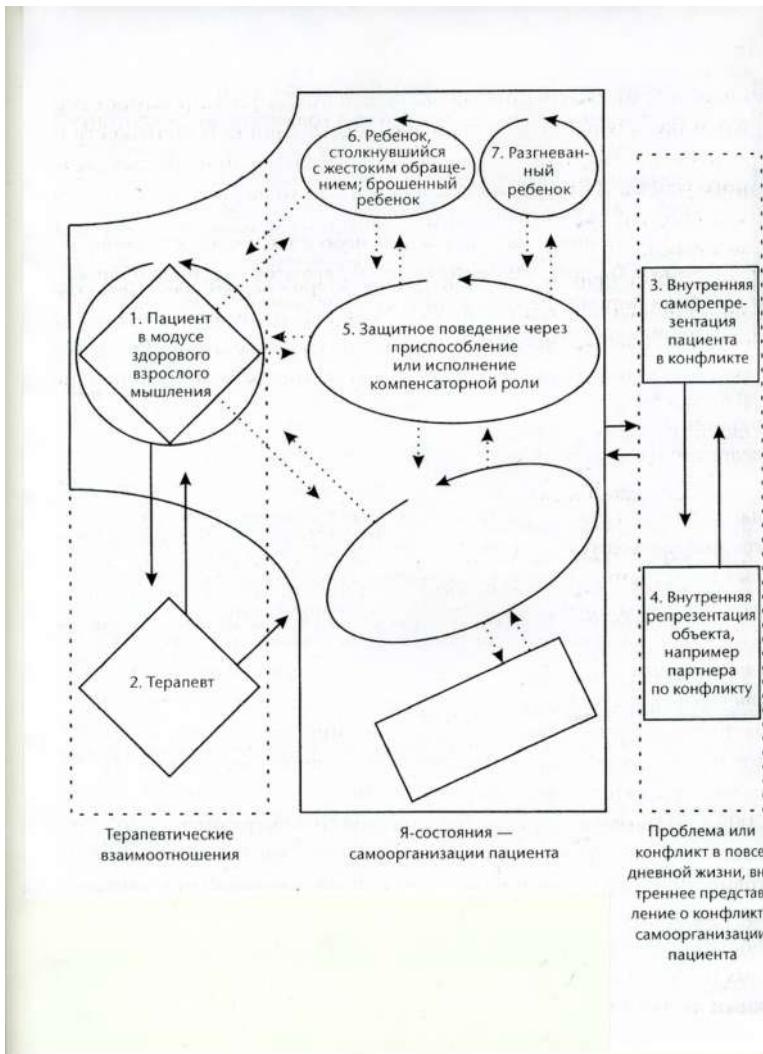


Рисунок 35. Система дисфункциональных Я-состояний пациента и ее представление с помощью пустых стульев

Рейнхард Крюгер рассматривает психодраму как метод психотерапии, помогающий посредством внешнего проигрывания травматических ситуаций. Симптомы болезни – если речь идет о соразмерной реакции приспособления к внешним отягчающим жизненным обстоятельствам или к физическому заболеванию – являются результатами нарушения креативного процесса ментализации и самоорганизации пациента. В своих описаниях пациентов он акцентирует внимание на психодинамической и структурной диагностике пациентов.

Человек не может вытеснить из своих воспоминаний внутренние представления объектов значимых взрослых, даже если те умерли. «Саморазрушительное мышление» пациентов со структурными расстройствами в детстве имело защитную функцию, поскольку помогало избежать опасности в отношениях между ребенком со здоровыми мыслями и чувствами и взрослым, наносящим ему травму. Однако во взрослом состоянии «саморазрушительное мышление» потеряло свою защитную функцию. Пациент должен отказаться от него, поскольку оно больше ему не нужно.

В психодраме, сочетая её со схемной терапией, автор использует 4 Я-состояния: «защитное поведение», «саморазрушительные мысли и действия», «разозленный ребенок», «брошенный или травмированный ребенок», а также исследует внутренние представления участников конфликта (рис.35). Я-состояние «брошенный ребенок» включает в себя защитный процесс интроекции, «разозленный ребенок» – самостабилизацию за счет защитного процесса проекции. Защитное поведение содержит в себе процесс вытеснения через активное игнорирование реальности. **«Саморазрушительное мышление», внутренний модуль наказания, реализует защитный процесс идентификации с агрессором.** В результате расстановки Я-состояний на комнатной сцене в виде стульев или расставленных на них фигурок возникает пространство для взаимодействия деструктивно работающих Я-состояний. Так Максим (Случай из практики №7) в период пребывания в стационаре выбрал в качестве своего внутреннего критика figurку «де-

мона», назвав его своим инквизитором. После проигрывания сцены, он решил запереть его в сейфе во врачебном кабинете, а не носить с собой. Такое символическое действие позволяло ослабить «жесткое суперэго» пациента.

«Я-состояние саморазрушительных мыслей и поступков» называется в схемной терапии «наказующим или чрезмерно критикующим модусом». Когда у Максима что-то идет не так, значит он недостаточно к этому приложил усилия (его мать окончила школу с золотой медалью, успех в жизни был её основной ценностью). «Наказующий модус» мало интересует эмоции.



Рисунок 36.«Инквизитор» Максима

| Психодрама терапевтически использует потрясающую возможность углубить, расширить и довести до осмысленного завершения творческий процесс **внутренней** ментализации пациента через **внешнюю**

| психодраматическую игру.

«Ключи» в психодраме

Представление, метафора, конкретизация, ручные куклы, камни разной величины, диаграммы, магниты для холодильников, скульптура семьи или переносная песочница, несоответствие верbalного и невербального высказывания — все это может служить ключами для входа во внутренний мир человека.

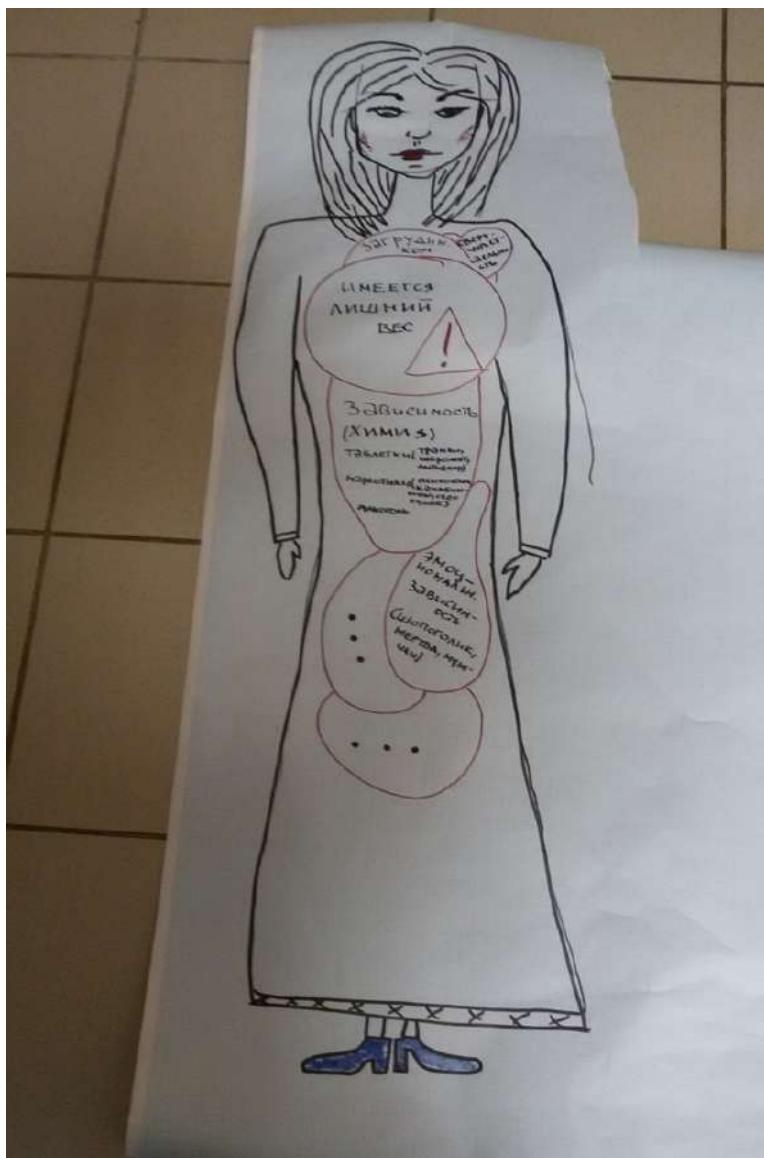


Рисунок 37. Моя проблема в виде рисунка

На рис 37. Пациентка Валентина (случай №9) представила свои проблемы, с которыми она хотела работать психодраме в виде рисунка. Целая связка симптомов выяснилась у неё, которые были взаимосвязаны с социальным контекстом: лишний вес (булимия-анорексия), зависимости, садомазохистские отношения с отцом. Осталось отразить это в психодраматическом действии, а затем проработать в индивидуальной психотерапии.

В другом случае лекция по «мерседес-модели» Миливоевича (избыток наказаний, создание вины) для студентов-психологов послужило для одной из участниц стимулом для воспроизведения своей ситуации как «кнопки вины» (шайба из спортивного зала послужила её метафорой), возникшей в результате постоянной жесткой критики отца в детстве. Выбрав на его роль одного из участников студенческой группы, проиграла диалог с ним в «регрессивной сцене».



Рисунок 38. Кнопка вины

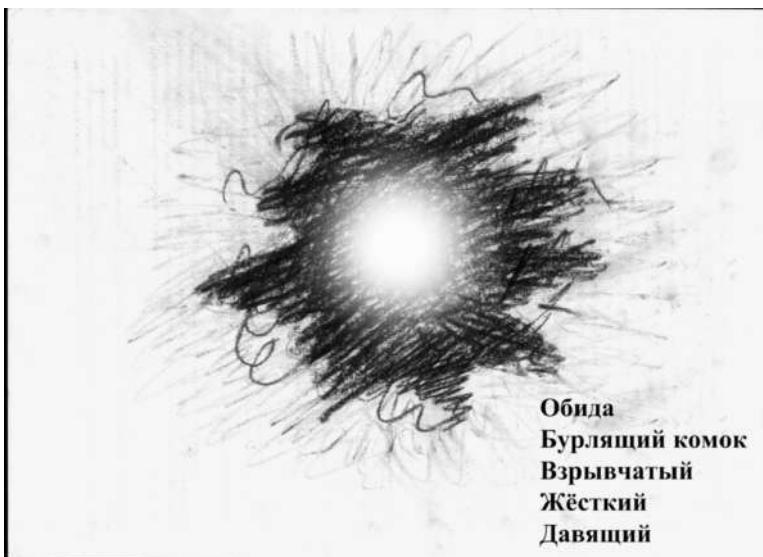
Разогрев – подготовка протагониста с помощью вербальных и невербальных техник, создающие умеренно измененные состояния сознания к глубинной терапевтической работе. Используются прямой и метафорический подходы доступа к переживаниям пациента.

Мы придаём огромное значение снятию блоков с S-фактора (спонтанности). Один из способов – это применение метафорических разогревов на «ориентационно – разогревающий» фазе: «Представить свою проблему в виде какой-либо метафоры, символа, образа».

«Передача предмета по кругу (например, сломанная кукла, часы в виде робота) с ассоциациями по поводу него», символическое представление смерти, выбора, ответственности, изоляции и других экзистенциальных факторов.

Использование футуропрактики. Футуропрактика используется как в фазе разогрева, так и непосредственно в психодраматическом действие. Примеры использования в фазу разогрева: «Представьте свое настоящее и будущее в виде символов, представлений или рисунков».

Арт-терапевтические техники и арт-анализ также активно применяются для этих целей. Наиболее часто используются **прогностические рисунки**: метафорический автопортрет, «Я как сообщество», «Разговор двух животных», «Моя отрицательная эмоция с тремя характеристиками (эпитетами)» (рис.39), методика Карты ума Т. Бьюзона и др. Так в ходе разогрева с использованием авторской коллекции фотографий пациентам предлагалось выбрать несколько открыток, отражающих их внутренний или внешний конфликт. Один из участников, Игорь выбрал фотографию «Погасшие свечи». Это напомнило ему о погибших друзьях в Чечне. Игорь отказался работать с этой темой. Денис выбрал фотографию «Старуха и шахматы», и визуальная метафора послужила ключом к постановке психодрамы. Рисунки пациентов в метафорической форме отражают сущность его проблемы и динамику переживаний в процессе занятий психотерапией.



Обида
Бурлящий комок
Взрывчатый
Жёсткий
Давящий

Рисунок 39. Моя отрицательная эмоция

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №52

Использовался разогрев «Мой внутренний или внешний конфликт». Алексей представил его в виде рисунка «Разбитое сердце» (рис. 40).



Рисунок 40. Разбитое сердце

Психотерапевт (П.):

— Расскажи, Алексей, что изображено на твоем рисунке?

Алексей (А):

— Это нож, который выходит из разбитого сердца.

П.:

— Это твое сердце?

А:

— Да.

П.:

— Ты знаешь дату, когда оно разбилось?

А.:

— 17 апреля 200... г.

П.:

— Можешь рассказать поподробнее об этом?

А.:

— Я не готов об этом говорить сейчас.

П.:

— Хорошо, расскажи, пожалуйста, про нож.

А.:

— А нож — это я. Я использую людей, делая им больно. Я манипулирую ими, и мне это нравится. Мне нравится смотреть на них сверху, чувствовать превосходство над ними. А если перевернуть рисунок, то получается фаллос, это моя энергия.

П.:

— Хорошая метафора: фаллос в виде ножа, как нереализованная энергия. Да? У тебя давно это возникло?

А.:

— После 17 апреля.

П.:

— Мы опять возвращаемся к этой дате. Какая ассоциация у тебя с совестью?

А.:

— Моя совесть в виде девушки...

П.:

— Почему образ совести у тебя связан с женщиной?

А.:

— Потому что она была моей девушкой. Я испытываю чувство вины перед ней, несмотря на то, что она умерла... А в обществе я все это проявляю, я его ненавижу, презираю, я не хочу быть в нем, хочу быть отдельно.

П.:

— Может нужно что-то изменить?

А.:

— Я не готов дальше работать.

Данная иллюстрация свидетельствует, что у пациентов с со-помощью нарциссическим расстройством личности психодрама редко завершается за одну сессию.

Психодрама — это встреча. Добавление техники обмена роли начинает стимулировать как аутентичность, так и эмпатию — возможность побывать на месте своего оппонента.

Многие психодраматические сессии переходят от сцен в настоящем к драмам детства. Такая способность интегрировать встречные (горизонтальные) и регрессивные (вертикальные) взгляды на функционирование психики является одной из сильных сторон психодраматической техники.

Психодрама, устранивая акциональный голод через игровое действие, может одновременно ликвидировать и «экзистенциальный вакуум». Метафорически задачей психодрамы является освобождение обезьяны из клетки (*S-фактор*) путем построения различных сцен из прошлого, будущего. В интеграции психодрамы и экзистенциального анализа мы практикуем символическое представление экзистенциальных универсалий и диалог с ними. Пациенту можно предложить представить в виде образов свои смерть, свободу, одиночество, пустоту, смысл жизни и др. Он может представить символически также любое из основных экзистенциальных беспокойств, переживание экзистенциального вакуума, чувство вины, любовь и т. д. Затем психотерапевт может предложить пациенту представить конечную данность во внешнем пространстве и попробовать вступить с ней в диалог. При этом пациент может перемещаться на ее «место», «становясь» этой универсалией и отвечая себе, а может получать от нее ответы мысленно. В другом случае это служит разогревающей техникой для проведения психодрамы. Техники, способствующие усилию трансцендентной позиции пациента, также широко используются в психодраме.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №53

Так, Лене, 23 года, страдавшей от страха и ощущения скованности, было трудно понять возникновение данного неуправляемого состояния. В разогревающей технике «Моя часто возникающая отрицательная эмоция» она нарисовала замок. В психодраме мы разыграли ситуацию в детстве, когда 6-летняя Лена, спрятавшись под кроватью, наблюдала за ссорой родителей. Мы поставили ее на подоконник, чтобы «отстранившись» от ситуации с высоты своего роста она понаблюдала за развитием событий в разных направлениях. Лене предложили побывать в утробе матери и почувствовать любовь и ласку, что было ей необходимо для переосмыслинения данной ситуации. На стадии завершения была сцена принятия родителями маленькой Лены, после чего она, освободившись от страха и скованности, почувствовала, как родилось ее Я.

Соединение психодрамы и экзистенциального анализа помогает укрепить Я протагониста, увеличивает его спонтанность и усиливает контакт всех участников драмы с их глубинными духовными структурами, придавая действию дополнительную ценность и значительность.

У психодрамы и экзистенциального анализа есть общий базис, который, в принципе, позволяет применение средств из одного арсенала для целей другого направления. Обе школы относятся к экзистенциально-гуманистическому направлению, используя феноменологический подход, в котором каждый случай рассматривается как уникальный. Свобода самовыражения, творчество и свежесть взгляда представляют собой важные ценности для обоих направлений.

Отличие психодрамы от экзистенциального анализа в том, что теория психодрамы сведена к описанию набора технических средств и почти ничего не говорит о строении и законах развития и функционирования психики, а экзистенциальный анализ имеет основательную теоретическую структуру, включающую в себя антропологию, теорию мотивации, теорию эмоций

и ценностей. Вторая важная задача экзистенциального анализа – подвести человека к осознанию своей ответственности. В психодраме ответственность всегда на протагонисте.

Ролевая теория была естественным мостом между двумя уровнями человеческой организации, и многие из его методов были адресованы групповому контексту и межличностному царству, также как и интрапсихическим явлениям. В монодраме вспомогательные Я воспроизводятся психотерапевтом.

Выбор сцен и универсалий времени в психодраме с опорой на эти базовые мотивации и аффекты, сопоставление их с ролевой теорией повышает эффективность психотерапевтической помощи. Монодрама показана в том случае, если, например, отсутствует группа, определенные моменты требуют строгой анонимности, работа в индивидуальной терапии, требуется быстрое управление в кризисных ситуациях и т. п.

Базовые техники: представление самого себя, исполнение роли (человека, субличности, части тела, предмета, понятия), монолог, дублирование, обмен ролями, реплика в сторону, пустой стул, психодраматическое зеркало.

Если вновь обратиться к нашей схеме психодрамы, то ее «магию» создает изменение жизни протагониста. Катализатором данного процесса является проведение завершающих сцен. Заключительные сцены, хорошо «работающие» для одного протагониста, могут оказаться бесполезными для другого; конец сессии каждого протагониста индивидуален согласно специфике того терапевтического путешествия, которое он только что совершил. Завершение должно гармонировать с темой, бывшей в центре внимания терапии, а также с целью сессии. Иван закончил свою сцену, разбив бутылку об батарею («выпустил всех своих джиннов»). Петр закончил свою психодраму, пребывая в объятиях вспомогательного лица, который изображал его идеального отца. Анна произнесла речь перед группой, утверждая свое право выбирать, что ей делать со своей жизнью. Тимофей обошел всю группу, спрашивая каждого, что этот человек чувствует по отношению к нему после того, как он раскрыл свой

секрет.

Построение подходящей сцены завершения требует понимания не только психологического устройства индивидуального протагониста, но и конкретных целебных переживаний, необходимых каждому человеку для достижения прогресса. Некоторым протагонистам нужно символическое удовлетворение потребностей, другим – прощение вины, конкретные предложения на будущее или новый опыт, дающий надежду. Найти подходящую сцену завершения – в этом состоит настоящая работа для каждого директора психодрамы.

В идеале сцены завершения должны возникать естественным образом из разыгранного действия, сам протагонист должен инициировать их. Однако у пограничных пациентов это происходит редко, и директор должен иметь в своей «психодраматической колоде» несколько «козырных карт».

ПРИМЕРЫ ЗАВЕРШАЮЩИХ СЦЕН В ПСИХОДРАМЕ

Завершение действия. Протагонисту предлагают завершить свои фантазии и переделать то, что было сделано ошибочно.

Опыт получения награды. Протагонисту дают награду и просят сказать группе благодарственную речь.

Разрешение конфликта. Проигрывается такая сцена, в которой найден баланс между двумя конфликтующими внутренними тенденциями.

Прощение. Ставится корректирующая сцена, в которой, например, принимается и прощается преступление или несправедливость.

Эпилог. Ретроспективный анализ прошлого в свете того, как все произошло на самом деле.

Последний диалог. Протагонист ведет последний диалог со значимым человеком в своей жизни.

Протагонисту дается домашнее задание, которое он должен выполнить после сессии.

Клятва

Протагонисту предлагается прописать алгоритм психодрамы, например, анализ срыва после сессии.

Фотография на память. Психотерапевт распечатывает фотографию сцены психодрамы всем участникам (рис. 41)



Рисунок 41. Сцена созависимых отношений между матерью и сыном

Смена «футболки с надписью». Многие молодые люди носят

футболки, не осознавая, что надписи отражают внутренний мир (единство внешнего и внутреннего). На рис. 42 показано, что в конце психодрамы молодому человеку, раздражительному, циничному, имеющему симптомы псориаза (контакт с внешним миром!), предложено заменить футболку с вульгарной надписью на более «духовную, ресурсную» футболку.



Рисунок 42. Смена вульгарной футболки на ресурсную футболку с картиной юного Сергия Радонежского

Проветривание для протагониста. Психотехника применяется для завершающего действия для группы, когда протагонист, переполненный драматической игрой, не готов получать от группы «обратную связь». Члены группы делятся своими чувствами без него, так как многие из них нуждаются в таком отреагировании.

Проекция в будущее. Представляется будущая жизнь. Примером может служить разыгрывание воображаемой ситуации, происходящей много лет после прохождения лечения.

Постановка цели. Протагониста заставляют составить конкретные планы на будущее и спроектировать опыт, полученный на сессии, во внешнюю жизнь, например, заключить контракт об использовании некоторых навыков после сессии психодрамы.

Протагонист отрекается, прощает или делает заявление «на сцене» в адрес большой группы значимых других. Например, это важно, если есть проблема «плата по счетам предков», когда родственники требуют «дивиденды» от протагониста. У пациента возникает конфликт между сохранением лояльности семейной системы и собственным акциональным голодом.

Волшебный магазин. Протагонист посещает «Волшебный магазин», где может по бартеру поменять свою проблему, свой тяжелый или опасный симптом на его позитивную трактовку или на тот или иной ресурс. Например обмен онкологического симптома (игрушка с черепом) на «шапочку смеха». В атмосфере юмора идет поиск ресурсов к выздоровлению.

Протагонист делает зарисовку сессии и использует ее в повседневной жизни. Так на рис. 43 во время психодрамы пациенту удалось заставить замолчать «голос агрессии» как попугая, когда накрывают клетку птицы платком. Он зарисовал эту метафору для памяти как вариант совладания с аффектом в будущем.



Рисунок 43. Зарисовка после психодрамы

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №54

Например, Артем, страдавший обострением гепатита, после проигрывания сна, в котором он убил своего соперника, получил домашнее задание, как завершить отношения с девушкой, пожелавшей быть с другим мужчиной без ее убийства. «Отелло» нашел в Интернете рекламу на ритуальный кинжал, распечатал картинку и принес ее на следующее занятие группы.

Аннотация к этому рисунку была следующая: «Существует легенда, повествующая о том, как в древнем французском дворце честолюбивый брат короля сумел коварным путем отравить его королевское величество, захватить корону и обманом завоевать сердце прекрасной королевы. Но проницательный принц сумел докопаться до правды и, убив коварного дядю с помощью королевского кинжала, вернул себе трон. Все вышло по известной поговорке – «Что посеешь, то и пожнешь». Протагонист от-

казалось от мщения, выбрав более конструктивное решение этой проблемы. Такая интеграция способствовала тому, что даже уровень трансаминазы в крови снизился, когда произошла проработка аффекта.

РАЗНООБРАЗНЫЕ КОНЦОВКИ, ПРЕДЛОЖЕННЫЕ ГРУППОЙ

Разыгрывается сцена, представляющая исполнение желания или триумф.

Ритуал ухода. Протагонист получает указание отделить себя от значимого человека при помоши ритуала. Примером такого ритуала может служить чтение элегического стихотворения из школьной классики.

Чтение директором стихотворений из цикла философской лирики, соответствующих проблематике пациента. Интересные материалы можно найти на сайте poezia.ru.

Повторное разыгрывание. Протагонист вновь разыгрывает первую или любую другую важную сцену психодрамы другим способом.

Повторение родительской заботы. Протагонист взаимодействует с членами группы, которые исполняют роли хороших родителей, обнимают протагониста и заботятся о нем. Таким образом, протагонист получает корректирующий эмоциональный опыт.

Ритуалы. Группа исполняет ритуал: например, все члены группы образуют круг, держась за руки, символизируя соединение с протагонистом в духовном союзе.

Подведение итогов. Директор и protagonista вспоминают отдельные сцены из психодрамы и подводят итог тому, что происходило.

Поддержка. Каждый член группы говорит protagonисту о том, что ему нравится в нем.

Сверхреальность. Разыгрывается фантастическая сцена, представляющая символический материал, например, доносится голос Высшей Силы.

Подарок на День рождения или выпуск группы. Протагонист дарит реальный или воображаемый прощальный подарок членам группы или сам получает его.

Хотя вышеперечисленные сцены помогают описать распространенные стратегии подведения сессии к логическому концу и представляют собой универсальные образцы завершения, ничто не может заменить творческого подхода к поиску специфических завершений каждой конкретной психодрамы. Успех психодраматического действия зависит в большой степени от артистической гибкости директора. Таким образом, не должно иметь места никакое механистическое использование техники, ведущее к предсказуемым финалам.

Чем привлекает психодрама?

Психодрама обладает своей собственной хорошо разработанной теорией

Психодрама позволяет обойти защитные механизмы

Психодраматические сессии не содержат формального анализа

Психодрама избегает оценок

Психодрама выносит внутренние образы на психодраматическую сцену

Символический (метафорический) разогрев позволяет быстрее войти в объектные отношения пациента

Психодрама – это одновременно **аналитический и действенный метод**

Мы перечислили не все возможные комбинации психодрамы с известными приемами и техниками. Креативность и спонтанность психотерапевта, практикующего психодраму, подскажет наилучший способ преодоления акционального голода протагониста.

❖ Лучшей книгой по психодраме, переведенной на русский язык, где изложены все теоретические рассуждения Я. Морено с клиническими иллюстрациями, является труд Г. Лейтц «Психодрама: теория и практика» (издавалась в 1994, 2007 годах).

Книга П. Холмса «Внутренний мир снаружи» – увлекательное путешествие в мир аналитической психодрамы. Автору удалось доступным языком изложить возможности интеграции психодрамы и теории объектных отношений. Им выбран удачный методический прием: на конкретном примере, который находится в поле внимания на протяжении всего чтения, показать рассуждения директора психодрамы о достоинствах и трудностях применяемого им метода.

Концептуальный подход Райнхарда Крюгера, представленный в книге «Лечение психодрамой: теория и практика. М.:Класс,2017 позволяет использовать психодраму как в групповой, так и в индивидуальной терапии. Собранные в книге знания

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ КУЛАКОВ

и опыт смогут быть полезными для психотерапевтов разных школ и для специалистов медицинской и социальной сфер, оказывающих консультационно-психологическую поддержку.

ГЛАВА 7. РЕЦИДИВ

Рецидив (от лат. *recidivus* – возвращающийся) – возврат болезни, т. е. повторение ее в типичной форме непосредственно после выздоровления или в периоде выздоровления. Как правило, рецидив бывает точным повторением картины недавно перенесенного заболевания; он может протекать короче и легче, чем первое заболевание, но в отдельных случаях при рецидиве наблюдаются тяжелые осложнения, иногда со смертельными исходами. Процесс рецидива (или срыва) – штатная ситуация в выздоровлении, проявлении любой хронической болезни. Частота рецидива, количество возвратов болезни и промежутки между ними бывают различными при отдельных заболеваниях и при одном и том же заболевании.

Гипертоническая болезнь, бронхиальная астма и ряд других психосоматических заболеваний течет с обострениями, кризами. Химическая зависимость протекает с частыми срывами и рецидивами. Срыв – это всегда обманутые ожидания, какими были они не были.

В англоязычной литературе *relapse* – рецидив, переводится как повторная ошибка.

ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СРЫВНОЙ ПРОЦЕСС?

Замедление или прекращение действий по выздоровлению

Часто начинается в благополучные времена

На пути «срыва» пациент обычно не собирается срываться. У него вполне «благородные» цели, которые он не оценивает как ложные. Сам он не видит своего срыва!

Изоляция, отказ от взаимодействия с системой поддержки.

Если этот процесс остановить, тогда выздоровление опять оказывается возможным.

Мы рассматриваем рецидив как ошибку, которую пациенту необходимо правильно воспринимать, осознавать и использо-

вать этот опыт в дальнейшем восстановлении от зависимости. Важнейшей основой нашей модели является проблемный анализ ситуаций срыва, тренировка механизмов совладания со стрессом (копинг-навыков), преодоление ситуаций риска. Срыв всегда начинается в духовной сфере! Если пациент смирит гордыню, поработает над «дефектами характера» и деструктивными (разрушительными) эмоциями, научится альтернативным способам совладания с ситуациями риска, то результатом будет повышение эффективности в процессе преодоления болезни.

В святоотеческой литературе Душа разделяется на разумную, раздражительную и вожделетельную части. Стоит потерять бдительность или контроль (разумная часть), идеализировать отношения, находиться в хроническом состоянии раздражения и усталости (раздражительная часть), как присоединяется 3-я, вожделетельная часть, отвечающая за влечения, подталкивая ублажить чем-либо утробу или наказать себя (анорексия, булимия), заполнить пустоту разными аддикциями. У психосоматических пациентов за счет ретрофлексивного механизма, и жесткого Суперэго деструктивные эмоции не разряжаются, а заставляют «болеть» тот или иной орган. В последнее время мы нередко наблюдаем, что обострение психосоматического заболевания идет параллельно со злоупотреблением психоактивными веществами. Итак, какие «духовные и душевые факторы» участвуют в рецидивах? Это, прежде всего, гордыня, уныние, гнев, низкое самоуважение.

Ниже представлены компоненты «гордыни», которые служат для проработки в психокоррекционной работе.

Высокомерие
Страх самораскрытия
Неспособность говорить о своих слабостях
Неспособность смеяться над собой
Отвергание помощь
Отсутствие благодарности
Сверхчувствительность
Неумение прощать

Неспособность извиниться или раскаяться
Мстительность
Помощь нуждающимся, для самовозышения
Нетерпимость к критике
Обидчивость
Упрямство
Зависть
Слепота к своим ошибкам
Эгоизм или самолюбие
Самоуверенность
Большое самомнение
Повышение голоса в раздражении
Работа без меры
Предубеждение – отвержение прежде
исследования;
Негибкость в общении
Сарказм
Поиск «своего» пути в выздоровлении по признаку
«я знаю, как мне надо»

Что такое уныние? Оно проявляется в двух видах – иногда как невыносимая скука, тоска, а иногда как лень и безразличие к духовным занятиям. Уныние иначе именуется «злым разлениением». При действии этой страсти, которая в русском языке называется хандрий, в английском «spleen» – человеком овладевает некая безысходность, безразличие и равнодушие ко всему. Ничто не радует и не утешает человека. Переходит нередко в выраженную депрессию.

Является ли срыв неудачей в лечении? Наоборот, срыв может быть позитивным опытом. Действительно, пациент прожил без обострений или трезво существенный период своей жизни. Он перестроил, по крайней мере, на это время свою жизнь более эффективно, чем это было до начала заболевания, начал духовно расти. Он научился способам поддержания здорового образа и выздоровления. Он получил опыт того, что это возможно для НЕГО. Его семья получила такой же опыт + опыт СВОЕГО вы-

здравления. Он выстроил личные контакты с товарищами и сотрудниками в центре, где лечился, на группах, с людьми, которые могут ему помочь. Он имеет возможность вновь обратиться за помощью.

Метафорически рецидив можно представить как коррозию организма. Если сравнить коррозию с ржавлением судна, (морская метафора) можно отметить, что в предыдущем лечении счистили ржавчину, но не покрыли слоем суртика, а сразу наложили слой краски. Через год ржавчина проступает на обоих бортах. То же самое происходит, когда пациенту не дают четких инструкций по профилактике рецидива после окончания медикаментозного и психотерапевтического лечения.

Основным предметом терапевтического процесса в срыве является совместное изучение внутреннего мира пациента: система его ценностей, смыслов, стремлений, жизненных интересов, отношений с внешним и собственным внутренним миром, ширина и глубина его жизненного пространства, актуальные переживания (эмоции, чувства, потребности мотивы и т.п.) и др.

В анализе срыва важно обнаружить «развилки», «отправные точки», с которых жизнь пациента пошла не так, как ему хотелось, и привела его в «срыв».

Затем пациент вместе с психологом рассматривает имеющиеся возможности для исправления допущенных ошибок, компенсации утраченных возможностей, необходимых изменений либо в системе отношений клиента, либо образа жизни в целом – для выхода из этого тупика.

Пациенты могут самостоятельно проработать один из ниже-перечисленных модулей.

МОДУЛЬ 1. АНАЛИЗ СРЫВА

Задание. В отдельной тетради напишите 10 причин, благодаря которым Вы снова обратились к лечению. Опишите подробно каждое обстоятельство и отношение к ним.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №55

Так, у Надежды У., 43 лет, рецидив психосоматического заболевания в другой форме наступил через 7 лет устойчивой ремиссии и теперь проявлялся в виде артраптического синдрома. Предполагалось, что ей пропишут гормональные препараты. Вспомнив, что когда-то ходила к психотерапевту и обратившись за помощью, в ходе консультации пациентки было выяснено, что у неё произошла остановка саморазвития. Дети выросли. Наступил «синдром пустого гнезда». Использование «ресурсов выздоровления» – путешествие одной («никогда без мужа никуда не ездила») и обучения на курсах по смежной специальности привело к исчезновению болей без применения медикаментозных средств. Однако через год в силу накопившихся стрессовых событий возник новый рецидив. Амбулаторная психотерапия не возымела успеха, и потребовалось прохождение психотерапевтического лечения в условиях стационара.

Приводим пример такого задания Надежды (Задание написано по предлагаемой психологами форме, в скобках приводятся чувства, сопровождающие «триггерные события»).

1. Однажды мой сын попал в больницу с язвой желудка (огорчение, боязливость, вина). Во время лечения стало ясно, что это психосоматика: «жрет сам себя» (горечь, смущение, тревога).

В результате я уговорила его обратиться за помощью к психотерапевту. Сейчас я ощущаю правильность моего поступка, но чувствую вину за его состояние и что я что-то упустила в его воспитании (боязнь, раскаяние, сожаление).

2. Однажды заболела мать моего мужа (огорчение, тревога, раздражение). Он сообщил мне об этом, дав понять, что я не имею к этому отношения, это её тайна, мое участие в этой ситуации излишне (униженность, боль, одиночество). В результате возникла ссора, и мы не разговаривали 5 дней (отвращение, враждебность, огорчение). Сейчас я понимаю, что стала «громоотводом», на мне он отреагировал свои чувства, а мое самолю-

бие было ущемлено.

3. Однажды мой муж длительно был на охоте, я чувствовала себя покинутой (боль, печаль, ущербность). Родственники (мать и свекровь) сообщили мне, что меня он уже не любит, я не интересна, что надо это менять (?) (вина, неловкость, поражение). Я потребовала объяснения, чем вызвана агрессия по отношению ко мне, но не получила ответа. Сейчас я понимаю, что эта расплата за сдерживание моих негативных чувств, разрешая другим проявлять их (грусть, равнодушие, жалость к себе).

4. Однажды мой муж вернулся домой после того как отвез мать домой после выписки из больницы (облегчение, сопреживание, волнение). Я попросила его, не заезжать к моим родителям по дороге, так как мне жалко его. Разговор перешел в ссору (поражение, скорбь). В результате я оказалась в изоляции на целый месяц, со мной не разговаривали, не объясняли, в чем мой проступок. Я одна ходила в кино, за покупками и т. д. (одиночество, смятение, грусть). Сейчас я выбираю способ избегать ссоры, подавляю боль, создаю видимость благополучия.

5. Однажды после сеанса с психотерапевтом, мой сын согласился на краткосрочное пребывание в психотерапевтическом отделении (уверенность, благодарность, волнение). В доме стало пусто, я осознавала, что ребенку необходимо лечение, мучилась от его отсутствия, от факта его диагноза «расстройство личности» и от своей ответственности. В результате я увидела, как он «повзрослел» и почувствовала неуверенность, что смогу принять эти изменения (паника, беспокойство, сострадание). Сейчас во время прохождения им программы загородного реабилитационного центра, мне стало пусто и одиноко, я ничем не могу заполнить эту пустоту (уныние, испуг, болезнь).

6. Однажды, когда продолжалась ссора с моим мужем, и он не разговаривал со мной, приехали его родители на день рождения (тревога, апатия, горечь). Поскольку мы были в ссоре, мне необходимо было «сохранить лицо». Свекровь распоряжалась всем как обычно «по привычке». Я указала ей на это, и попросила не носить в мой дом готовую еду. Я выразила, наконец, впер-

вые за 20 лет накопившиеся чувства и «выстроила границы». Попросила соблюдать мои правила (тревога, ужас, сожаление). В результате его родители не общаются со мной. Сейчас я понимаю, что ни муж, ни его родители никогда не интересовались моими чувствами и потребностями.

7. Однажды моя мать провела со мной вечер, расспрашивая о семье, работе и рассказывая о своей болезни. Я слушала её и подбадривала. Далее вечером последовал звонок, и я услышала, что плохо выгляжу, кожа не в порядке, нужно пересмотреть гардероб и т. д. (стеснение, нервозность, грусть). В результате я ощущала вину, недовольство собой, напоминание о том, что я не идеальна. Сейчас я поняла, что получала такие «послания» почти каждый вечер, и уже говорю себе: «У тебя прошел продуктивный день, ты хорошо поработала, отлично выглядишь, спрявилась со всеми делами! Позвони маме – почувствуй себя дерьмом!». Вот почему я не поехала в отпуске на дачу, а решила пройти психотерапевтическое лечение в клинике (одиночество, вина, беспокойство).

8. Однажды мы поехали в загородный реабилитационный центр, где находился мой младший сын, и провели день вместе с сыном и группой (облегчение, единение, стеснение). Я увидела реакции других родителей, услышала «обратную связь» по поводу созависимости. В результате я почувствовала, что моя реакция не адекватная, я хочу забрать сына из центра, чтобы заглушить свою тревогу и одиночество. Сейчас я понимаю, что от себя не убежишь, и надо учиться жить своей жизнью, а не решать проблему «пустоты» за счет детей и жалости к себе (горе, безнадежность).

9. Однажды, буквально за месяц до поступления в клинику, я забеременела. Я сразу это поняла, и меня это насторожило (взвинченность, смятение, страх). Мне пришлось принимать решение самостоятельно (муж дал смс-сообщение «Решай сама»), я прервала беременность, при этом ощущая желание сохранить её. Естественно этим поделиться было не с кем (сожаление, расстерянность, одиночество). Ценой был первый честный разговор

с мужем о сложностях, об отсутствии диалога, о кризисе, о перспективах брака. Сейчас я понимаю, что эта ситуация ранила меня, я жалею, завидую тем, кто решился сохранить ребенка, при этом понимая, что поступила верно. Мне больно, я чувствую надругательство над собой.

10. Когда переживала прерывание беременности, не обратила внимание на ухудшение здоровья (равнодушие, обида, апатия). Отложив лечение, я разболелась по-настоящему, возникли сильные боли в спине, пришлось подвергнуться «агрессивному лечению» (жалость к себе, раздражение, тревога). В результате я согласилась лечь в психотерапевтическое отделение, понимая что сильные боли заглушают и вытесняют мою пустоту. Если буду постоянно думать только о семейных проблемах, могу потерять свое здоровье.

В клинике было диагностировано сопутствующее нарциссическое расстройство личности. Пациентке рекомендовано длительное психотерапевтическое лечение после выписки.

В первую очередь необходимы перемена ума, изменение сознания, преобразование разума, сожаление, раскаяние о случившемся (метанойя). Главный смысл перемены ума – изменение эгоистической установки сознания вместо внешнего успеха или идеализации отношений на установку любви к высшей силе и ближнему и **самому себе**.

Задание. Описание срыва.

Напишите в отдельной тетради анализ своего срыва (минимум – последний месяц). Максимально точно и конкретно, постарайтесь вспомнить, когда он начался, что Вы себе говорили, и как объясняли себе свое поведение. Опишите потери, вызванные срывом, какие ценности были поставлены под угрозу, что могли потерять, чем пренебрегали: доверие близких, отношения, уважение и т. д. Или 10 причин, по которым произошел срыв. К примеру: «нарушение границ, нежелание следовать указаниям, отказ от препаратов, свой путь выздоровления и т. д.».

Задание. Саботажи выздоровления.

Саботаж – это сознательное неисполнение обязанностей.

Приведите 20 примеров того, как Вы саботировали своё выздоровление.

МОДУЛЬ 2. ДУХОВНОСТЬ

Духовность — это не только религия и вера.

Духовность — это свойство личности, которое характеризуется отрешенностью от чувственных и материальных интересов, стремлением к внутреннему совершенствованию, бережным отношением к окружающим людям и миру.

При болезни страдает и духовность, наступает полная сосредоточенность на собственном «Я». При этом, духовный рост, любовь и сострадание не смогут реализоваться до тех пор, пока мы не поделимся ими с другими. Отдавая другим свою любовь, и не требуя ничего взамен, мы становимся более любящими, а делясь своим опытом выздоровления, мы лучше понимаем, что такое духовность.

Так же очень важно работать над дефектами характера. Дефекты характера приносят в жизнь боль и страдание. Если не осознавать дефекты и не работать над ними, они «загоняют» в тупик, из которого не выбраться.

Одиночество.

Мы можем быть окружены людьми, но рано или поздно, наша болезнь выстраивает непроходимое препятствие между нами и даже самыми нашими близкими и любимыми.

Известный психотерапевт И. Ялом выделяет три типа одиночества (изолированности):

1. Внутриличностное: от себя.

Человек убегает от какой-то части себя, защищается от неприятных чувств или мыслей, отрицает собственные желания, следует за «правильно» или «нужно» и не доверяет себе.

2. Межличностное: от других.

Человек убегает от отношений с другими людьми и от понимания, что он живет не так, как ему этого хочется. Причин этого может быть несколько, в том числе, неумение строить близкие

отношения, страх, личностные особенности и предыдущий опыт отношений и др.

3. Экзистенциальное: от жизни.

Человек прячется в толпе от грусти и тоски, с ощущением, что никто и ничто не смогут дать вечного смысла, радости и внимания. Это связано с тем, что ничто не сможет отменить жизненный факт – наше экзистенциальное одиночество.

СВОЕВОЛИЕ

Своеволие – это коварная привычка выстраивать некое «я», «мне», «моё» на основе практически любой ситуации и жить в реальном мире, руководствуясь этим ограниченным представлением, которое, по сути, есть опасная иллюзия того, что Вселенная вращается вокруг нас.

МАНИПУЛЯЦИИ

Манипуляция – влияние на других людьми для достижения своих целей, при этом ставя свои потребности выше потребностей окружающих.

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ

Перфекционизм – убеждение, что наилучшего результата можно (или нужно) достичь. В патологической форме – убеждение, что несовершенный результат работы неприемлем.

Перфекционизм может проявляться в:

стремлении довести любое действие до идеала;
скрупулезности, повышенном внимании к мелочам;
чрезмерно высоких стандартах;
зацикленности на ошибках;

сомнении в результате;
восприимчивости к завышенным ожиданиям;
восприимчивости к критике;
рассогласовании в оценке себя и других.

ВЫСОКОМЕРИЕ

Высокомерие – это комбинация грандиозности и презрительности. Грандиозность есть попытка стыдящейся персоны вновь возвысить себя. Презрение – это процесс, посредством которого такая персона пытается принизить остальных. Высокомерие позволяет быть выше всех остальных: «Никто лучше меня не знает, как надо выzdоравливать».

СМИРЕНИЕ

Смирение – сознание своих недостатков, слабостей, сочетающееся с отсутствием гордости, высокомерия. Смирение – это результат того, что мы стали честными перед собой. Быть по-настоящему смиренными – это значит принять себя и честно стараться быть самими собой. Никто из нас не является идеально хорошим или совершенно плохим. Мы – люди, у которых есть свои хорошие качества и свои недостатки. Настоящее смирение – это просто принятие самих себя такими, какие мы есть.

Задание.

1. Вспомните и опишите подробно в отдельной тетради те ситуации, в которых Вам необходимо было проявить смирение в процессе рецидива.

2. Напишите, когда Вы принимали себя таким/такой, какие Вы есть, не стараясь показаться лучше или хуже

3. Напишите, когда Вы не нуждались в отстаивании своей точки зрения.

4. Напишите, когда Вы вели себя естественно

5. Напишите, когда Вы получали удовольствие от общения с людьми, не пытаясь их контролировать или манипулиро-

вать ими

6. Напишите, в чем Вы проявляли смиление

МОДУЛЬ 3. ЭМОЦИИ И ЧУВСТВА

Способность человека признать свои эмоции и чувства, примириться с ними и выразить их невероятно важна для формирования и развития личности, а так же для здоровья (трезвости) человека. Неумение управлять своими чувствами может вызвать срыв. Важно научиться «вентилировать» свои чувства, избавляться от внутреннего напряжения.

Постоянная работа с чувствами является важной составляющей профилактики рецидивов.

Задание. Напишите 20 ситуаций (по 5 на каждое чувство), где Вы испытывали страх, жалость к себе, злость, обиду с того момента, как Вы начали лечение и до момента срыва.

ВИНА

Вина – это сложная эмоция неудовольствия, возникающая при нарушениях морального, этического или религиозного характера, причем в ситуациях, в которых субъект чувствует личную ответственность. Противоположностью можно назвать ответственность. Слово «ответственность» можно понять, как способность к ответу (*respons-ability*): возможность ответить, мыслить, реагировать, проявлять эмоции в определенной ситуации. Ответственность – это способность к осмысленной реакции.

ЗАВИСТЬ

Еще одним разрушительным аффектом является зависть. Греки представляли Зависть уродливой, грязной и косоглазой старухой. Зависть улыбается только тогда, когда видит чужие

несчастья, и никогда не спит, потому что ее всегда грызут мысли, что кому-то в этом мире хорошо. Больше всего мерзкое создание ненавидит, когда кто-то добивается успеха, потому что в этом случае она начинает чахнуть и иссыхать. Она является сама для себя наказанием: чем больше она беспокоит и гложет людей, тем больше разъедает сама себя.

ЖАЛОСТЬ К СЕБЕ

Жалость к себе является одним из самых разрушительных чувств. Она лишает сил и истощает все запасы положительной энергии. Человек сосредотачивает своё внимание на том, что у него не получается и игнорирует позитивное.

ОБИДА

Обида – это смесь агрессии, обращенной внутрь и вовне.

Чем дольше держать в себе обиду, тем более горькой она становится, постепенно отравляя хозяина. Для того, чтобы оставаться здоровым, следует найти в себе способность отпустить свои обиды, способность прощать.

Задание. Приведите 10 конкретных ситуаций из рецидива, которые породили в Вас болезненное чувство обиды (в ярком проявлении этого чувства).

Постарайтесь подумать над следующими вопросами: чувствовал (а) ли я обиду потому, что была задета моя гордость? Конфликтовал (а) ли я с другими из-за моих амбиций? Как яправлялся/справлялась с чувством обиды?

ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Пациенты с психосоматическими расстройствами очень часто жалуются на нервозность, раздражительность, напряженность, ранимость; на то, что какие-то житейские мелочи вызыва-

ют бурю эмоций. Это называется гиперчувствительностью.

Задание. Перечислите людей, контакт с которыми вызывает у Вас эмоциональное напряжение, дискомфорт или неловкость. Опишите свои эмоции и ощущения во время контакта с этими людьми. Приведите пример из опыта своего срыва.

Задание. Перечислите ситуации, в которых Вы чувствовали напряжение и дискомфорт, укажите, по возможности, с чем это связано. Конкретно и подробно напишите по три примера из своего опыта срыва, когда незначительное событие приводило к сильным проявлениям чувств.

ГНЕВ

Одной из проблем, осложняющих выздоровление, является гнев. Многие сопровождающие срыв признаки вызываются неспособностью конструктивноправляться с гневом. Неуправляемая злость также вызывает проблемы в отношениях с другими людьми.

Задание. В отдельной тетради напишите примеры, когда Вы испытывали гнев во время срыва. Как Вы с нимправлялись.

СТРАХ

Известно, что часто страх лежит в основе многих проблем человека. Мы боимся, и поэтому начинаем избегать решительных действий, уходить от ответственности, подавлять и скрывать свои чувства, обрастиать защитами и становимся уязвимыми.

Задание. Приведите 10 примеров страха из «срывного периода». Что или кто служило источником страха?

Задание. Приведите 10 ситуаций, когда страх приводил к тому, что Вы вели себя деструктивно? (избегали, подавляли и скрывали чувства, уходили в защиты и изоляцию).

ДНЕВНИК ЧУВСТВ И ПИСЬМЕННЫЙ САМОАНАЛИЗ

Эти методики повышают уровень осознания пациентами своих переживаний, развивают навыки узнавания и дифференцирования эмоций, дают возможность выявлять причинно-следственную связь между эмоциями, мыслями и действиями пациента

Дневник чувств позволяет эффективно анализировать актуальное эмоциональное состояние. Рекомендуется отталкиваться от эмоции, испытываемой в настоящий момент, для установления причинно-следственной связи с какой-либо ситуацией. Эмоция может быть связана с событием из внешнего мира и, например, может быть результатом воспоминания, фантазии. По сути, работа с дневником чувств является способом конструктивного отреагирования эмоций, эффективно используемой паузой между стимулом (событием) и реакцией пациента. Напряжение, которое долго копилось внутри, наконец-то выходит наружу. Письменную работу можно сравнить с поднятием крышки с кипящей кастрюли.

Важно знать, что подавлять эмоции – плохо!

Подавление чувств – это попытки сдержать вулкан, приводящий к еще большим взрывам.

Подавление чувств может привести к депрессии, неврозам, различным заболеваниям, нервному напряжению.

Эмоции накапливаются, а конфликт не решается.

Говорите открыто о своих чувствах. Принимайте критику более сдержанно. И жизнь станет более мирной.

Как **эффективно** выражать свои чувства:

1) Избегать сильных оценочных определений, мата.

2) Избегать «**Ты-посланий**», когда ответственность за переживаемую эмоцию возложена на другого человека (**ты** вывожишь меня из себя; **ты** обидел меня; как **ты** мне надоел)

В ответ на «Ты» – сообщения любой человек обычно закрываетяется и старается уйти от разговора. Поэтому, если вы хоти-

те, чтобы ваш собеседник изменил свое поведение, **избегайте «Ты» — высказываний**, иначе он просто перестанет вас воспринимать.

3) Использовать Я-высказывания. Они позволяют принять ответственность за свои чувства на себя; открывают возможность управлять эмоциями и чувствами (**я** расстроился, поскольку рассчитывал вместе провести время).

Схема Я-высказывания:

«Я чувствую... (эмоция), когда ты... (поведение), и я хочу... (описание действия)».

4) Техника обратной связи (используется как способ конструктивного выражения эмоций и чувств). Высказывания касаются только фактов. Исключаются оценки и обобщения. Форма — «Когда я слышу/когда я вижу/когда это произошло, я почувствовал».

МОЙ ЕЖЕДНЕВНЫЙ САМОАНАЛИЗ

Удалось ли мне сегодня обойтись без симптомов?

Замечал ли я сегодня у себя...?

Негативное мышление и разрушительные чувства (отрицание, недоверие, злость, злорадство, ненависть, зависть, страх, отчаяние, жалость к себе...); навязчивые желания и мысли, одержимость; заранее настраивался на результат; беспокойство о будущем, прошлом

Какие отрицательные черты проявлялись в моих сегодняшних поступках, наносил ли я вред себе и окружающим?

Своеволие; Лень; Нечестность; Жадность; Эгоизм; Эгоцентризм; Осуждение; Оскорблении; Неуважение; Манипуляции; Праздность

Обвинял ли я кого-нибудь в моих сегодняшних действиях?

Кто те люди в моей жизни, которым я доверял сегодня?

Признал ли я перед кем-нибудь свои ошибки сегодня?

Что я сделал сегодня против своего желания?

За что я могу себя похвалить?

Новые привычки (вовремя вставать, холодный душ, зарядка, приготовление себе еды, выполнение домашних обязанностей и т.д.); Бескорыстные поступки; Добросовестная работа; Ответственность; Самообразование

Что принесло радость, удовольствие?

Интересное общение; Активный отдых; Интересные открытия, книги, информация; Спорт; Подарки себе и другим

Какие хорошие качества я сегодня в себе вижу?

Кому и за что я могу сегодня быть благодарен?

Люди; Высшая Сила; Судьба

Замечал ли я сегодня у себя позитивное мышление?

Что меня сегодня отдаляло от болезни, а что приближало?

P.S. Не умолчал ли я о каком-то событии, о котором непременно должен был посоветоваться с психологом?

МОДУЛЬ 4. УПРАВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНИЕМ И СИТУАЦИЕЙ

Чтобы хорошо себя чувствовать, необходимо уметь эффективно справляться с трудными (стрессовыми) ситуациями.

Задание. Напишите в отдельной тетради 10 причин, по которым Вы конфликтуете. Напишите конфликтные ситуации, которые привели к срыву. Напишите, что нужно было Вам сделать в каждой из этих ситуаций, чтобы избежать конфликта. Что помешало? Приведите пример позитивного разрешения конфликтной ситуации в Вашей жизни и 5 возможных способов разрешить конфликты.

СОВЛАДАЮЩИЕ КАРТОЧКИ

Копинг-поведение – это то, как человек справляется со стрессом, набор стратегий преодоления стресса. Чем больше таких стратегий есть у человека, тем лучше.

В когнитивно-поведенческой терапии существует техника – «совладающие карточки» (набор стратегий, помогающих спра-

виться с негативными эмоциями, трудными ситуациями, сделанный в виде маленьких карточек). Делается и обсуждается вместе с личным психологом.

Совладающие карточки могут быть разных типов.

Например, это могут быть карточки, направленные на **решение определённой проблемы**, например, управление гневом.

- 1.Поговорите один на один с человеком, на которого злитесь.
- 2.Поговорите с третьим лицом, чтобы ослабить свои чувства и лучше понять ситуацию.
- 3.Выразите злость через конструктивные действия. Например, через бег трусцой, работу по дому или иную физическую деятельность.
- 4.Измените свои мысли. Например, "Я злюсь на тебя потому, что..." на "Жаль, что так получилось, но я не собираюсь еще и злиться из-за этого".
- 5.Не позволяйте гневу расти. Делай анализ гнева в конце каждого дня, чтобы застраховаться и не позволить гневу или негодованию расти.

Также карточки могут быть выполнены в виде активизирующих самоинструкций, вдохновляющих самоинструкций, самоанализа, направленного на осознавание ситуации, список конкретных стратегий, которые может применить человек, оказавшись в трудной ситуации.

АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ

Для того чтобы научиться выявлять автоматические мысли необходимо ежедневно вести дневник (не менее 2 дней), с оценкой баллов (по шкале от 0 до 100) (Табл.18)

Таблица 18. Оценка автоматических мыслей

ПСИХОСОМАТИКА

Ситуация	Эмоции, в баллах	Автоматические мысли	Разумная реакция	Результат (переоценка эмоций)
Нужно попросить помощи у коллеги	Волнение – 80 Нерешительность – 90 Опасение -85	Мне откажут 90%	Я не знаю, откажут мне или нет. Стоит попробовать, я ничего не потеряю. Потренирую уверенное поведение.	Нерешительность – 40 Волнение 60 Опасение 40

ЮМОР

«По-настоящему сильным до тех пор не будешь, пока не научишься видеть во всем смешную сторону.»_Кен Кизи. «Над кукушкиным гнездом».

Чтобы снизить истинность автоматических мыслей и найти на них адаптивный ответ, человеку может помочь юмор. Известный психолог Виктор Франкл часто писал о том, что юмор – важное свойство человеческой личности, которое даёт возможность занять дистанцию по отношению к чему угодно, в том числе и к самому себе, и тем самым обрести над собой полный контроль.

МОДУЛЬ 5. САМООЦЕНКА И САМОУВАЖЕНИЕ

Самооценка (self-esteem) – это мнение, которое составляет о себе человек, включая степень самоуважения и самопринятия. Поэтому, низкая самооценка предполагает неприятие себя, самоотрицание, негативное отношение к своей личности. Знаменитая формула У. Джемса:

Самоуважение = успех деленное на притязания

до сих пор актуальна. Одному человеку невыносимо стыд-

но, что он – руководитель отдела, а не генеральный директор, другой радуется, что есть просто любимая работа. Чем выше уровень притязаний, тем труднее их удовлетворить. В профилактике срыва важно выяснить, один или несколько источников самоуважения у пациента. Так один 40-летний врач (стенокардия, работоголизм) на амбулаторном приеме заявил, что если его уволят, он совершил суицид. При этом есть семья, дочь, живет в Питере...

Самооценка личности – это оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей. От самооценки личности зависят ее отношения с окружающими людьми, ее креативность, требовательность к себе, отношение к успехам и неудачам, тем самым самооценка влияет на эффективность деятельности личности, ее дальнейшее развитие.

Самооценка – это то, какое мнение составляет о себе человек, включая степень самоуважения и самопринятия.

Поэтому, низкая самооценка предполагает неприятие себя, самоотрицание, негативное отношение к своей личности.

Самоуважение – уважение (или неуважение) человека к самому себе, к своей личности.

Высокий уровень самоуважения создает у личности чувство комфорта, стимулирует развитие её уровня притязаний. Низкий уровень самоуважения, напротив, приводит к острой неудовлетворенности собой, провоцирует неврозы и депрессию. Человек сам отвечает за свои поступки, за поведение в целом. Его ответственность базируется на осознании себя и своего места в мире. Выражение этой ответственности – самооценка. Честная самооценка – это еще один ключ к новой жизни.

МОДУЛЬ 6. РЕСУРСЫ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Это важный аспект выздоровления и профилактики рецидивов. На рис. 44 показаны основные ресурсы из разных сторон жизни. Пациент может использовать эту схему в качестве опорного сигнала и изучить какие ресурсы он не использует

совсем. Многим психосоматическим пациентам не хватает яркости жизни!



Рисунок 44. Ресурсы выздоровления

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №56

В качестве иллюстрации приведем следующее наблюдение пациента Д.23, лет, проходившего лечение в нашей клинике (См. также Случай из практики №26).

Анализ психосоматического срыва

«Мой психосоматический срыв начался ещё в конце марта, т.е. – 3 месяца назад. В своём дневнике я нашёл запись о том, что у меня в то время резко началась простуда, заболело горло, ухудшилось настроение.

Именно в то время моя психика стала ослабляться из-за множества психоэмоциональных нагрузок:

1) Я начал очень сильно переживать из-за диплома, который нужно было писать. В процессе работы я постоянно сталкивался с сопротивлением: меня одолевали лень, тревога, беспокойство, страх ошибки, страх осуждения. Я постоянно оттягивал работу, не укладывался в график, впадал в уныние и отчаяние, если у меня хоть что-то не получалось. К каждому моменту я подходил с жутким перфекционизмом. Когда деканат стал сокращать сроки сдачи работы, у меня усилились паника, напряжение и отчаяние. Я боялся не успеть сдать в срок, сделать что-то неправильно. Обращаться за помощью к научному руководителю мне было тяжело и страшно, т.к. я боялся её критики. К другим людям – тоже мало обращался за помощью.

На протяжении всей активной работы над дипломом, вплоть до его сдачи, меня не покидали тревога, напряжение и опасение.

2) Вместе с изнурительной работой над дипломом я пытался совмещать волонтёрство, которое давалось мне нелегко (опасение, тревога, напряжение). Хотя мой специалист порекомендовал мне отказаться на время от волонтёрства, я пренебрёг его рекомендацией, и всё равно ходил, а когда не ходил – очень беспокоился, что обо мне плохо подумают, что я пропускаю – для меня это было невыносимо.

В итоге я перестал ходить на волонтёрство, когда стал физически плохо себя чувствовать.

3) Я пережил несколько болезненных ситуаций фruстрации (разочарования/облома). Например, я со своей девушкой хотел пойти гулять вместе с двумя нашими друзьями, Дашей и Виктором. Но из-за того, что мы не смогли решить куда идти, прогулка

сорвалась (разочарование, обида, вина, огорчение). В связи с этим я чувствовал ущербность в общении, ощущал себя не умеющим общаться. Мне казалось, что я должен уметь как взрослый человек всё организовывать, договариваться. Ощущал свою вину за то, что встреча не состоялась и обиду на своих друзей, потому что они тупили и неконкретно выражались. В конце я накрутил себя так, что подумал, что они не хотят со мной общаться (ущербность, стыд, жалость к себе).

Дальше, на протяжении нескольких недель мой срыв развивался.

Я постоянно чувствовал себя простуженным, плохо дышал нос, настроение падало, напряжение и тревога возрастали. При этом я стал забивать на инструменты выздоровления, понимая, что у меня идёт срыв. Я проводил много времени без дела в Интернете, в результате чего сильно болели глаза, и возникало уныние, жалость к себе, злость на себя. Я почти не писал ни дневник чувств, ни самоанализ, не ходил на психотерапию, хотя явно была нужда. Нарушился режим дня, в комнате был бардак, я перестал делать зарядку, иногда мог целый день ничего не делать. Стала пропадать осознанность о своём внутреннем состоянии, я стал чаще скрывать или врать о том, что чувствую.

С девушкой стал более раздражительным, у нас стал исчезать телесный контакт.

В начале мая у меня резко поднялась температура, заложило нос, заболело горло. Мне поставили диагноз: ОРВИ. Мне было очень плохо. Слабость, головокружение, в носу появился неприятный запах (чего раньше никогда не было при простуде). Иногда у меня случались обмороки, темнело в глазах. 5 дней подряд была очень сильная тошнота без рвоты, ничего не ел и почти не спал. На 6-ой день меня забрали в Боткинскую больницу с диагнозом гастроэнтерит (ужас, паника, бессилие).

В «Боткина» после анализов мне сказали, что у меня не гастроэнтерит, а всё-таки ОРВИ. 12 дней я провёл в больнице в страхах за своё здоровье. После выписки я стал очень мнительным. Постоянно мерил температуру, пил разные таблетки

для иммунитета, боялся мыть голову, есть холодное, боялся, что меня опять продует.

У меня обострились мушки в глазах, я думал и переживал только об этом, боялся, что это — проблемы с сетчаткой и это не пройдёт. При этом, я пытался отогнать тревожные мысли, за-сиживаясь в Инете, нарушая распорядок дня, не пользовался инструментами выздоровления. Когда мой психотерапевт предложил мне лечь в центр «Бехтерев», я отказался, думая, что так я не смогу доделать дела с дипломом.

Через 2 недели опять начались проблемы с носом. Лор поставил диагноз — синусит, как и до этого в Боткина, назначил уже 3-ий по счёту курс антибиотиков (отчаяние, бессилие, безнадёжность).Хождения по врачам, больницам, аптекам, траты денег на лекарства — всё это делало моё психическое состояние только хуже.

Каждый день я был в отчаянии, плакал как ребёнок, устал уже от всех этих бесконечных страданий и болезней. Головокружение, тошнота, слабость периодически возвращались. При этом, как Дамоклов меч, надо мной нависал диплом. Я боялся, что снова попаду в больницу и не смогу его сдать.

В итоге лечение носа привело к тому, что лор сказал, что всё в порядке, надо переставать капать капли, а запах в носу — это к неврологу.

Вечером у меня усилилась слабость, появилась опять тошнота, головокружение. Через 3 дня такого состояния сильно заболели глаза, и появилась боль в затылке.

Я совершенно отчаялся, и не было сил бороться. Появились мысли о смерти, не хотелось жить. Совершенно не знал, что делать и куда податься. Самочувствие не позволяло выйти даже на улицу.

На следующий день я по совету своего психотерапевта лёг в клинику.

Там мне через несколько дней сделали МРТ, собрали анализы — оказалось, что у меня всё в порядке (облегчение, растерянность, волнение).

Все говорили мне, что это всё — психосоматика. Самое трудное для меня было принять это и поверить в это. Каждый раз, когда у меня что-то начинает болеть, я беспокоюсь. (В ходе диагностики была использована схема четырех измерений экзистенции Ван Дорцен и Спинелли, как видно на табл.19 большинство проблем наблюдалось в личностном и духовном измерениях -С.А.).

Таблица 19. Четыре измерения экзистенции при анализе рецидива (Ван Дорцен, Спинелли)

Физическое измерение	Социальное измерение	Личностное измерение	Духовное измерение
Дефицитарность	Различия	Дileммы	Дезориентация
Болезнь	Разногласия, конфликты	Перфекционизм	Упаднические настроения
Желания	Власть-подчинение	Разочарования	Крушение иллюзий
Сверхчувствительность к раздражителям	Непорядочность	Самоуважение	Сомнения
Отчуждение тела	Деструктивные аффекты	Страх	Чувство долга
Астенизация	Изменение жизненных обстоятельств	Уныние	Отчаяние

Тем не менее, мне стало настолько легче, что я всё же смог поехать и защитить диплом (благодарность, радость, облегчение).

Через неделю я выписался.

Дома я столкнулся с новой проблемой — депрессией (бессонница, волнение, горе). У меня появилась жуткая сонливость, слабость, всё будто потеряло смысл. Даже в день рождения я не смог никуда выйти — вырубало спать. В голове каша. Ничего не интересует, что раньше радовало — не радует. Из-за этого

страх, тоска (*прим. – сейчас мне легче, на смену пришёл страх выбора за будущее, страх перемен, тревога*).

Вывод

Я считаю, что 3 вещи привели к моему срыва:

- 1) Я перестал пользоваться инструментами выздоровления и пренебрегал рекомендациями специалистов.
- 2) Я все ещё не принимаю себя и слишком озабочен, что подумают другие, как они отнесутся ко мне.
- 3) Я всё ещё боюсь брать ответственность за свою жизнь, за взрослую жизнь. Конкретно – работа, будущее. Работа и будущее пугают меня до чёртиков.

И ещё мне до сих пор трудно принять свою болезнь. Я здоров, а мне постоянно кажется, что болен. Хотя я конечно болен, только психосоматически.

Заключение

Мне с трудом даётся эта работа, но я всё равно пишу. Я не хочу находиться в этом состоянии, и готов работать, чтобы выбраться из своей ямы. Несмотря на депрессию, тревогу, усталость и бессилие, внутри меня есть огонь (огонёк), который ХОЧЕТ жить и верит, что счастливая жизнь возможна.

Я пишу эту работу, потому что нужно хоть что-то делать, чтобы начать выздоравливать.

Я надеюсь, что у меня всё получится и наладится. Дай мне, Господи, сил выдержать, что мне выпало и найти свой путь».

Д. в качестве одного из домашних заданий нарисовал «тарелку дефектов» и «тарелку здоровья» в качестве ресурсов вы-

здравления (рис.45 и 46)

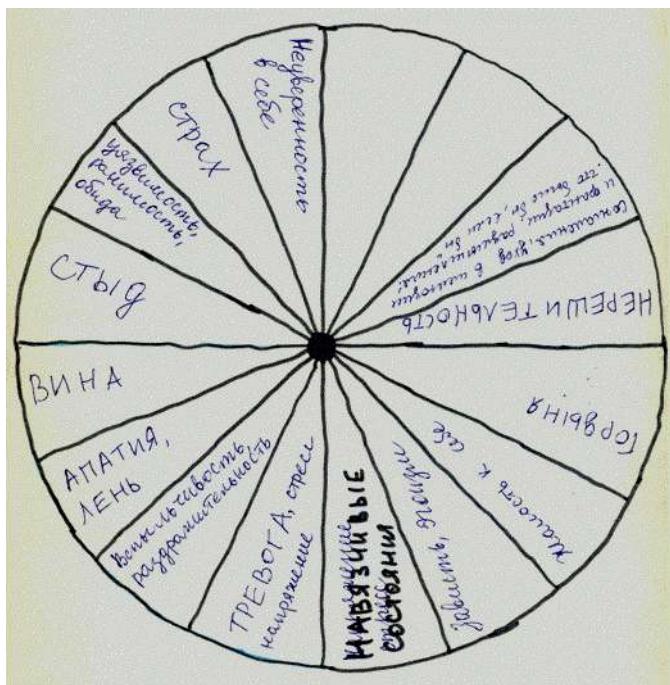


Рисунок 45. Тарелка «дефектов характера»



Рисунок 46. «Тарелка здоровья»

Анализируя данный случай рецидива, хочется еще раз подчеркнуть важность диагностики и длительности терапии при психосоматических расстройствах.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЗИЦИИ НА БУДУЩЕЕ. ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ

Человек – это постоянное изменение: становление и развитие.

«Кто я?»

«Что я могу знать?»

«Куда я иду?»

«Что мне следует делать?»

«На что я могу надеяться?»

Помни, что ты автор собственной жизни!

СУПЕРВИЗИЯ

Важным в этой цепочке знаний и умений является представление случаев на супервизию.

Супервизия в той или иной форме является обязательной составляющей частью подготовки и повышения квалификации специалистов в области психотерапии. Варианты взаимодействия между людьми, которыми оперирует как личностно-ориентированная, так и симптоматическая терапия, настолько бесконечно разнообразны, что, несмотря на профессиональный и жизненный опыт, формальный статус психотерапевта, испытание сложностями неизбежно. Это могут быть сложности общего порядка, идущие от недостаточной информированности, опыта или эмоционального выгорания терапевта. Или частного, такие как вопросы контрпереноса, личных отношений с пациентом, слепых пятен, технических аспектов проводимой психотерапии.

Супервизия предполагает акт сверхвидения, следовательно, заранее подразумевает некоторое преимущество, первенство супервизора в экспертизе, статусе и власти. Выделяют формирующую, нормативную и реставрационную функции супервизора. Первая из них нацелена на развитии и понимании теории и применения терапевтических навыков и техник, вторая — защиту пациента через гармонизацию профессионального поведения супервизируемого, третья — улучшение контакта с пациентом в рамках предпочтаемой модели супервизируемого.

В качестве иллюстрации вышеназванным положениям приведем следующий клинический пример.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №58

Тимур, 22 года обратился с жалобами на навязчивые мысли (обсессии), повышенную тревожность, периодически возникающие приступы экстрасистолии. Содержание этих мыслей на тот момент было примерно таким: «Я нечестно попал в эту программу. Я не должен был здесь учиться. Меня взяли из-за моей девушки». Тимур окончил государственный университет в Уфе с красным дипломом. Каждый год в университете проходил отбор в какую-то иностранную компанию, брали только двух человек. Смотрели все: успеваемость, знание английского языка, проводили несколько туров различных заданий и — в итоге выбирали двоих... Так было и в тот год, когда Тимур учился на последнем курсе, он тоже принял участие в отборе, как и девушка, с которой он общался на тот момент. Отношения длились пару лет, юноша даже планировал брак в дальнейшем. Так вот, в этом отборочном конкурсе девушка всех победила и была номером один. За вторую путевку развернулась отчаянная борьба. У Тимура были хорошие шансы, он также прошел все отборочные туры. Но на одном из предварительных собеседований с иностранными специалистами он оговорился, что это его девушка, что у них отношения. На тот момент уже было известно, что она проходит, а за второе место еще шла борьба. В итоге Тимур все же получил эту заветную путевку.

Но по прибытии на учебу за границей отношения с девушкой прервались. Девушка легче справилась с разрывом, стала знакомиться с другими иностранными студентами. А Тимур остался в изоляции, в течение года ни с кем не общался, сосредоточившись на учебе. Появились навязчивые мысли. Эти мысли не позволяли усваивать материал, а программа очень сложная, все на английском языке. Кое-как Тимур до каникул доучился и обратился к психотерапевту. Причем сначала он не связывал разрыв отношений и симптоматику. Все выглядело так, что вот мысли просто появились, просто мешают, их надо убрать. До этих отношений у Тимура была еще одна связь, но он ее пре-

рвал по своей инициативе, и ничего подобного не было. Причем «источники, близкие к организаторам этой программы» уверяли Тимура, что иностранцам плевать даже на родственные связи, и что взяли его исключительно за его способности. Однако эта информация не разогнала «обсессивные тучи».

Тимур из полной семьи (семья проживает в провинциальном городе Башкирстана), отношения с родителями формальные. Мать работала в школе, мальчику приходилось учиться хорошо, чтобы ее не опозорить. С отцом – более дистантные и холодные отношения. Хорошей учебой юноша пытался привлечь его внимание.

С ним было проведено 7 психотерапевтических сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии с медикаментозным сопровождением флуоксетином в дозе 40 мг в сутки, который он принимал 2 месяца, покинув Россию. Эффект был краткосрочным: мысли или «пропали» или «почти пропали», но после подготовки к экзаменам симптоматика возобновилась. Симптоматика сохранялась через месяц медикаментозного сопровождения.

Я выступал супervизором по этому случаю. У психотерапевта были тяжелые чувства в ходе и после сеансов с ним.

По мере знакомства с личностью Тимура вырисовывалось сопутствующее нарциссическое расстройство личности. Согласно DSM-5 (пересмотр – июнь 2011) для диагностики нарциссического личностного расстройства необходимо наличие следующих критериев.

А. Значительные нарушения функционирования личности.

1. Нарушения в функционировании Self (а или b):

а. Идентичность: выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки; самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной, или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки.

б. Направленность Я: постановка целей основана на получении одобрения других; личные стандарты неоправданно высоки, что дает возможность воспринимать себя как исключительного,

или слишком мало основываются на собственных потребностях.

2. Нарушения в межличностном функционировании (а или б):

а. Эмпатия: нарушенная способность распознавать и сопереживать чувствам и потребностям других; чрезмерная ориентация на реакции других, но только если они воспринимаются как относящиеся к себе; пере- или недооценка собственного влияния на других.

б. Интимность: Отношения преимущественно неглубокие и используются для регуляции самооценки; взаимность ограничена слабым интересом к переживаниям других и приоритетом личной выгоды.

В. Патологические личностные черты в следующих сферах:

1. Антагонизм:

а. Грандиозность: потребность в признании или восхищении, открытая или **скрытая**; центрированность на себе, основанная на убеждении, что кто-то лучше, чем другие; снисходительное отношение к другим.

б. Поиск внимания: настойчивые попытки быть в центре внимания других; поиск восхищения. Пациент обнаруживал и характерные для этого расстройства психологические защиты: идеализацию и обесценивание.

Это заставило пересмотреть применяемую психотерапию в пользу психодинамической модели. В психодинамике пациента было несколько ситуаций, где страдало его самоуважение и зависело от внешних обстоятельств. Так в подростковом возрасте он должен был сдавать анализ мочи в центральной больнице своего города и каждые 3 месяца ехать в Уфу на консультацию, так как состоял на учете у нефролога. **"Сдавать анализ – это был самый настоящий СТРЕСС для меня. Я так перепугался за все время этих больниц и мочеиспускания розовой жидкостью, что просто критически боялся, что будут плохие анализы и все повторится".** В дальнейшем каждый его экзамен, встреча с начальником напоминала сдачу анализа.

В когнитивной сфере обнаруживались ригидные «когнитив-

ные схемы»: установка катастрофизации: кошмар, ужас; установка предсказания негативного будущего: что, если; а вдруг; а ведь может быть; установка максимализма: только на отлично/на пятерку; установка персонализации: местоимения «я», «меня», «мною», «мне»; установка сверхобобщения: все, никто, ничто, всюду, нигде, никогда, всегда, постоянно; установка чтения мыслей: он (она/они) думает (ют). Угрюмый взгляд начальника в московском офисе был расценен как мысли, что его взяли напрасно или даже созревшее решение о его увольнении. Вместе с тем эти установки сочетали желание получить восхищение (скрывающееся!) от коллег его незаурядным интеллектом и трудолюбием.

Термин «обсессивно-компульсивный», согласно DSM, применяется по отношению к двум видам психических нарушений: обсессивно-компульсивное (невротическое) расстройство – ОКР; обсессивно-компульсивное личностное расстройство (ОКЛР). ОКР относится к группе тревожных расстройств и характеризуется вторжением в сознание нежелательных еgo-дистонных мыслей, чувств; представлений о защитных действиях с возможной их реализацией. Вместе с тем терапия этого расстройства представляет сложности из-за трудностей отнесения данного расстройства к той или иной категории из-за наличия коморбидности с личностными расстройствами, что делает монотерапию антидепрессантами или нейролептиками неэффективной и приводит к прерыванию психотерапии из-за неправильной диагностики «симптомов-мишеней».

В данном случае мишенями психотерапии должны были послужить «нарциссический дефицит» и нарциссическое расстройство личности. Обсуждение с пациентом его диагноза, согласование «мишней» психотерапии способствовало положительной динамике в лечении пациента и «реставрации» эмоционального состояния психотерапевта.

Отличия супервизии от личной терапии.

1. Цель психотерапии: сохранение здоровья, профилактика профессионального выгорания; супервизии — эффективность работы психотерапевта.

2. Оценка: психотерапия безоценочна, супервизия так или иначе своеобразный экзамен.

3. Продолжительность: личная терапия имеет определенную продол-

жительность, супервизия — с открытыми сроками (бесконечна).
4.Анонимность: личная терапия конфиденциальна, а имя супервизора известно.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №59

Пациентка, 16 лет, в течение 3-х лет страдавшая гипертермией (повышением температуры) неясного генеза, была представлена на очную групповую супервизию. Органические причины у расстройства отсутствовали, температура не повышалась в летнее время. С отличием обучаясь, у девочки наблюдались трудности во взаимоотношениях с ровесниками. Симптом мешал ей выполнять требования гимназии. Медикаменты и симптомоцентрированная психотерапия — без эффекта. Запрос супервизируемого был следующий: «В каком ключе вести в дальнейшем подростка?»

Девушке было предложено визуализировать свою проблему в виде метафоры. Она нарисовала расщелину земной коры в виде двух параллельных линий черным цветом, внутри которой зигзагообразно красным фломастером прочертала непрерывную линию. «Что-то типа лавы», — добавила она. Затем, помолчав секунд десять, дорисовала ветхий мостик. На вопрос, кто может пройти по этому мосту, ответила: «Не каждый». Расширяя работу с метафорой, мы спросили, а какой тип людей не пройдет по мосту. «Три типа, сообщила она. — Кто мнит себя выше других, хвастается, может предать». На нашу просьбу пригласить на эти роли кого-то из участников супервизорской сессии она выбрала троих мужчин. «А могут ли они подойти к мосту и попробовать ступить на него?», — спросил супервизор. — «Нет, пожалуй, я создам препяди. Я не очень-то допускаю людей к себе. Меня в жизни один раз серьезно предали, так что я всегда настороже». На вопрос о том, как она переживает эмоции, подросток сказала, что долго помнит обиды.

Супервизируемый осознал, что психотерапия с пациенткой в дальнейшем должна вестись не на ликвидацию симптома,

а на проработку травмы предательства и деструктивных аффектов мстительности, в частности, обиды. Гипотеза, что симптом используется как «защитное оружие» от повреждения самоуважения у девушки, имеющей деструктивное внешнее Я – отграничение и нарциссизм, требовала подтверждения в процессе психотерапии. Катамнестические исследования показали, что симптом дочери имел «вторичную выгоду» для матери, позволяя через симптом сохранять дистанцию в отношениях с бывшим мужем.

Особенности работы с подростками

Подростки постоянно нарушают сеттинг, необходимо быть готовым к неожиданной, зигзагообразной терапии, предполагать возможность перерыва в любом моменте, так и возвращения в психотерапию. Понимать, что может быть интенсивный перенос, провокации с точки зрения контрпереноса. В процессе терапии следует использовать интегративные и эклектические техники, терапию действием, относиться с юмором, но без иронии к симптоматике.

Лечит ли супervизор? Супervизия представляет мета-терапию: терапию процесса психотерапии. Супervизия выглядит как терапия, потому что опытный терапевт проводит супervизию. Как правило, центральной точкой супervизии должен быть клинический материал. В ходе супervизии, получая поддержку и открывая альтернативы психотерапии, супervизируемый как бы получает «индульгенцию своих профессиональных огревов». Однако если супervизор обнаруживает личностную проблему, мешающую клинической работе, он должен помочь психотерапевту найти выход из тупика и (или) порекомендовать прохождение личной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

| У каждой лекарки свои притарки (*русская пословица*)

Мы с вами, дорогой читатель, совершили круиз по «Психосоматике».

Для того чтобы понять основные проблемы пациентов, поставить диагноз и составить лечебный план, психотерапевт должен последовательно рассмотреть ряд важных вопросов. Во многом этот процесс напоминает работу детектива, особенно при анализе истории семьи в нескольких поколениях. По мере необходимости психотерапевт отбирает и учитывает факторы, которые приводят пациента к специалисту, а также проверяет альтернативные гипотезы и схемы.

Мы в своей практике стараемся развивать традиции ленинградской и санкт-петербургской школы психотерапии. Для психотерапевта это в первую очередь означает, что он должен владеть клинико-биографическим методом, в том числе собрать ранний анамнез (см. приложение 4), обладать не только психодинамическим мышлением, но умением на практике пользоваться всеми достижениями мировой психотерапии. Психосоматические расстройства должны рассматриваться в контексте наиболее значимой для пациента системы отношений. Это предполагает детальную диагностику объектных отношений, эффектов. Развитие синергетической модели в психосоматике также вносит определенную лепту в наше клиническое холистическое мышление, позволяя анализировать переходные стадии глубинной психосоматики и искать ресурсы выздоровления. Следующая иллюстрация должна быть поучительна для молодых специалистов в плане онкологической настороженности, неправильной диагностики, так и истощения ресурсов пациента.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №57

Юрий П., 30 лет, выходец из Закарпатской области. С детства был нелюбимым сыном у отца, часто подвергался физическим наказаниям. В первый год службы в армии потерял мать, которую очень любил. Мать умерла в 40 лет вскоре после операции по поводу язвенной болезни. Семейная история свидетельствует о том, что отец потребовал интимных отношений, когда у жены еще не были сняты швы. От первого брака у Юрия было трое детей. Прожив с первой женой семь лет, он уехал от нее после очередного конфликта, связанного с ее равнодушным отношением к потребностям мужа. Разыскал проживавшую в Латвии одноклассницу, которая также с тремя детьми уехала от мужа. Вскоре в связи с распадом СССР они вынуждены были уехать в Псковскую область. Юрий воспитывал пасынков как родных детей, хотя вторая жена периодически подчеркивала, что ему нельзя наказывать неродных детей. Спустя два года родился совместный ребенок. Идеализация второй жены, которая напоминала по характеру и носила такое же имя, как и умершая мать, вскоре начала проходить. Жена препятствовала общению с друзьями, пилила его за употребление алкоголя. Когда младшему ребенку исполнилось три года, у него была диагностирована бронхиальная астма, а отец начал страдать язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (два носителя симптома в дисфункциональной семье). Ему каждый год проводится курс лечения медикаментами, неоднократно предлагалась операция. Отказался от заочного обучения в строительном техникуме ради семьи. В случайной беседе с психотерапевтом, с которым подружился в деревне, сообщил следующие факты. Постоянно испытывает чувство внутренней пустоты и дефицит общения, растерял братьев, нет друга, с которым мог бы поделиться своими переживаниями, жена осуществляет тотальный контроль над его общением (в рассказе именует ее «моя ментovка»), дети, которых он вырастил как своих, игнорируют его мнение. Младший сын избалован из-за своей болезни. Испыты-

вает чувство вины перед своими родными детьми, оставленными на Украине. Платит небольшие алименты, но деньги иногда не доходят до адресата. «Бывает желание уйти в поле и напиться. Иногда напиваюсь назло жене».

Катамнез 13 лет. Только когда пасынки выросли, его жена осознала, какую роль играл ее муж в воспитании всех детей. В отличие от соседских все дети получили специальности и могли самостоятельно обслуживать себя. Дети уважают своего отчима и работают вместе с ним на сезонных работах. Уменьшившаяся критика в адрес мужа женой привела к значительному снижению обострений язвенной болезни. Однако его родные дети, которых он навестил в Украине, были настроены против биологического отца, что усугубило чувство вины.

Отсутствие стабильной работы, остановка саморазвития привели к снижению иммунитета у физически крепкого молодого мужчины и возникновению онкологического заболевания, поздно диагностированного в районной больнице и расцениваемого как обострение язвенной болезни, от которого он умер в возрасте 43-х лет.

Интегративный подход, развиваемый нами, учитывает психодинамические и бихевиоральные представления, достижения всех направлений семейной психотерапии, нарративного подхода, экзистенциального анализа, синергетики.

Интегративная психотерапия позволяет выбрать «индивидуальный терапевтический маршрут» для каждого пациента. Умение выдвигать многомерные гипотезы и проверять их в процессе психотерапии, творчески использовать подходящие вмешательства – залог успешной терапии. Так в случае Руслана (см. Учебный пример №6) адекватно проведенная диагностика и индивидуальная терапия выполнили основную терапевтическую цель – преодолеть страх повзросления и приобрести «конструктивную агрессию», что символически отразил на рисунке «Никогда не сдавайся». Цель сформулирована в середине терапии совместно с пациентом. Пациент символически повесил этот рисунок над своим столом – своего рода «якоре-

ние цели».

Аналогичный пример другого пациента, длительно болеющего, осознавшего, что многие его проблемы лежат в духовной сфере (подверженность унынию, депрессии, низкая фрустриционная толерантность), обозначил свой рисунок после одной из терапевтических сессий как «Полтора терпения», что привело через 3 месяца к стойкой ремиссии (рис.47)

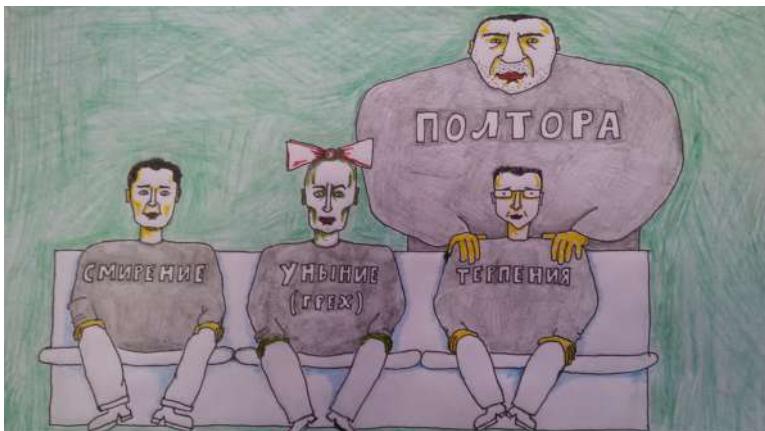


Рисунок 47. Полтора терпения

В настоящее время во многих психотерапевтических направлениях придают значение изучению метакогниций. М. – это процессы саморегуляции и их обдумывание. Психотерапевт помогает клиенту развить в себе способность «замечать», «схватывать», «прерывать» и «отслеживать» свои мысли, чувства и поведение. То же описывается и при ментализации как умение видеть себя извне. Психологу следует помнить, что **любой симптом:**

«дает разрешение» пациенту уйти от неприятной ситуации или от решения сложной проблемы предоставляет ему возможность получить заботу, любовь, внимание окружающих, не прося напрямую их об этом

«дарит» ему условия для того, чтобы переориентировать необходимую для разрешения проблемы психическую энергию или пересмотреть свое понимание ситуации предоставляет пациенту стимул для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения

«убирает» необходимость соответствовать тем требованиям, которые предъявляют к пациенту окружающие и он сам.

Симптом – это всегда послание, это знак для окружающих и для самого пациента. Так как в каждом симптоме есть проблема и есть решение этой проблемы, то важно не игнорировать эти послания, а принять их и осознать их значение в контексте личной истории пациента.

За каждым симптомом стоит тень значимого человека

Таким Другим для пациента является близкий ему человек. Именно к близким людям у нас больше всего потребностей и соответственно претензий в случае их фрустраций. Посторонний, не значимый человек не вызывает эмоций, претензий, их сила возрастает по мере приближения к человеку. Именно к близкому человеку направлен симптом как способ привлечь внимание к какой-то важной неудовлетворенной потребности в нем.

Для диагностики психосоматических расстройств недостаточно симптоматического описания проблем для постановки определенного диагноза: необходим сложный анализ структуры личности (О. Кернберг, Н. Мак-Вильямс).

Повышение рефлексии и самосознания и постоянная работа над своим духовным ростом – залог длительной ремиссии пси-

хосоматических расстройств.

Интегративные процессы в современной психотерапии и психосоматике являются прогрессивным движением по пути построения универсальных психотерапевтических теорий, методологий и практик. Они помогают дополнять и взаимно обогащать различные психотерапевтические подходы. Интеграция вносит вклад в развитие универсальных языков для взаимопонимания различных теоретических школ, что облегчает не только обмен методами, но и выход за пределы узкой и односторонней картины психологической проблематики, характерной для многих подходов.

ЛИТЕРАТУРА

Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. — СПб.: Речь, 2006.

Аммон Г. Психосоматическая терапия. — СПб.: Речь, 2000.

Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. — СПб.: Речь, 2002.

Арндт П. Психосоматика и психотерапия: справочник/пер. с нем. — М.:МЕДпрес-информ,2014

Арнцц А.,Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах — М.:Научный мир,2016

Барлоу Д. Клиническое руководство по психическим расстройствам. 3-е изд. — СПб.: Питер, 2008.

Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия: от основ к направлениям. — СПб.:Питер,2018

Бек Дж. Когнитивная терапия: полное руководство — М.:Вильямс,2018

Булюбаш И. Д. Руководство по гештальт-терапии. — М.: Издво Института психотерапии, 2004.

Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. — СПб.: Питер, 2000.

Йоманс Ф.,Кларкин Д.,Кернберг О. Психотерапия. фокусированная на переносе при пограничном расстройстве личности. Клиническое руководство. — М.:Издательский проект группы партнеров Psy Event,2018

Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. для вузов / Изд. 3-е, перераб и доп.. — СПб.: Питер, 2005..

Кейсмент П. Обучаясь у пациента / Пер. с англ. — Воронеж: НПО «Модэк», 1995.

Келлерман Л. Ф. Психодрама крупным планом: Анализ тера-

певтических механизмов. — М.: Класс, 1998.

Клиническая психотерапия в наркологии: руководство для врачей-психотерапевтов / Под ред. Р. К. Назырова, Д. А. Федоряка, С. В. Ляшковской. — СПб. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2012.

Ковпак Д. В. Олимпийское спокойствие. Как его достичь? — СПб.: Питер, 2014

Копытин А. И. Современная клиническая арт-терапия. Учебное пособие. — М.: Когито-Центр, 2015

Крюгер Р. Лечение психодрамой. Теория и практика. — М.: «Класс», 2017

Кулаков С. А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. — СПб.: Речь, 2007.

Кулаков С. А. Федоряка Д. А. Синергетическая модель супervизии в психотерапии // Психическое здоровье. — 2010. — №3. — с. 26–29

Кулаков С. А. Руководство по реабилитации аддиктов. — Издательские решения, 2019

Кулаков С. А. Трудности и ошибки в психотерапии: учебное пособие для супервизоров и психотерапевтов. 3-е издание — Издательские решения, 2019

Лебедев В. Б., Биньковская Н. В. Мирры воображения: Руководство по интерактивной имагогике. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.

Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. — СПб.: Речь, 2003.

Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. — М.: Прогресс, 2007.

Линде Н. Д. Эмоционально-образная терапия. Теория и практика. — М.: МосГУ, 2004.

Лихи Р. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не справилась с тобой. — СПб.: Питер, 2017

Лэнгле А. Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования / А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский. — М.: Логос, 2014.

Люборски Л. Принципы психоаналитической психотерапии:

Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению / Пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2003.

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. — М.: Класс, 1998.

Малкина-Пых. И. Семейная терапия: справочник практического психолога. — М.: Эксмо, 2005

Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврозология и психосоматическая медицина. — М.: Городец, 2016.

Млодик И. Ю. Карточный дом. Психотерапевтическая помощь клиентам с пограничными расстройствами. — М.: Генезис, 2016

Мясищев В. Н. Психология отношений. — М.: Воронеж, 1995.

Овчинников Михаил, протоиерей. Терновый венец болезни. Опыт преодоления рака. — М.: Даниловский благовестник, 2008.

Решетников М. Трудности и типичные ошибки начала терапии. — СПб.: Восточно-Европейский Институт психоанализа, 2009.

Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. — М.: Независимая фирма «Класс», 2005.

Свирепо О. А., Туманова О. С. Образ, символ, метафора в современной психотерапии. — М.: Издательство института психотерапии, 2004.

Сербский Николай. Мысли о добре и зле. Аудиокнига. — М.: Феофания, 2007

Сидоров П. И. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2006.

Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина. Руководство. — М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2014

Уильямс Э. Вы — супервизор...: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии / Перевод с английского Т. С. Драбкиной — М.: Независимая фирма «Класс», 2001

Уорден М. Семейная психотерапия. Диагностика, техники, секреты мастерства. — СПб.: Прайм-ЕвроЗнак, 2007.

Хенниг Х., Фикенчер Э., Барке У., Розендаль В. Отношения и терапевтические имагинации. Кататимно-имагинативная психотерапия как психодинамический процесс. — Таллинн, 2008.

Хирш М. «Это мое тело... и я могу делать с ним, что хочу». Психоаналитический взгляд на диссоциацию и инсценировки тела/Пер. с нем. —М.: Когито-Центр,2018

Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. — М.: Медпрактика,2011

Холмс П. Внутренний мир снаружи: психодрама и объектные отношения. — М.: Класс, 2000.

Черников А. В. (сост.) Системная семейная терапия: Классика и современность. — М.: Независимая фирма «Класс», 2005.

Чернобровкина Т. В., Кершенгольц Б. М. Синергетическая медицина: теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. — Йошкар-Ола: Фрактал, 2006.

Шутценбергер А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы. — М., 2001.

Эйдемиллер Э. Г. и др. Семейный диагноз и семейная психотерапия. — СПб.: Речь, 2007.

Эриксон Э. Идентичность: Юность и кризис. — М., 1996.

Эрлахер-Фаркас Б., Йорда К. Монодрама: Исцеляющая встреча; От психодрамы к индивидуальной терапии / Пер. с нем. — К.: Ника-Центр, 2004.

Farrell J.,Shaw I. Experiencing Scheme Therapy from the Inside-out: Practical Self-Reflection Workshop for therapists. — London,2018

Kernberg O.F.,Yeomans F.E. Borderline Personality disorder, depression, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis//Bull.Meninger Clinic, V.77,№1,2013. — Р.1 –22

Spinelli Ernesto. Practising Existential Therapy: The Relational World.Sage Publ. — London, 2015.

ГЛОССАРИЙ

Автоматические мысли (термин А. Бека) – в когнитивной терапии, спонтанно возникающие мысли, которые приводятся в движение определенными стимулами и занимают промежуточное положение между событием и эмоциональными поведенческими реакциями пациента.

Адгезивность (прилипчивость) либидо. Либидо болезненно прилипает к каким-то фрустрированным стремлениям, недостижимым объектам, искаженным желаниям, и человек во взрослом периоде стремится воспроизвести привычные отношения детского периода.

Акциональный голод – врожденная потребность человека в самореализации, развитии, спонтанности.

Анализ ранних воспоминаний (термин А. Адлера) – метод распознавания жизненного стиля пациента, основанный на гипотезе А. Адлера.

Аннигиляция – психоаналитический термин, обозначаемый уничтожение, поглощение или распад Я.

Аутентичность (от греч. authentikos – подлинный) – экзистенциально-гуманистическое понятие, соответствующее умению быть в согласии с реальным течением жизненных событий.

Вертикальные стрессоры в деятельности семьи – это патологизирующее семейное наследование (вариант социального наследования).

Визуализация – построение зрительных образов и управление ими в субъективном пространстве.

Вторичная выгода – выгода, состоящая в том, что истерические симптомы дают человеку чувствовать доброе отношение со стороны других или избежать неприятной деятельности.

Второе Я – прием, заключающийся в присоединении к протагонисту другого участника.

Генограмма – методика описания истории семьи, представляющая собой структурированную диаграмму внутрисемейных взаимоотношений в нескольких поколениях.

Гештальт – психическая целостность, формирующая структуру перцептивного поля.

Границы (boundaries) – эмоциональные барьеры, которые защищают и поддерживают целостность индивидов, подсистем и семей. Границы также включают правила, определяющие паттерны интеракций.

Двойная связь – состоит в том, что «значимый другой» (например родитель) передает одновременно два сообщения, одно из которых отрицает другое.

Дизайнанализ – психотерапевтический метод экзистенциального плана, основанный на философии М. Хайдеггера. Согласно дизайнализу человеческое бытие есть бытие в мире, оно определяется не мышлением, а фактом своего присутствия.

Дисфункциональная семья – семья, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов.

Жетонная система – техника, предназначенная для условного подкрепления стереотипов позитивного поведения и опирающаяся на модель оперантного обусловливания.

Жизненный цикл семьи (family life cycle) – понятие, относящееся к развитию семьи во времени. Переходные периоды и кризисы считаются неизбежными в ходе развития семьи.

Запутанный клубок – понятие, характеризующее определенную структуру дисфункциональных внутрисемейных взаимоотношений, в которой не поддерживаются индивидуальные различия и границы между семейными подсистемами.

Иатрогенные факторы – факторы, обусловленные действиями врача

Идентифицированный пациент – член семьи, отклоняющееся поведение и психологические проблемы которого являются непосредственным поводом обращения семьи к психотерапевту
Горизонтальные стрессоры (жизненный цикл семьи) – смена периодов кризисов развития и периодов стабилизации.

Имаготерапия — метод для усиления творческой активности путем создания адекватного образа своего Я.

Когнитивные искажения — систематические ошибки в суждениях, наиболее очевидные при психологическом дистрессе.

Когнитивные события — автоматические мысли, внутренние образы и диалоги с самим собой.

Когниции (от лат. *cognito* — познание) — мысли, вербальные или визуальные единицы, образующиеся в потоке сознания.

Конверсия — трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты.

Контрперенос / контртрансфер — бессознательные чувства и желания аналитика сделать пациента объектом удовлетворения своих собственных инфантильных желаний.

Коморбидность — появление нескольких психических расстройств у одного человека.

Круговые вопросы (*circular questions*) — вопросы, которые предполагают наличие круговой каузальности и предназначены для исследования взаимного влияния членов семьи друг на друга.

Линейные вопросы (*linear question*) — вопросы, которые подразумевают наличие линейной связи между причиной и следствием.

Маскированная депрессия / скрытая депрессия / ларвированная депрессия — расстройство, при котором депрессивные симптомы «затушевываются» соматическими масками.

Медитативная терапия — ориентация клиента на движение к глубинному психологическому ресурсу — внутреннему источнику терапевтических образов — создает возможность разрешения внутренних конфликтов и травм.

Метафора — перенос значения, иносказательный способ презентации чего-либо.

Мультимодальная или многометодная диагностика — умение интегрировать информацию, полученную разными методами, при этом диагност распоряжает определенными фундаментальными познаниями в диагностике, близко знаком с отдельными метода-

ми и умеет обобщать данные диагностики и использовать их для терапии

Мысленный образ / представление – образ предметов и явлений реальности, переживаемые человеком как единица сознания в отсутствии соответствующей актуальной стимуляции.

Объект – это почти всегда люди, части людей или символы того или другого. Объекты могут быть внутренними или внешними, хорошими или плохими. Внешний объект представляет собой действительно существующего... человека, место или вещь, носителей эмоциональной энергии. Внутренним объектом является идея, фантазия или воспоминание, относящиеся к человеку, месту или вещи.

Объектные отношения. Речь идет о «структурных и динамических взаимоотношениях между Я-репрезентациями и репрезентациями объекта...». «Репрезентации» представляют собой устойчивую организацию психических элементов с достаточной регулярностью воспроизводящийся комплекс или паттерн аффектов, фантазмов, синкретических образов памяти, перцепции, когниций, на разных стадиях онтогенеза.

Объекты – это люди, с которыми человек вступает в отношения во внешнем мире, а также внутренние психические представления (внутренние объекты), которые создаются человеческим разумом на основе этих отношений.

Нarrативная терапия (narrative therapy) – терапевтический подход, при котором фокус изменений сосредоточен на системе убеждений отдельного человека или семьи.

Нарциссическое расширение – психоаналитический термин, обозначающий неосознанное желание родителя реализовать свои блокированные потребности через ребенка

Параллельный процесс / параллелинг – перенесение сходных процессов в супервизию, возникающих между терапевтом и клиентом.

Паттерн – точного эквивалента в русском языке нет, возможные варианты перевода: изображение, структура, способ,

модель.

Первичная выгода — выгода, состоящая в том, что истерические симптомы не допускают внутренний конфликт до сознания.

Перенос / трансфер — психоаналитический концепт-феномен, означающий свойство (личности) проецировать ранние детские отношения и желания на другое лицо (психоаналитика).

Позитивный шаблон — техника когнитивной психотерапии, предназначенная для более точной и четкой проработки цели и последовательности шагов для ее достижения.

Потеря объекта — процесс действительной или угрожающей или воображаемой потери объекта.

Принцип информированного согласия — обсуждение терапевтом с клиентом всех условий терапии, включая сроки, противопоказания и оплату.

Протагонист / ведущий актер — участник, находящийся в центре психодраматического действия, исследующий в течение сессии определенные аспекты своей личности.

Психогимнастика — вариант «разогрева» в групповой психотерапии, при котором главным средством коммуникации является двигательная экспрессия.

Психодраматическая спираль — обычный вариант развития действия в психодраме, в котором процесс развивается «от периферии к центру».

Психотерапевтическая диагностика — комплекс клинических, психологических и психотерапевтических оценок состояния пациента.

Психотерапевтический контракт — соглашение между психотерапевтом и пациентом, касающееся основной цели психотерапевтических отношений, ожиданий пациента и условий совместной работы.

Психотерапия интегративная — основана на концептуальном синтезе существующих теоретических систем, подчиненных единой концепции более высокого уровня, обеспечивающей их объединение.

Психотерапия нарративная — вариант экзистенциально-гу-

манистической психотерапии, согласно которому пациент рассматривается как «самоопределяющийся активный агент», способный рассказать свою собственную историю (модель психотерапии как процесс изменения истории жизни).

Разметка границ (boundary marking) – структурная техника, предназначенная для кларификации и проведения границ внутри семьи.

Репрезентация объекта – см. «Мысленное представление объекта».

Рефрейминг (от англ. reframing – переструктурирование) – психотерапевтический прием, направленный на изменение негативного смысла на позитивный.

Реципрокная ингибиция / двустороннее торможение – механизм, согласно которому несовместимое с чувством страха или тревоги эмоциональное состояние способно затормозить действие стимула (раздражителя), вызывающего данные чувства.

Ролевая динамика – метатеоретическая психотерапевтическая система, основанная на многосторонней эклектической концепции роли и драматургической парадигме человеческого опыта.

Руководство по диагностике и статистике (DSM) – диагностическая, классификационная система Американской Психиатрической Ассоциации, основанная на медицинской модели индивидуальной патологии.

Самотрансценденция – термин, обозначающий выход за пределы собственного Я к другому человеку или новому смыслу.

Сверхреальность в психодраме – это особый технический прием, когда на сцене проигрываются: ситуации, которые никогда не происходили, не произойдут

Семейный «козел отпущения» (family scapegoat) – один из членов семьи, которого другие обвиняют в семейных трудностях и эмоциональных потрясениях

Символдрама – использование символьических образов («мотивов» различных уровней сложности) позволяет создать

карту имагомира и разработать комплекс эффективных психотерапевтических стратегий.

Системная травма — непредсказуемые жизненные события, такие, как болезнь или смерть одного из членов семьи, внезапное завершение карьеры и др. иерархия, двойная связь.

Соматоформные расстройства — психосоматические расстройства, составной частью которых являются соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой уже описанной психической симптоматики (например, депрессии или панических расстройств).

Структурные вмешательства (structural interventions) — техники, предназначенные для изменения организации семьи (оспаривание семейных норм, рефрейминг и разметка границ).

Супервизируемый — объект супервизии — практикующий психотерапевт или специалист, проходящий стажировку по психотерапии и обратившийся за супервизией

Супервизия (от англ. supervidere — обозревать сверху) — один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психотерапии, социальной работы и др., в форме их профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии.

Схема — это достаточно устойчивая стабильная дезадаптивная форма поведения, которая формируется в детстве или подростковом возрасте и развивается на протяжении всей жизни человека. Люди оценивают окружающий мир с помощью таких схем. Когда проявляется действие схемы, обусловленное определенными событиями, наши мысли и чувства контролируются схемами. Именно в такие моменты люди, как правило, испытывают крайне негативные эмоции и имеют негативные мысли. В схемной терапии выделяют 18 основных схем, которые необходимо ослабить или модифицировать.

Седиментация и диссоциация — психологические защиты, описываемые в экзистенциальной психотерапии. Мировоззрен-

ческие утверждения, такие как: «Я не могу терпеть ошибки», «Вы всегда должны доверять другим», «Полные луны генерируют временное безумие» – все это может быть примером седиментации, если они остаются фиксированными или негибкими для тех пережитых событий, которые изменяют или противоречат седиментации. Чтобы достичь своей негибкости, седиментация должна

преодолеть любую вызванную экспериментом проблему, которая истолковывается как угрожающая или дестабилизирующая ее определенность, безопасность и фиксированность. При отражении, без седиментации, первичные конструкции, составляющие мировоззрение, я-, другие- и конструкцию мира, не могут быть истолкованы или определены как (относительно) фиксированные и постоянные сущности. Как происходит седиментация – в настоящее время это остается открытым вопросом,

рассматриваемый с точки зрения философского, психологического или нейробиологического исследования. Седиментации в мировоззрении могут поддерживаться только посредством стратегии диссоциации сложного опыта либо из всего мировоззрения, либо из того структурного компонента, которое находится под угрозой. Диссоциация в этом смысле относится к поддержанию мировоззрения седиментации путем его дистанцирования, **отрицания** или отказа от воздействия и последствий возникающих из-за этого проблем.

Теле – двусторонний процесс передачи эмоций между пациентом и психотерапевтом.

Тема – подразумевается специфическая, несущая эмоциональную нагрузку проблема, вокруг которой формируется периодически повторяющийся конфликт.

Трансовый диалог – интерактивный процесс, характеризующийся наличием канала интенсивной обратной связи между клиентом, находящимся в символическом мире внутренних архаических образов (имагомире), и ведущим.

Трансферентные реакции – синоним психоаналитического

термина «перенос»

Трансцендентный – выходящий за пределы Я, космическое видение проблем.

Функциональный диагноз – это диагноз индивидуальной приспособляемости больного, его бытия в болезни; он раскрывает взаимодействие больного с социальным окружением и обществом

Ценности – это реально действующие регуляторы деятельности индивидов, которые оказывают влияние на поведение независимо от их отражения в сознании

Шеринг – последняя стадия психодрамы, заключительное обсуждение и интеграция ее результатов.

Экзистенциальная изоляция – изоляция от всего мира, пациент, сознавая свое одиночество в мире, одновременно испытывает потребность в контакте, принадлежности к целому и защите.

Экзистенциальный анализ – направление современного психоанализа, основанное на комбинации положений З. Фрейда и М. Хайдеггера и исследующее личность во всей полноте и уникальности ее существования.

Я – сознательные и бессознательные мысленные репрезентации, относящиеся к собственной персоне. Внутренний образ.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ [ПО ИСАЕВУ Д. Н., 2000]

У детей дошкольного и школьного возрастов проявления психосоматических расстройств становятся разнообразнее и сложнее. Наряду с уже указанными расстройствами аппетита, тучностью, запором, недержанием кала могут возникнуть бронхиальная астма, вегетососудистая дистония, расстройства желудочно-кишечного тракта, боли в конечностях, расстройства дыхания, головные боли, необъяснимая лихорадка, кожные поражения, недержание мочи и другие соматические заболевания, обусловленные нервными потрясениями.

Головная боль. У детей раннего возраста судить о наличии головных болей можно лишь косвенно по беспокойству, прикладыванию рук к голове, только после 4–5 лет дети могут осмысленно пожаловаться на боль в голове. Последняя своим происхождением может быть обязана мигрени, стрессовым реакциям, мышечному напряжению. Однако следует иметь в виду, что головная боль может быть проявлением многих заболеваний. В связи с этим, только исключив так называемые органические заболевания — последствия травмы головного мозга, опухолевые или воспалительные заболевания, общие болезни — можно искать зависимость между головной болью и эмоциональным напряжением. Такая зависимость обнаруживается более чем в половине случаев. У детей в результате усталости, волнений может, постепенно усиливаясь, появиться головная боль. Она может носить тупой характер и продолжаться в течение дня или более. Болевым ощущениям нередко предшествуют тошнота, рвота, бледность кожи, потливость, светобоязнь, отек век, изме-

нения настроения. «Мышечная головная боль», обязанная своим происхождением сокращению мышц, встречается у детей довольно часто. Первоначально появляются неприятные ощущения и боли в мышцах шеи, плеч, затылка, а затем они распространяются и на передние области головы. Все это может продолжаться несколько дней и даже недель, иногда сопровождаясь тошнотой, рвотой и головокружением. Мигрень наблюдается у 4–7,5% детей. Чаще она начинается после 10 лет, однако это может произойти и в 3 года. В семьях этих детей обычно имеются родственники, страдающие мигреню. Сами дети интеллектуально развиты, психически неустойчивы, мнительны, раздражительны, добросовестны, внутренне напряженны, малообщительны, с выраженными нервными вегетативными реакциями. Приступы мигрени связаны с реакцией сосудов в различных отделах головного мозга, и в зависимости от этого могут быть головокружение, нарушение зрения (мельканье, преходящая слепота), расстройства речи, чувствительности и моторики. На этом фоне возникают пульсирующие и колющие боли, за которыми нередко следуют внезапно развивающееся косоглазие, сердцебиение, боли в животе, тошнота, рвота, понос, потливость, кратковременные параличи. Наиболее частый провоцирующий фактор – стресс, но иногда им может оказаться физическое напряжение, шум, голод, изменение погоды, просмотр телевизионной передачи или кинофильма. У 35–40% детей заболевание завершается через 5–6 лет.

Лихорадка неясного происхождения. У 70% детей грудного возраста и у 3–14% более старших детей может наблюдаться либо относительно непродолжительное значительное повышение температуры тела (иногда до 39–40°), либо длительная лихорадка, не превышающая 37–38°. Такое повышение температуры тела рассматривают как неясное, если не обнаруживают общие инфекционные заболевания или местные воспалительные процессы, а также если температуру тела не измеряли после еды физической нагрузки, сна или перегревания. При нарушении нервной регуляции теплообмена или ее врожденном

несовершенство лихорадка возникает под влиянием переживаний. У маленьких детей это наблюдается при отрыве от семьи, например, при помещении в больницу. При возвращении домой температура тела у таких детей нормализуется. Нередко у дошкольников и школьников лихорадка выявляется случайно при общем хорошем состоянии или в сочетании с повышенной утомляемостью, слабостью, однако и в этих случаях дети не теряют жизнерадостности, интереса к развлечениям и играм. Часто (в 50–80%) у детей с длительным повышением температуры тела наблюдаются функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы, являющиеся следствием сосудистой дистонии. Такая лихорадка не поддается воздействию антибиотиков и жаропонижающих средств, что само по себе может быть подтверждением ее психогенного происхождения. Более эффективны физические методы лечения: лечебная физкультура, закаливающие процедуры, а также психотерапия (гипноз и внушение в бодрствующем состоянии), общеукрепляющие и седативные средства.

Боли в животе. Неоднократно повторяющиеся боли в животе часто наблюдаются у чувствительных, нервных и неустойчивых детей 4–12 лет. Эти боли нередко называют пупочными коликами, так как чаще всего они ощущаются в области пупка, но могут быть и в других частях живота. Они появляются во время еды или после нее под влиянием неприятных переживаний. Часто сопровождаются вегетативными симптомами: бледностью, синевой под глазами, потливостью, рвотой и другими. Диагноз «психогенных болей в животе» можно поставить лишь после исключения других причин. Пупочные колики поддаются лечению средствами, снимающими спазм мускулатуры внутренних органов и успокаивающими нервную систему, тем самым косвенно подтверждая диагноз.

Психогенная рвота. У психически лабильных детей даже при отсутствии нарушений в деятельности желудочно-кишечного тракта рвота может провоцироваться гневом или страхом. Иногда наблюдается демонстративная рвота, возникающая как бы

с целью привлечения внимания. Возникновение рвоты может быть связано с наблюдением за извержением рвотных масс у другого человека, с рассказами об этом, с принудительным кормлением, с отвращением к пище. У некоторых детей рвоты могут быть повторными в течение продолжительного времени. Периодически возникающая рвота обычно поддерживается переживаниями, сочетающимися с желудочно-кишечными расстройствами.

Запор – это расстройство функции кишечника, при котором возникает затруднение дефекации (выделения каловых масс). Спастические запоры, как правило, имеют хроническое течение. При них сухие комковатые каловые массы выделяются мучительно, медленно, с болевыми ощущениями. Кал, скопившийся в спазмированной прямой кишке, повреждает ее слизистую оболочку и вызывает образование трещин и появление в кале прожилок; крови. Спастический запор – типичное психосоматическое расстройство, при котором накопившиеся отрицательные переживания оказываются причиной спазмирования стенки прямой кишки и сужения ее просвета. Наиболее часто заболевание возникает у невропатичных детей.

Понос – это увеличение числа дефекаций и разжижение кала. Относительно редко причиной поноса могут встать выраженные эмоциональные переживания: страх, негодование и др. Эпизодически повторяющиеся поносы и «схваткообразные» боли в животе могут также быть проявлением синдрома раздраженного кишечника. У детей при этом преобладают боли в животе, очень различные по времени возникновения, продолжительности и интенсивности. При возникновении запора кал в одних случаях похож на овечий помет, в других же не оформлен вовсе. Отмечаются громкое урчание и частое отхождение газов, реже – недержание кала, болезненное и частое мочеиспускание. Течение заболевания зависит от переживаний: семейных конфликтов, потери близких, страха перед школой и других событий, которые лишают ребенка чувства безопасности.

Энкопрезом, или непроизвольным отделением кала, называ-

ют отхождение каловых масс, в результате которого пачкается белье, или в неподходящем месте. О распространенности энкопреза известно лишь, что он встречается в 10–15 раз реже непроизвольного отделения мочи и чаще наблюдается у мальчиков. Как правило, навыки опрятности формируются к 1–2 годам. Если ребенок старше 3–3,5 лет не управляет сфинктером прямой кишки, то это уже ненормальное явление. Причиной энкопреза может быть недостаточное воспитание опрятности, невропатия, невроз и другие психогенные расстройства. «Медвежья болезнь» может возникнуть внезапно под влиянием пережитого страха, а затем повторяться при волнениях. В других случаях появление недержания кала может быть не связано прямо с какими бы то ни было потрясениями и является следствием накапливающихся отрицательных эмоций. При этом не всегда удается выявить провоцирующие моменты при повторных эпизодах упускания кала. Иногда становится явным, что причина – своеобразие личности ребенка, чрезмерно сильно привязанного к матери, к дому, его переживание ревности, боязнь отрыва от близких, обида на них или других людей.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. СИМПТОМАТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (САНДОМИРСКИЙ, 2005)

Материал, с которым работают в процессе телесной психокоррекции, тесно связан и с психосоматическими заболеваниями. Как обсуждалось ранее, психосоматические расстройства представляют собой не что иное, как интенсивные телесные проявления

психологических проблем (обычно существующих длительное время). Соответственно специфика этих расстройств лишь отчасти и определяется конкретным диагнозом (нозологической принадлежностью). В не меньшей степени она зависит и от характера са-

мой психологической проблемы, и от личностных особенностей

стей ее носителя. Поэтому и телесные проявления психосоматических расстройств, как правило, не замыкаются в тесных рамках отдельного диагноза — можно говорить лишь о ведущих проявлениях,

соответствующих определенной болезни. В то же время, как правило, присутствуют и другие психосоматические симптомы, свойственные другим диагностическим единицам, хотя и менее выраженные. Поэтому и различные психосоматические симптомы целесообразно рассматривать не в рамках отдельных заболеваний (нозоцентрический подход), а отдельных соматических проявлений (симптомоцентрический подход).

Говоря о симптомах психосоматических расстройств, в первую очередь необходимо перечислить симптомы телесные, являющиеся на физиологическом уровне следствием реакции напряжения, а на психологическом — тревоги и фрустрации. При этом психосома

тические нарушения внутренних органов представляют собой неадаптивные проявления стрессовой готовности (В. Иксюль), болевые ощущения связаны с мышечным напряжением в сочетании с повышением болевой чувствительности (гиперестезией). Некоторые психосоматические жалобы имеют еще один механизм происхождения — регрессионный, сочетающий в себе и физиологические, и психологические факторы. Физиологически это возврат нервной системы в «детское» состояние, психологически — воспроизведение на бессознательном уровне раннего детского опыта.

Проявления психосоматических расстройств, имеющие отчасти образно-символическое значение («язык тела»), являются так же действием защитно-компенсаторных механизмов, способом противостояния подсознательных фрагментов психики подавлению со стороны сознательной цензуры. Тем самым подобные конверсионные и диссоциативные механизмы психосоматических нарушений отражают внутреннюю двойственность, противоречивость человеческой психики. В клинической психологии существует даже точка зрения, что любое хроническое

соматическое (неинфекционное) заболевание начинается с эпизода личностной диссоциации, хотя бы кратковременного (Шульц Л., 2002). Иными словами, сначала возникает (или обостряется) внутренний конфликт или противостояние сознательной и бессознательной частей личности, который проявляется в их диссоциации, а затем он находит выход (разрядку психологического напряжения) в появлении психосоматических симптомов.

ТЕЛЕСНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СТРЕССА

Итак, наиболее типичными соматическими проявлениями затяжного стресса (кратковременного, но интенсивного, либо затяжного) и накопленных неотреагированных отрицательных эмоций являются следующие.

А. МЫШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

а) *Боль в области сердца*, возникающая вне связи с физической нагрузкой и имитирующая стенокардию. Не случайно подобные функциональные кардиалгии, боли в области сердца психогенного характера описываются интуитивно-образным выражением «принимать близко к сердцу».

б) *Боли в области шеи и головы*, особенно в затылочной области, или боли мигренозного характера, охватывающие половину головы; реже – боли в височной области или в области лица, имитирующие невралгию тройничного нерва.

Боли в височной области часто связаны с хроническим напряжением мышц, скимающих челюсти: в моменты неприятных переживаний человек автоматически, не замечая этого, стискивает зубы (подобная «стрессовая» привычка может приводить к неприятному состоянию, именуемому синдромом височно-нижнечелюстного сустава). Головные «боли напряжения» нередко проявляются и как ощущение надетой на голову и тя-

гостно сдавливающей ее тесной «каски» (в медицинском языке есть даже образное выражение «шлем неврастеника»). Напряжение же мышц шеи и затылка приводит не только к болям в этой области, но может сопровождаться еще и головокружением, и другими весьма неприятными проявлениями. Нередко появление болей, тяжести в шейно-затылочной области совпадает и с повышением артериального давления (см. далее). Эти проблемы имеют и регressiveонный компонент (напряжение мышц задней поверхности шеи впервые возникает у ребенка раннего возраста, который учится держать голову).

в) *Боль в области живота*, имитирующая заболевания органов пищеварения.

Боль в подложечной области имитирует язвенную болезнь желудка. Возникшая вначале в связи с наплывами отрицательных эмоций, постепенно она может перерости в действительный гастрит или язвенную болезнь — дистанция до «неврогенного» органического заболевания здесь довольно короткая (особенно если человек страдает заниженной самооценкой, занимается «самоедством» как в переносном, так и в прямом смысле).

Боль опоясывающего характера, отдающаяся в поясницу, часто имитирует панкреатит (в отличие от истинно соматического заболевания, объективные отклонения по данным лабораторных анализов здесь незначительны). Человек при этом как бы «не переваривает» некоторую жизненную ситуацию.

Боли в правом подреберье, связанные с состоянием желчных протоков, имитируют холецистит, а при отсутствии объективных данных нарушения оттока желчи (данные ультразвукового исследования органов брюшной полости и уровень билирубина крови) носят специальное название дискинезии желчевыводящих путей. Связь этих болей с эмоциональным состоянием (подавленностью склонностью к депрессии, раздражительностью или скрываемой агрессивностью) известна со времен Гиппократа и получила название меланхолии (в буквальном переводе — «черная желчь», что отражает действительный факт изменения окраски желчи, ее

«сгущения» – повышения концентрации желчных пигментов в случае застоя в желчевыводящих путях). С регуляцией моторики желчевыводящих путей связана выработка вещества с локальным гормоноподобным действием – холецистокинина, нарушение образования которого является одним из возможных физиологических компонентов приступов страха (панических атак).

Боли в средней и нижней трети живота могут возникать как в момент острого стресса, так и в качестве интуитивного сигнала внешнего неблагополучия, как телесное проявление депрессивного прогноза развития событий (образное выражение «нутром чувствовать опасность»). Они связаны с повышением сократительной активности гладких мышц стенки кишечника – тоническим (спастическое состояние кишечника, запоры) или динамическим (повышение его моторики). В последнем случае боли нередко бывают блуждающего или схватывающего характера и могут сопровождаться расстройством стула, носящим народное название «медвежья болезнь» и диагностируемым как синдром раздраженного толстого кишечника.

(Регрессионный механизм – ранний детский опыт, связанный с приучением к личной гигиене)

Необходимо учесть, что вегетативные нервные сплетения пищеварительного тракта (расположенные в стенке кишечника) интенсивно синтезируют нейромедиаторы. В первую очередь это биогенные амины (дофамин, серотонин), снижение содержания которых в организме отмечается при депрессии. Как известно, снижение аппетита и торможение моторной активности кишечника являются типичными телесными проявлениями депрессии. Отчасти нормализовать подобное состояние могут разгрузочно-диетические мероприятия. Любимые российским народонаселением очищение организма и лечебное голодание (так же, как и религиозные посты) во многом являются интуитивными способами самопомощи при депрессивных состояниях.

г) *Боли в спине* (в пояснице, в межлопаточной области), либо расцениваемые как проявления остеохондроза позвоночника, либо провоцирующие действительные обострения этого,

в самом деле, болезненного процесса. Нередко повышение тонуса около позвоночных мышц сочетается с «застойным» напряжением мышц конечностей, приводя к отдаленным, так называемым мышечно-тоническим проявлениям остеохондроза позвоночника.

При этом появление болей в верхней части спины психологически часто бывает связано со сдерживаемой агрессивностью (Лоуэн А., 2000), с застойным напряжением мышц плечевого пояса (ретрессионный механизм – осуществляемые ребенком манипуляции с внешними объектами). Боли же в нижней части спины нередко сопровождают переживание отсутствия помощи и поддержки (ретрессионный механизм связан с возрастом, в котором ребенок начинает самостоятельно сидеть, вначале благодаря внешней поддержке).

д) *Боли в тазовой области (и в низу живота)*, которые нередко сопровождают разнообразные сексуальные неврозы, особенно у женщин. В последнем случае они часто протекают под маской так называемого предменструального синдрома или альгоменореи (если связаны с месячным циклом) либо хронических воспалительных заболеваний матки и придатков (аднекситов).

е) *Боли в костях и суставах* (когда-то подобные боли носили название «невроза суставов»). Обычно это боли ноющего или ломящего характера, нестойкие, мигрирующие, чаще не связанные с физической нагрузкой, зато обостряющиеся на высоте негативных эмоциональных переживаний или беспокоящие преимущественно по ночам (в период «господства» подсознательных психических механизмов). Они могут протекать под масками ревматизма, остеоартроза, у женщин в возрасте менопаузы – климактерического остеопороза.

Судорожные проявления и гиперкинезы.

Еще одной стороной хронического, застойного напряжения мышц является повышенная возбудимость нервно-мышечного аппарата («нервно-мышечная гипертензия» по Э. Джекобсону) и как следствие – повышенная готовность мышцы к сокраще-

нию. Отсюда и мышечные подергивания (тики), появляющиеся или усиливающиеся в моменты душевного волнения, и болезненные судороги мышц (часто икроножных, как телесное отражение состояния, которое на психологическом уровне описывается как недостаточное «заземление»).

Б. ПРОЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

а) *Скачки артериального давления* (обычно его повышение реже понижение), преимущественно проявляющиеся в колебаниях давления систолического (и изменении пульсовой амплитуды давления). И повышение, и снижение артериального давления обычно вызывают головную боль; высокое давление часто сопровождается сердцебиением, приливом жара или озноба, низкое давление – слабостью, головокружением.

б) *Сердцебиение или перебои сердца*, заставляющие человека болезненно, с тревожным ожиданием вслушиваться в свой сердечный ритм: то сердце «бешено колотится, как будто сейчас из груди выскочит», то «замирает, вот-вот совсем остановится» (последнее часто сопровождается приступами страха). Нередко подобные пароксизмы возникают в ночное время, сопровождая внезапные пробуждения (обычно им предшествуют сновидения неприятного содержания).

Во многих случаях психогенные нарушения ритма сердца становятся результатом «всплывания» подсознательного материала, который вытесняется бдительной «цензурой». Так как подобное негативное подсознательное содержание не осознается (будь то во время «просмотра» сновидения или же в состоянии бодрствования), то остается только доступное для осознавания телесное отражение эмоций – изменение сердечного ритма. Соответственно на сознательном уровне возникающая вспышка тревоги или гнева представляется беспричинной, отсюда и тягостное ее переживание (интуитивное понимание «второго плана» или «двойного дна» подобных эмоциональных состояний).

Помимо физиологического механизма подобных аритмий (как известно, сердечный ритм чутко отражает эмоциональное состояние человека), можно упомянуть еще и психологический регрессионный механизм, благодаря которому они приобретают непропорциональное, завышенное субъективное значение. Это глубокая регрессия к периоду внутриутробного развития, когда развивающийся маленький человечек, помимо биения собственного сердца, буквально всем телом воспринимает сердцебиение материнского организма. Для него это физиологический «индикатор» эмоционального состояния матери, всецело определяющего и его собственное состояние: ощущая биение сердца матери, он волнуется вместе с ней, вместе с ней радуется и страдает (Krens I., 1999).

В. ПРОЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

а) *Нарушение аппетита* – от полного отвращения к еде (эпизоды депрессии) до приступов «волчьего» голода. (Обычно пациент рассказывает, что для того, чтобы успокоиться в эмоциогенной ситуации, ему необходимо «заесть свой стресс».). Здесь действуют как физиологический механизм, связанный с депрессивными расстройствами (описанный выше), так и собственно психологический, регрессионный механизм – аналогия с грудным вскармливанием, когда ребенок в состоянии дискомфорта либо отказывается от груди, либо, наоборот, ищет материнскую грудь и успокаивается. Для грудного ребенка кормление – это не только удовлетворение физиологической потребности в пище, но и важнейший способ получения положительных эмоций, и канал близкой телесной коммуникации с матерью – бондинга, вегетативного резонанса).

Нередким следствием регулярного – точнее, привычного «стрессового» повышения аппетита становится психосоматическое ожирение. Оно отражает стремление человека с помощью удовольствия от приема пищи восполнить дефицит положитель-

ных эмоций (Екимов М. В., Федорова А. И., 2001) и тем самым приглушить внутреннюю напряженность (или синдром дефицита удовлетворенности).

б) *Нарушение глотания*, часто сопровождающееся ощущением «комка в горле» (мышечные спазмы в области глотки, пищевода). Подобное функциональное расстройство (психогенная дисфагия) обычно мешает проглатыванию преимущественно

твердой пищи. Подсознательно с нарушением глотания обычно связан страх подавиться пищей. Регрессионный механизм – проблемы, возникавшие в грудном возрасте в связи с переводом ребенка на плотную пищу (прикорм), реже – с грудным вскармливанием.

в) *Приступы психогенной тошноты* (реже – рвоты), возникающие непосредственно в стрессовой ситуации или же в преддверии («в предвкушении») эмоционально насыщенных событий, нежелательных встреч, связанных с неприязненными отношениями («меня от него тошнит»). Чаще встречается у детей и подростков – например, у ребенка, который не хочет идти на уроки, где подвергается давлению (или унижению) со стороны учителя, возникают приступы рвоты во время утренних сборов в школу (при мысленном представлении травмирующей ситуации). Психогенная рвота встречается также при юношеской дисморрофобии, в связи с недовольством собственной внешностью и навязчивым желанием похудеть. Регрессионный механизм – «срыгивание» у грудного ребенка при перевозбуждении.

Г. ПРОЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

а) *Одышка*, не связанная с болезнями органов дыхания и проявляющаяся как чувство «неудовлетворенности» вдохом, сопровождающееся желанием вздохнуть поглубже. (Последнее может при водить к избыточно глубокому дыханию – так называемый гиперентиляционный синдром.) Регрессионных ме-

низмов здесь также как минимум два. Наиболее ранний из них – это запечатлевшийся в памяти на подсознательном уровне первый вдох, по механизму импринтинга становящийся стереотипной реакцией на стресс. Второй регрессионный компонент гипервентиляции – подавляемая детская реакция плача (ребенок рефлекторно пытается остановить плач за счет частых глубоких вдохов с коротким выдохом).

б) При этом часто возникает ощущение *онемения и покалывания в руках* (и как составная часть гипервентиляционного синдрома, и как самостоятельное проявление). Аналогичные ощущения в ногах могут сопровождаться болезненными судорогами икроножных мышц. (Вносит свой вклад и вызванное длительными стрессами и сдвигом гормонального баланса нарушение обмена микроэлементов, в первую очередь кальция, приводящее к повышению нервно-мышечной возбудимости. «Вымывание» кальция из организма у женщин старше 40 лет может приводить к остеопорозу, сопровождаться болями в костях.)

в) *Ощущение «комка» в горле*, упомянутое ранее, на фоне затруднения дыхания. Сюда же может присоединяться спазм мышц, управляющих голосовыми связками, что приводит к нарушению голосообразования («перехватило голос»). Подобные проблемы, когда голос внезапно предательски «садится» или даже пропадает (афония), могут возникать в моменты ответственных публичных выступлений (см. далее метод Александера), бурных волнений (особенно в спорах, конфликтах, что мешает возразить собеседнику) или же после перенесенных внезапных психотравмирующих ситуаций. Именно таким образом человек нередко теряет голос в минуты сильного душевного волнения. Затяжной же стресс может приводить к расстройствам по типу хронического ларингита, нередко сопровождающегося постоянным «нервическим покашливанием». Можно упомянуть два регрессионных механизма подобных нарушений: во-первых, это подавленный крик у грудного ребенка («первичный крик», по А. Янову); во-вторых, подавленная речь в более старшем возрасте (на фоне строгих окриков род-

дителей, запрещающих ребенку словесное выражение своего мнения и своих эмоций).

г) Заложенность носа, затрудняющая носовое дыхание и расцениваемая как «вазомоторный ринит». В отличие от «чистых» ринитов, ухудшение состояния обычно отчетливо связано с обострением психологических проблем (конфликтами, перегруженностью на работе, переутомлением у учащихся и т.д.). В литературе можно встретить даже упоминания о вазомоторно-аллергическом варианте протекания депрессии (Осколкова С. Н., 1995). При этом часто обнаруживается болезненное напряжение мышц задней поверхности шеи (телесное отражение неспособности нести бремя ответственности). Регрессионный механизм – также задержанный плач («невыплаканные слезы»).

Д. ПРОЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ЧУВСТВ

а) *Кратковременное нарушение зрения* (предметы как бы расплываются перед глазами, и человеку приходится напрягать зрение, чтобы сфокусировать его и увидеть окружающее более отчетливо).

Регрессионный механизм – «расфокусированное» зрение новорожденного ребенка (переход из водной среды в воздушную, неумение фиксировать взгляд).

Связанное со стрессом напряжение может вызывать более серьезные нарушения органа зрения, начиная со зрительного утомления, спазма аккомодации, которое может со временем приводить к близорукости или повышению внутрглазного давления (ведущему к глаукоме). Символический, конверсионный механизм связанных со стрессом нарушений зрения – «Не вижу, потому что не хочу видеть».

б) Такие нарушения часто сопровождаются *головокружением* («как подумаю о проблемах, голова идет кругом»), а оно, в свою очередь, также может быть связано с неуверенностью при ходьбе, ощущением «ватных» ног или чувством, что «земля упливает

из-под ног». Регрессионный механизм – ощущения ребенка, который еще только учится стоять и ходить.

К головокружению могут добавляться приступы тошноты, шума в ушах, снижающего остроту слуха, – так называемый менинероподобный синдром (лабиринтный отек). Конверсионно-символический подсознательный механизм подобных нарушений – «Не слышу, потому что не хочу слышать».

Болезненный звон в ушах (тиннит) также во многом связывается с психосоматическими проблемами и рассматривается как следствие длительного стрессового напряжения мышц шейно-затылочной области.

Е. ПРОЧИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

а) *Приливы жара* («кровь бросилась в голову») или озноба («от страха все внутри заледенело»), иногда волнообразно сменяющих друг друга («бросает то в жар, то в холод»), которые могут сопровождаться мышечным трепетом (пациент описывает свои ощущения так: «Волнуюсь буквально до дрожи в руках и ногах»). Регрессионный механизм – несовершенство механизма терморегуляции у новорожденного ребенка, физически нуждающегося в тепле материнского тела.

б) *Обильное мочеиспускание*, которое обычно возникает после приступов паники. (Здесь стрессовые расстройства пересекаются с проявлениями так называемого несахарного диабета и могут утяжелять его протекание.)

в) *Разнообразные сексуальные проблемы* (как снижение сексуального влечения и потенции, так и в некоторых случаях гиперсексуальность). Нередко они могут быть вызваны привычным напряжением мышц области таза. Подобные проблемы, как обнаружил В. Райх, могут быть напрямую связаны просто с неумением человека расслабиться в прямом смысле, то есть снять мышечное напряжение. Регрессионный механизм нарушений потенции у мужчин, женской холодности – инфантильный отказ от «взрослости», от своей половой роли. Сюда же

примыкают функциональные нарушения менструального цикла у женщин (нерегулярность цикла, аменорея, предменструальный синдром).

г) *Нарушения сна* – бессонница или, наоборот, сонливость, сопровождающаяся ощущением того, что сна было недостаточно. Иными словами, человек после пробуждения чувствует себя разбитым, иногда может даже жаловаться на боли в мышцах (следствие того, что даже во сне он не расслабляется), описывая свои ощущения «как будто всю ночь мешки таскал» или даже «как будто палками колотили» (подобное самонаказание может быть подсознательно желаемым для критически настроенного СуперЭго, при этом сновидения становятся тревожными, угрожающими (ночные кошмары); тем не менее они продолжают выполнять адаптивную функцию, так как «инсценировка» во сне стрессовых служит для эмоциональной разрядки, так и для поиска выхода из сложившихся обстоятельств (поисковая активность по В. С. Ротенбергу). Нередко человек не помнит своих снов, они как бы стираются из памяти, что является следствием действиям психологической защиты (вытеснения). В нарушении сна играют роль также и регрессионные механизмы, особенно когда изменяется ритм сна и бодрствования, порой напоминая режим сна грудного ребенка (многократное чередование периодов активности и сонливости)

д) Интенсивные хронические стрессы также постепенно истощают, как бы «подтачивают» гормональную функцию коры надпочечников (напомним, что по схеме Г. Селье именно повышение при стрессе уровня кортикостероидных гормонов представляет собой основной механизм формирования устойчивости организма к неблагоприятным воздействиям). Эта скрытая, латентно протекающая недостаточность создает плодородную почву для развития энергических и аутоиммунных (в частности, ревматических проявлений, а также приводит к появлению жалоб астенического характера – на слабость, утомляемость. Достигая значительной степени выраженности, они формируют так называемый синдром хронической усталости, когда повышен-

ная утомляемость сопровождается не только постоянным чувством усталости, но еще и «беспринчным» повышением температуры тела (37–39) «летучими» болями в мышцах, суставах, в горле.

е) Сочетанный – и психологический, и физиологический характер носят приступы паники, варьирующие от опасения потери контроля над собой до всепоглощающего страха смерть. Регрессионный механизм – оживление у взрослого человека первичных детских страхов. Подобные расстройства могут как возникать в непосредственной связи со стрессом (в момент острого стресса или на фоне продолжающейся хронической нервно-психической напряженности), так и иметь отсроченный характер. В последнем случае организм начинает «сыпаться» спустя какое-то время после стрессовых событий. Это так называемый «синдром рикошета», который следует за стрессом наподобие хвоста кометы. Причем подобное может происходить, даже если эмоционально значимые события были позитивными, связанными с жизненными успехами – «синдром достижения», вызванный переживанием бурных положительных эмоций и, самое главное, обретением долгожданных радостей, к которым человек упорно стремился.

Необходимо упомянуть также о вторичных психосоматических расстройствах, играющих значимую роль в протекании обычных, соматических заболеваний. Их наличие можно обоснованно предположить, если выздоровление от телесной болезни затягивается сверх обычных сроков, особенно в тех случаях, когда хроническое заболевание носит прогрессирующий характер.

Все эти телесные расстройства, по сути, представляют собой патологические эквиваленты психофизиологической адаптации. Иными словами, эквивалент неотреагированных эмоций – суррогатную, неадаптивную форму эмоциональной разрядки. Именно поэтому эффективным способом борьбы с ними являются телесно-ориентированные методы эмоционального самораскрытия, саморегуляции и самоконтроля.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ТИПЫ ВОПРОСОВ ПРИ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ

Умение задавать вопросы, вести дискуссию является важным профессиональным навыком любого психотерапевта. В семейной системной психотерапии даже особо выделяют технику – «интервью, нацеленное на изменение». Умело проведенное интервью не только предоставляет ценную диагностическую информацию, но и считается мощным психотерапевтическим вмешательством.

В процессе интервью психотерапевт обычно использует и утверждения, и вопросы. Утверждения объясняют или констатируют какие-то темы, позиции, проблемы, в то время как вопросы открывают внутренний мир клиента. В разных терапевтических школах баланс между количеством вопросов и утверждений варьируется. Так, в системном подходе миланской школы упор делается на вопросы, зато структурные и стратегические подходы предпочитают утверждения. На соотношение вопросов и утверждений в каждой конкретной встрече влияют многие переменные: теоретическая ориентация и личностный стиль терапевта, типы проблем, убеждения, ожидания, стили взаимодействия между клиентами и т. д.

В психодиагностическом процессе содержится потенциал не только для исцеления, но и для травматизации клиента. И одним из определяющих факторов здесь является не что иное, как природа задаваемых вопросов.

Основным параметром в дифференциации вопросов является континуум локуса изменений, который стоит за вопросом. На одном полюсе этого континуума лежит преимущественно ориентировочная (диагностическая) цель, а на другом полюсе – цель вмешательства, предусматривающая достижение изменений у клиента или семьи.

Вторая важная ось для дифференциации вопросов связана с меняющимися предположениями о содержании психических феноменов и психотерапевтическом процессе.

Тогда на одном полюсе окажутся преимущественно линейные (причинно-следственные) цели, а на другом – преимущественно циркулярные (системные, кибернетические) цели.

Разделение на «линейное» и «циркулярное» вошло в практику семейной психотерапии из работ Г. Бейтсона о природе психического. Линейные гипотезы связываются с редукционизмом, латентными принципами, причинным детерминизмом, оценочными установками. Циркулярные гипотезы – с холизмом, принципами взаимодействия, структурным детерминизмом, нейтральными установками и системным подходом. Различия между ними условные, скорее, они могут пересекаться и дополнять друг друга. Многие психотерапевты используют оба вида концепций в большей или меньшей степени, различными способами и в разное время. Гипотезы психотерапевта (порой интуитивные и бессознательные) в значительной степени определяют суть задаваемых вопросов.

Если терапевт предполагает, что изучаемые события являются циркулярными, или кибернетическими, то ориентировочные вопросы, задаваемые им, будут, скорее, «циркулярными». Если же он считает, что возможно прямое воздействие на клиентов посредством информации или инструкции, то вопросы, влияющие на поведение клиента, могут рассматриваться как «стратегические».

Конкретные вопросы могут содержать различные степени линейности или циркулярности, так же как и варьироваться по фактору цели. Например, вопросы, касающиеся формулировки проблем и их объяснения, относятся к линейному подходу. Вопросы, касающиеся различий, а также серии вопросов о последствиях того или иного поведения, относятся к изучению циркулярного процесса. Конfrontирующие вопросы будут, скорее, регуляторными и стратегическими. Гипотетические вопросы о будущем отнесем к рефлексивным.

Ниже приведен пример постановки некоторых типов вопросов. Иллюстрации составлены на примере семейной диагностики лиц с аддитивным поведением.

Линейные вопросы. Эти вопросы ориентируют специалиста в области психического здоровья на ситуацию клиента, и они основываются на линейном предположении о содержании некоего психического феномена. В их основе лежит преимущественно исследовательская цель. Работа психотерапевта сравнима здесь с работой следователя или детектива. Это вопросы типа: «Кто это сделал?», «Где?», «Когда?» и «Почему?». Большинство интервью начинаются обычно с нескольких линейных вопросов. Часто это необходимо для присоединения к членам семьи через «линейный взгляд» на проблемную ситуацию. Таким способом психотерапевт пытается выяснить конкретную причину проблемы.

Например, специалист может начать встречу с последовательности линейно ориентированных вопросов, аналогичных следующим. Вопрос к матери: «С какими проблемами Вы пришли ко мне сегодня?» («В основном, из-за наркомании сына»). «Что Вас так расстраивает?» («Не знаю»). Вопрос к сыну: «У тебя трудности со школой?» («Нет»). «Ты уходил из дома или воровал?» («Нет»). «У тебя есть какие-то другие болезни?» («Нет»). «Ты чем-то недавно переболел?» («Нет»). «Бывают ли у тебя мысли о смерти?» («Нет»). Вопрос к матери: «Вы чувствуете себя виноватой из-за чего-то?» («Нет»). К сыну: «Что-то беспокоит тебя? Что бы это могло быть?» («Я действительно не знаю»). К матери: «Как Вы думаете, почему Ваш сын употребляет наркотики?» («Даже не знаю. У него нет никаких желаний, он забросил учебу, занятия спортом...») «И как долго он в таком состоянии?» («Три месяца. Вот уже три месяца, как он „катится по наклонной плоскости“»). «После чего все это началось? Что-то произошло?» («Не могу вспомнить ничего особенного»). «Кто-нибудь嘅тался ему помочь?» («Нет»). «Почему?» («Ну, лично я уже сыта по горло»). «Вы сами сильно напряжены?» («Немного»). «И как долго все, что происходит с Вашим сыном, вас тревожит?»...

Линейные вопросы по поводу проблем способствуют формированию клинической гипотезы: у клиента есть какое-то расстройство.

Циркулярные вопросы. Эти вопросы задаются, чтобы специалист мог также разобраться в ситуации клиента, но основаны они уже на циркулярной природе психических явлений. Мотив, лежащий в их основе, – исследовательско-раскрывающий. Психотерапевт действует как ученый, желающий получить новое открытие. Ведущая установка при постановке гипотез интеракционная и системная. Делается допущение, что одно явление как-то связано с другим. Вопросы формулируются для выяснения устойчивых картин взаимоотношений в кибернетической цепи, которые связывают личность, объект, действия, восприятия, идеи, чувства, события, установки, контекст.

Системный психотерапевт может начать интервью следующим образом: «Какая проблема привела Вас к нам?» («Беспокоюсь по поводу болезни моего мужа»). «Кто еще беспокоится?» («Свекровь»). «Кто больше всего?» («Я»). «Кто меньше всего?» («Мой муж»). К мужу: «Что делает Ваша жена, когда беспокоится о Вашей проблеме?» («Она „наезжает“, в основном насчет моих друзей»). «Что Вы делаете или чувствуете по этому поводу?» («Я стараюсь сдерживать себя, но внутри злюсь»).

Стратегические вопросы. Для вопросов этого вида характерна коррективная функция. Специалист ведет себя как учитель, инструктор, судья, сообщая членам семьи, как они ошибаются и как должны себя вести (в непрямой форме, в виде вопросов). На основе гипотезы, составленной о семейной динамике, психотерапевт приходит к заключению, что имеет место дисфункция семьи и, задавая стратегические вопросы, пытается заставить семью измениться. Директивность психотерапевта может быть скрытой, но все проходит через контекст, время и интонацию.

Примеры задавания стратегического вопроса жене, которая беспокоилась по поводу болезни мужа: «Когда Вы собираетесь заняться своей жизнью и начать искать работу?», «Что, по-Вашему, помогает большинству людей находить другие решения, кроме ухода в болезнь?» «Что удерживает Вас от злоупотребления алкоголем, если в вашем подъезде живут алкоголики?»

Рефлексивные вопросы. Рефлексивные вопросы – это во-

просы, способствующие личностному росту индивидуума или семьи путем стимуляции ответов, которые позволят членам семьи создать новые конструктивные установки и поведение.

Остановимся подробнее на некоторых вопросах из этой группы, так как они слабо освещены в отечественной литературе.

Проблемные семьи иногда так озабочены трудностями в настоящем или несправедливостями в прошлом, что живут так, как будто у них «нет будущего». Иногда семьи, живущие настоящим или прошлым, не могут ответить на рефлексивные вопросы сразу, но они часто продолжают работать над ними дома. Ожидания будущего оказывают влияние на поступки и поведение в настоящем. Через эту связь данная группа вопросов осуществляет свои рефлексивные эффекты.

1. Вопросы, ориентированные *на будущее*.
2. Выяснение *целей и задач семьи*, личных целей или целей для других.

Примеры вопросов: «Что Вы планируете сделать для карьеры?», «Как долго Вы считаете необходимым учиться?»

3. *Выдвижение на первый план потенциальных последствий*, которые могут возникнуть, когда определенные устойчивые картины поведения будут продолжаться. «Если Ваш муж не прекратит злоупотреблять алкоголем, как он это делает сейчас, что может произойти с Вашиими отношениями?», «Как насчет пяти лет спустя?», «Какие отношения между отцом и сыном могут быть результатом этого?»

4. *Исследование катастрофических ожиданий*. Задаются вопросы типа «Что самое страшное может произойти?», «А если произойдет, что будет ужасно?» Если пациентами опыт (и сама жизнь) воспринимается как серия катастроф и проблем, психотерапевту следует подвести их к восприятию реальности. Это – способ разоблачения скрытых проблем.

Вопрос для родителей, страдающих гиперопекой: «Чего Вы боитесь, когда Ваша дочь возвращается так поздно?», «Что самое худшее приходит в голову?». Для дочери: «Что, по-твоему, больше всего пугает твоих родителей?», «Какие ужасные вещи,

по их мнению, могут произойти, из-за чего они не спят ночью?» Важно, чтобы этот прием использовался с деликатностью и вниманием, чтобы члены семьи не чувствовали себя высмеянными психотерапевтом. Одновременно пациентов стимулируют к поиску альтернатив.

5. *Исследование гипотетических возможностей.* Вопрос для дочери: «Полагаешь ли ты, что твои родители могут быть обеспокоены возможным употреблением тобой наркотиков и алкоголя?», «Боятся ли они того, что ты можешь забеременеть?», «Боятся ли они даже упоминать о своих страхах, предполагая, что это может обидеть тебя?» Вопросы для родителей: «Если вы расскажете о своих беспокойствах дочери, считаете ли вы, что она воспримет это как потерю доверия? Как вмешательство в ее личную жизнь?»

6. *Представление гипотетических возможностей* позволяет психотерапевту задействовать его собственные идеи в процессе совместного создания будущего «идентифицированному пациенту» вместе с семьей. Вопрос к мужу при обсуждении условий заболевания жены: «Как она, по Вашему мнению, сможет сидеть в бухгалтерии при ее подвижности и общительности?»

7. *Рассмотрение историй и постановка дилемм.* Вопрос к матери: «Представьте себе, что Ваша дочь встречает молодого человека, который ей очень нравится, а он волнуется за нее и пытается отучить ее от наркотиков. Думаете ли Вы, что она больше будет слушать его, нежели Вас, родителей?» К дочери: «Что, по-твоему, твои родители могут сделать, когда узнают, что он имеет большее влияние на тебя, чем они? Будут ли они и дальше не разрешать тебе гулять или они будут поощрять времяпрепровождение с такими друзьями?»

8. *Исследование межличностного восприятия.* «О чём он, по Вашему мнению, думал при попытке суицида?» Вопросы этого подтипа базируются на поведенческих картинах и могут включать или не включать личность, к которой они адресованы.

9. *Исследование межличностных взаимодействий.* «Что Вы делаете, когда он приходит в состоянии алкогольного опьянения?

ния?»

10. *Вопросы, направленные на изменения контекста.* Каждое качество, значение или контекст могут рассматриваться как отличительная черта по контрасту с другими – противоположными или комплементарными качествами, значениями и ситуациями. Вопросы, направленные на изменение контекста, нацелены на извлечение наружу того, что скрыто или вытеснено. Легко забыть, что «плохое» существует только по отношению к хорошему, и что печаль и отчаяние возникают как противоположность радости и счастью.

В системной семейной психотерапии «триадные вопросы» отражают использование серии вопросов, которые адресованы к третьей персоне об отношениях между двумя (или более) другими.

Пример вопросов для матери, погруженной в проблемы болезней сына: «Когда последний раз Вам было хорошо вместе с мужем?», «Какие праздники Вы отмечаете?», «Какие вещи Вы больше всего любите?» Женщина вдруг начинает понимать, что они с мужем живы, у них хорошая зарплата, квартира и т. д., а они давно не ездили вместе в отпуск.

С помощью вопросов можно изучить противоположный контекст. Пример:

«Кто из членов семьи больше всего радуется ссоре?» «Кто будет испытывать грусть и потерю, когда конфликт вдруг прекратится?»

Изучение противоположного значения. Пример:

«Кто мог бы первым подумать, что отец злится, потому что он беспокоится о проблемах семьи больше других?»

Внесение парадокса. Пример:

«Как хорошо ты воруешь?» «Можешь ли воровать еще лучше, чем сейчас?» «А мог бы ты воровать у директора школы?»

Присоединение к пугающему импульсу. Пример:

«Почему ты до сих пор не убил себя?» «Какие идеи и мысли должны умереть?», «Существует ли какое-то плохое поведение, которое надо похоронить?» Такие вопросы, задаваемые под-

росткам, могут способствовать снятию психоэмоционального напряжения или дать свежий взгляд на ситуацию.

Некоторые типы рефлексивных вопросов позволяют семьям снять уникальность их проблем. Индивидуумы и семьи, приходящие на прием к психотерапевту, нередко воспринимают себя как «ненормальных». Специалист может помочь воспринимать их ситуации менее болезненно, сравнивая их проблему с ситуациями или событиями в жизни с других клиентов.

Примеры. «Как Вы думаете, выражаете ли Вы свое несогласие более или менее открыто, чем в знакомых Вам семьях?» (*Проведение контраста с социальной нормой.*)

«В большинстве семей на этой стадии мальчики – ближе к отцу. Что удерживает его так близко к матери?» (*Проведение контраста с нормами развития.*)

«Все семьи имеют трудности, связанные с выражением отрицательных эмоций. Когда Вы впервые обнаружили, что у него – проблема агрессии?» (*Социальная нормализация.*)

«Несмотря на то, что большинство семей сталкиваются с проблемами детей, убегающих из дома, что заставляет Вас так бурно реагировать?» (*Возрастная нормализация.*)

В ходе интервью могут задаваться вопросы, исследующие гипотезы и текущий процесс. Проиллюстрируем их примерами.

Рассмотрение текущего процесса. «Когда твои родители дома, спорят ли они так же, как тут? Или даже более бурно?»

Отражение собственного отношения. Как Вы думаете, я не обидел Вашу жену, задавая ей эти вопросы?»

11. *Вопросы, открывающие пространство (ресурсные вопросы).* Эти вопросы помогают клиенту найти собственные внутристичностные ресурсы для разрешения проблемы, увидеть себя в роли человека, способного контролировать проблемную ситуацию; вопросы помогают создать новую историю взаимоотношений пациента с проблемой, в которой возможен «счастливый» конец.

Об уникальных эпизодах, происходивших в реальности.

Эти вопросы побуждают к поиску исключений из проблем-

ной истории. На этом этапе клиент начинает создавать новую уникальную историю о своих взаимоотношениях. Примеры: Бывали ли времена, когда раздражение могло бы влиять на ваши отношения, но ему это не удавалось? Приходилось ли вам вдвое противостоять каким-то культурным предписаниям и делать что-то по-своему, вопреки им? В каких ситуациях вы легко принимаете решения? Были ли случаи, когда вы противостояли мыслям о болезни дольше обычного? Я понимаю, что страхи все еще продолжают существенно сужать и ограничивать вашу жизнь. Нет ли у вас ощущения, что вы стараетесь изменить это? Вы можете сказать мне, что именно дает вам это ощущение? Итак, в течение двух прошедших недель конфликт продолжался, но были ли моменты, когда вы хотя бы на мгновение чувствовали надежду на примирение? *О воображаемых уникальных эпизодах, используя вопросы гипотетического опыта.*

Примеры. Если бы один из ваших детей родился с серьезным заболеванием, сплотило бы вас это несчастье? Как, по вашему мнению, вы действовали бы вместе?

Что произошло бы, если бы вы не взяли на себя всю ответственность за заботу о ребенке? Например, что бы произошло, если бы вы не встали ночью, когда ваш ребенок не мог заснуть?

Предположим, ты узнал, что твоя мать берет дополнительную работу, чтобы оплатить твои занятия спортом, а не потому, что не хочет проводить с тобой больше времени. Как эта информация изменила бы твое отношение к происходящему?

Что было бы по-другому в том, как ты повзросла, если бы твоя мама не умерла?

Если бы вы решили сделать это, с чего бы вы начали?

Как вы представляете себя в роли студента? Вы изменили бы свой стиль?

Вопросы, касающиеся различных точек зрения.

Примеры. Что сказала бы ваша бабушка о том, как вы справляетесь с этой дилеммой? Я считаю, вы готовы взять на себя эту ответственность. Что, по вашему мнению, позволяет мне так думать? Как вы думаете, почему учится ваша дочь, когда видит, что

ваш муж сам принимает все решения, касающиеся семьи? Имен-но этого вы для нее хотите? Что бы вы предпочли, чтобы она видела? Бывали ли ситуации, когда она видела то, что вы описы-ваете?

Есть ли у вас друзья, которые оказывают на вас большое давление, когда речь идет о наркотиках? Есть ли у вас друзья, которые удерживают вас от приема наркотиков? Чем отличается влияние на вас этих двух групп друзей? Какие качества видит в вас первая группа друзей? Видит ли эти качества вторая груп-па? Что вы знаете о себе такого, чего не замечает ваша семья во время всех этих разбирательств?

Вопросы, ориентированные на другие временные рамки и контексты.

Примеры. Я понимаю, что в этом споре гнев действительно взял над вами верх..., но мне интересно, бывали ли ситуации, когда вы были способны справляться с гневом?

Лень влияла на все области вашей жизни или только на выполнение домашних заданий?

Я думаю, сомнения в собственных силах лишает тебя уверенности в школе. Но когда ты рассказывал об игре в баскет-бол, то я представила тебя совсем другим: уверенным в себе, смелым, активным. Ты понимаешь, почему это произошло? (этот вопрос относится также к вопросам точки зрения). Я слышу, что вы переживаете это как проблему всей своей жизни. Давайте сравним периоды вашей жизни. Были ли времена, когда отчаяние играло менее важную роль? В какой период вашей жизни вы чувствовали себя в наибольшей безопасности? В какой период вашей жизни вы были меньше всего подверже-ны панике? О каком случае вы вспомнили, когда я задала этот вопрос?

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАЦИЕНТА (КЛИНИКО-БИОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД)

Умение собрать и проанализировать информацию о развитии ребенка, соответствия симптоматики его возрасту является показателем профессионализма психолога. Психосоматические расстройства или их эквиваленты как бы вплетаются в различные кризисные периоды.

Возраст, состояние здоровья и вид занятий родителей к моменту беременности. Здоровье родителей к моменту беременности, ее желательность, ожидание пола ребенка, радость или разочарование кого-либо из родителей по поводу пола ребенка, его внешности, характера. Наличие хронических заболеваний родителей, генетической предрасположенности к наследственным заболеваниям с обеих сторон, множественные пороки развития у других членов семьи. Давность и характер предыдущей беременности. Предшествующие беременности, их желательность, исход. Наличие абортов, их мотивы, влияние на супружеские отношения родителей. Наличие каких-либо зависимостей от психоактивных веществ или аналогов аддиктивного поведения (табакокурение, алкоголизм, наркотическая или токсикоманияская зависимость, безудержная траты денег). Физическое и психологическое состояние матери в течение беременности, осложнения во время беременности. Отношения в период беременности между родителями, а также с другими родственниками и членами семьи. Роды: срочность, продолжительность, отклонения в процессе родов, вмешательства. Не менее важным является ретроспективная оценка эмоционального состояния матери в этот период («У меня были сложные отношения со свекровью, и я все время была в напряжении»). Информация о развитии ребенка выявляется вплоть до момента обращения к специалисту по следующим этапам.

РАННЕЕ МОТОРНОЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Необходимо проанализировать характер «поведения» ребенка на первом году жизни в целом: спокойным или беспокойным он был, возникали ли проблемы с питанием, сном и т. п. в этот период (например, «ребенок плохо засыпал, путал день с ночью»). Определить характер реакции на мокрые пеленки, тестное пеленание или облегающую одежду (т. е. изменение порогов тактильной и проприоцептивной чувствительности). Отметить наличие страхов раннего возраста: боязнь интенсивной перемены света, громких звуков, чужих людей, трудности привыкания к твердой пище, болезненная реакция на изменение режима, наличие симбиотической связи с матерью (непереносимость ее отсутствия). В этой части анамнеза очень важно подчеркнуть характер реакции ребенка на другого человека.

Вес ребенка при рождении, крик, характеристики периода новорожденности, его особенности.

Кто ухаживал за ребенком, особенности ухода (брали ли на руки, строго ли соблюдали режим, были ли противоречия среди воспитателей). Характер вскармливания, отношение к кормлению ребенка и матери. Психомоторное развитие ребенка и реакция матери на достижения ребенка. Также должны быть отмечены симптомы, имеющие отношение к неврологическому состоянию на первом году жизни (наличие мышечной гипо- или гипертонии, частые срыгивания, дрожание (тремор) рук, беспричинные крики, судороги на фоне высокой температуры).

В младенческом возрасте к психосоматическим расстройствам относят колики третьего месяца жизни, метеоризм, жвачку, срыгивание, функциональный мегаколон, анорексию грудного возраста, остановку развития, ожирение, приступы нарушения дыхания, нейродермит, якtagию, спастический плач, нарушения сна, раннюю бронхиальную астму, внезапную смерть младенца.

Выявляются сроки моторного развития (сроки возникновения новых моторных навыков), их последовательность. Особое

внимание должно быть уделено наличию или отсутствию периода ползания и срокам его возникновения, необходимо отметить слишком ранние сроки вставания на ноги (до семи месяцев).

В таком же ключе (сроки возникновения и последовательность) анализируется и психическое развитие: эмоциональные реакции (первые улыбки, комплекс оживления, страха перед чужими лицами), характер манипуляций с игрушками, особенности игровых действий (сопровождение игровых действий вокализацией и соответствующей мимикой). Важным показателем собственно эмоционального развития ребенка в этом возрасте является изменение характера игровой активности в присутствии значимых лиц. Оцениваются понимание интонационной стороны речи взрослых, собственно обращенной речи и ее интонации, сроки и особенности речевого развития (гуление, лепет, первые слова, определение частей тела). При оценке речевого развития также отмечаются речевые реакции ребенка и изменения их интенсивности и качества в присутствии взрослых.

Отдельно отмечаются заболевания и/или травмы первого года жизни. В соответствии с современными теоретическими представлениями (аналитическими, когнитивными) о психическом развитии ребенка трудно переоценить значение информации об этом периоде жизни для анализа последующих этапов развития и возможных проблем ребенка.

ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В ПЕРИОД ОТ ОДНОГО ГОДА ДО ТРЕХ ЛЕТ

Выявляется, в первую очередь, где находился ребенок в этот период (в домашних условиях с матерью, с другими родственниками, например, с бабушкой, с няней или с чужими людьми, в дошкольном учреждении, в Доме ребенка и т. п.). В случае, если ребенка поместили в ясли или детский сад, должны быть отмечены характер и протекание периода адаптации к детскому учреждению и детскому коллективу.

Также отмечаются значимые изменения в семейном и соци-

альном статусе родителей, произошедшие в этот период, и их влияние на общее состояние обследуемого ребенка («горизонтальные стрессоры»: развод или смерть одного из родителей, рождение младшего ребенка, переезд на новое место жительства и т. п.).

Анализируются темпы, сроки и особенности речевого развития, в том числе возраст, когда появились местоимение «я», простые и сложные фразы, качество произношения звуков, элементы словотворчества, знание элементарных детских стихов, телевизионных передач. В случаях асинхронного (слишком раннего или слишком позднего) речевого развития анализируются способы привлечения ребенком внимания взрослых, адекватное использование при этом мимики и жестов.

Далее выясняются особенности эмоционального развития и развития коммуникативных навыков: характер привязанности и отношения к близким родственникам (в том числе степень независимости от них), особенности игровой деятельности (какие предметы или игрушки вызывали наибольший интерес, в каких условиях и какие действия с ними производились). Например: охотно играл в кубики и складывал конструкции, аналогичные показанным взрослым человеком, только в присутствии взрослого; предпочитал неигровые предметы (шуршание газетами, пересыпание гаек и т. п.). Протекание начала «кризиса трех лет».

Для этого возрастного периода важно также оценить наличие и характер страхов (фобий), их стойкость и соответствие возрасту (типичность или возрастное несоответствие имеющихся страхов, их выраженность). В этом же разделе необходимо изучить такой важный показатель эмоциональной стабильности, как сон: его особенности в этот период (скрежет зубами во сне, психомоторное возбуждение, наличие или отсутствие периодичности подобных проявлений), а также характер засыпания ребенка.

При необходимости отмечаются особенности познавательных интересов, например, интересовался машинами, знал опре-

деленное количество автомобилей различных марок.

Анализируются сроки созревания большого моторного акта (умение бегать, возможность производить согласованные движения: маршировать, лазать вверх и вниз по лестнице, кататься на велосипеде, а также наличие других элементарных бытовых навыков, указывающих на уровень развития мелкой моторики: самостоятельная еда, застежка молний и завязывание шнурков).

Отмечаются сроки формирования самостоятельных навыков опрятности (в первую очередь, когда стали приучать к горшку, и насколько трудно проходило формирование этого навыка).

Выясняются (со слов близких или из медицинской карты) особенности состояния здоровья ребенка, на фоне которого протекало его развитие: частота заболеваний, их тяжесть, наличие травм и госпитализаций в этом возрастном периоде. Здесь же отмечаются признаки неврологического неблагополучия: частые боли в животе, аффективно-респираторные приступы, беспричинный подъем температуры и др. Подобные проявления, установленные психологом, отмечаются им как факторы, осложняющие психическое развитие ребенка и иногда требуют консультации специалиста с медицинским образованием.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В ПЕРИОД ОТ ТРЕХ ЛЕТ ДО 5–5,5 ЛЕТ

Основные разделы и показатели психологического анамнеза этого периода тождественны предыдущим. Так же выявляются семейные и социальные условия, основные характеристики познавательного, в том числе речевого, эмоционального и моторного развития ребенка, состояние его здоровья на этом этапе в целом.

В то же время, необходимо отметить «ведущие» показатели развития ребенка в этот период: длительность, тяжесть и особенности протекания «кризиса трех лет»; адаптация в детском учреждении; умение общаться со сверстниками, приспособление к требованиям социального окружения, наличие специфи-

ческих реакций на посещение детского учреждения; особенности игры как ведущей деятельности этого возраста.

В связи со свойственной этому возрасту дифференциацией моторных функций должно быть выяснено также наличие фактора леворукости или амбидекстрии (отсутствие стойкого предпочтения какой-либо руки или ноги) в семье или у других родственников.

В дошкольном возрасте наблюдают такие психосоматические расстройства, как запор, понос, «раздраженный кишечник», боли в животе, циклическая рвота, отказ от жевания, анорексия и булимия, энкопрез, энурез, ожирение, нарушение сна, лихорадка и др.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В ПЕРИОД ОТ ПЯТИ ДО СЕМИ ЛЕТ

Старший дошкольный возраст рассматривается преимущественно как «подготовительный» к дальнейшему обучению в школе. Поэтому внимание как родителей, так и воспитателей детских дошкольных учреждений направлено, в основном, на когнитивное развитие детей. Иногда только при достижении ребенком этого возраста родители начинают замечать, что у него имеются какие-либо проблемы психологического плана – от нарушений речи до невозможности адаптации к правилам поведения. Сбор данных об особенностях развития ребенка в указанный период его жизни, как правило, не представляет особого труда: родители достаточно хорошо все помнят.

Несоответствия результатов развития ребенка успехам других детей или его непохожесть на других заставляют родителей чаще обращаться именно к психологу. Психолога, в первую очередь, должны интересовать трудности, возникшие в этот период, или нарастание ранее имевшихся проблем, как в плане поведения ребенка, так и в плане познавательного развития. Также важно отметить уровень «готовности» к школьному обучению (знал ли буквы, умел ли читать слоги, владел ли прямым счетом

до десяти).

С другой стороны, психологу необходимо выяснить такие неспецифические особенности, как повышенная истощаемость и сниженная работоспособность, темповые особенности ребенка (быстрый – медленный, «копуша»), повышенная возбудимость и трудности регуляции собственного поведения на фоне явных признаков истощения или без них, эмоциональная лабильность (неустойчивость настроения, легкость перехода от смеха к слезам и наоборот).

Точно так же, как и для предыдущих периодов, здесь важно отметить наличие частых респираторных заболеваний или обострение хронических, тяжелых инфекционных заболеваний, последствий травм, хирургических операций, в той или иной степени повлиявших на психическое развитие ребенка; взаимоотношения с матерью, отцом (в треугольнике), со сверстниками; способность к ролевой игре; желание и умение рисовать. Если ребенок посещал детский сад, – как строил взаимоотношения с воспитателями, с детьми; его сон, наличие страхов, «кошмаров»; заболевания, психические травмы, реакции на них.

Готовность ребенка к школе в познавательной, коммуникативной, волевой сферах, «школьная зрелость».

У детей школьного возраста и подростков к числу психосоматических расстройств относят мигрень, «ростовые боли», рецидивирующие боли меняющейся локализации, нарушения сна, приступы гипервентиляции, обмороки, вегетососудистую дистонию, бронхиальную астму, нервную анорексию, булимию, ожирение, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, энурез, энкопрез, нейродермит, расстройства менструального цикла и др.

РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ (ОТ 7 ДО 10-11 ЛЕТ)

Отмечается характер адаптации к регулярному обучению (трудности привыкания, поведения, непереносимость нагрузок, выполнение домашних заданий), сложности овладения программным материалом по отдельным предметам базового школьного компонента. Необходимо отметить сроки и условия возникновения отмечаемых жалоб, например: затруднения в работе в условиях обучения в классе, в ситуации увеличения объема нагрузки и темпа прохождения материала к концу второй четверти первого класса по программе 1–3. Отмечается появление сопутствующих симптомов (энуреза, тиков, заикания, выраженной двигательной расторможенности и неуправляемости) как наряду с вышеописанными проблемами, так и изолированно в качестве реакции на начало регулярного обучения. Проводится анализ ситуаций усугубления эмоционально-личностных проблем (например, возникновение тиков или заикания при устных ответах у доски перед всем классом, в ситуации нарастания напряжения).

Безусловно, все эти проблемы возникают не только в начале обучения в школе, но могут появиться и «внезапно» на любом этапе учебы. Необходимо попытаться выяснить у родителей, какие, с их точки зрения, социальные или семейные события предшествовали или сопровождали возникновение такого рода проблем («горизонтальные стрессоры»).

Психологу также следует приблизительно оценить влияние частоты пропусков занятий по болезни и ухудшение общего состояния здоровья ребенка в ответ на нарастание проблем обучения и поведения, а также обратить внимание на наличие травм, госпитализаций и т. п., как возможных причин школьной дезадаптации. Необходимо учесть особенности построения взаимоотношений по вертикали и горизонтали; развитие познавательной сферы, сферы интересов, общения; особенности характера; заболевания и психические травмы, их переносимость.

История развития ребенка при возникновении проблем в подростковом возрасте, с одной стороны, может иметь определенную специфику, исходить из проблем развития в предшествующих возрастах и, соответствующим образом отражается в предлагаемом психологическом анамнезе. С другой стороны, большая часть проблем подросткового возраста неотвратимо определяется спецификой социальной и семейной ситуации до начала подросткового периода.

Сбор диагностических сведений в этом свете касается следующих областей: психиатрические и поведенческие проблемы, школа и работа, социальная компетентность и взаимоотношения с ровесниками, отдых и развлечения, исследование зависимостей (аддиктивное поведение и его аналоги). Обычно в подростковой фазе происходит переоценка значимости родителей и других членов семьи. В данном контексте особую роль играет диагностика нарушенных семейных взаимоотношений (семейный анамнез).

Школа – первая работа подростка. Регулярное ее посещение и положительные оценки требуют наличия некоторых социально-психологических навыков у ребенка, соответствующих возрасту, определенного уровня развития социальной компетентности и минимального уровня ориентации на достижения. Социальная компетентность состоит в способности подростка адекватно общаться как с ровесниками, так и со взрослыми. Она включает в себя как минимум коммуникативные навыки, самоконтроль, умение расслабляться, отдыхать и разрешать проблемы.

Школьная дизадаптация способствует появлению эмоциональных и поведенческих расстройств и, вкупе с резким снижением успеваемости может быть сигналом о злоупотреблении подростком наркотиками. Очень важна объективная информация (характеристика из школы, показатель интеллекта). Провалы в школьном образовании дают возможность вскрыть и семейный контекст консультируемого случая: какие установки родителей на школьные достижения и поведение; разделяют ли они от-

ветственность за промахи ребенка или ругают школу; хвалят ли ребенка за школьные достижения или «учатся за него».

Отношения с ровесниками – также серьезный предиктор психосоматических расстройств у подростков. Специалисту следует расспросить, кто является близким приятелем данного подростка; чем они вместе занимаются; как подросток себя чувствует в неформальной группе. Предпочтение такой группы семье может навести на мысль о семейной дисфункции, а избегание социальных контактов – о тревожном расстройстве личности или слабом развитии социальных и коммуникативных навыков.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Время возникновения симптомов. Связь с особенностями жизни и деятельности, с другими заболеваниями и факторами жизни (в том числе психогенными). Наличие «светлых промежутков» (без симптомов), с чем, по мнению пациента, они связаны. Что изменилось в лучшую сторону в жизни пациента и его семьи с появлением симптомов, что – в худшую.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. ПРИНЦИПЫ СЕМЕЙНОГО ИНТЕРВЬЮ

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ИНТЕРВЬЮ

Причины обращения

Почему семья обратилась к психотерапевту именно сейчас?

Существует ли в семье единый взгляд на проблемы?

Какой уровень мотивации к участию в терапии?

Существуют ли внешние источники мотивации? Каковы отношения между семьей и этими внешними источниками?

Ожидания семьи, связанные с психотерапевтом.

Какую роль или роли психотерапевт должен играть с точки

зрения семьи? Эксперта? Судьи? Союзника? Спасителя?

Стремится ли кто-нибудь из членов семьи образовать альянс с психотерапевтом? Чего они ожидают от терапии?

Процедура знакомства.

Кто является представителем, «рупором» семьи?

Кому принадлежит власть в семье? На кого члены семьи смотрят, когда говорят?

Кто привел семью на интервью? Чего ожидает от терапии это лицо? Будет ли этот человек решать, стоит ли семье продолжить терапию?

Кто из членов семьи мотивирован к терапии? Заинтересованы ли они в помочи самим себе или в изменении других членов семьи?

Определение проблемы.

Как семья описывает свою проблему?

Склонна ли семья в создавшихся трудностях «виноватить» одного из своих членов? Как долго продолжаются обвинения? Насколько ригидна установка на обвинение? Существует ли в семье единство мнений по этому вопросу?

Насколько члены семьи готовы к поиску других объяснений проблемы?

Скрывается ли, за описанием проблемы семьей какая-то тревога?

Каковы нарушения границ между подсистемами (размытые, жесткие)?

Как член семьи, договорившийся о встрече с психотерапевтом, «отражал» семейную систему?

Ключ к распознаванию паттернов – это наблюдение за вербальной и невербальной коммуникацией членов семьи. Например, нужно задаться следующими вопросами:

Как члены семьи располагаются в комнате по отношению друг к другу?

Кто говорит от лица всей семьи, а также за других членов семьи?

Каким образом члены семьи представляют семейные проблемы?

Как участники беседы реагируют на презентацию проблемы членом семьи? Есть ли кто-нибудь, кто возражает или соглашается?

- | Кто кого чаще всего поддерживает во время обсуждения?
- | Какие отношения наиболее конфликтны?
- | Какие паттерны конфликтов привычны для семьи?
- | Кто участвует в конфликтах? Кто остается в стороне?
- | В какие моменты терапевта приглашают вступить в конфликт?
- | Кто постоянно требует поддержки терапевта

ПОСТРОЕНИЕ СИСТЕМНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Какие различия можно выявить в описании проблемы членами семьи?

Какие различия члены семьи осознают? Как они поступают с этими различиями?

Связана ли предъявляемая проблема или симптоматическое поведение с нарушениями внутри семейной системы?

Какие различия и потенциальные конфликты отрицаются или отвергаются?

Возникает ли у семьи сопротивление при попытках перейти на системное определение? Что лежит в основе сопротивления? Вызывает ли системное определение какие-либо опасения?

Какое системное определение позволит выбрать цель терапии, приемлемую как для психотерапевта, так и для семьи?

При разработке системной гипотезы информация накапливается и интегрируется на трех различных уровнях: поведенческом, эмоциональном и когнитивном (что люди делают, что чувствуют и как мыслят).

Важно осознать, как все три уровня связаны между собой и поддерживают симптом. Общие гипотезы семейного функционирования должны быть циркулярными и включать в себя всех членов семьи. При этом симптом рассматривается как звено циркулярной последовательности, в которой семья «застяглa». (Как один поступок связывается с другим, чтобы сохранялось равновесие в семье? Какие циклические картины поведения можно наблюдать в связи с симптомом в этой семье? Как это все соотносится со стадиями жизненного цикла семьи и семейной структурой? Как симптоматическое поведение выглядит в кон-

тексте семейной истории, по крайней мере, трех поколений?)

Итогом является определение функций симптоматического поведения в семейной системе, а также отношения к нему как к коммуникативной метафоре.

Выявить симптом как коммуникативную метафору помогает следующий алгоритм:

- вывягить нарушения семейной коммуникации (внутри семьи и с внешним миром): взаимные нападки, критика, отвержение, клевета, неумение выслушивать друг друга, эмоциональное и физическое пренебрежение друг другом; отсутствие или избыток дисциплинарных техник, обнаружение «двойного зажима»;
- диагностировать искажения эмоциональных связей и интеракций между родителями, отсутствие или искажение родительской модели поведения, с которой ребенок (сознательно или бессознательно) идентифицируется;
- определить наличие дисфункциональных стилей совладания со стрессом (например, неадекватная агрессия или уход в болезнь), выделить наиболее часто используемые психологические защиты, стратегии совладания с трудностями (копинг-стратегии), когнитивные искажения (правила, установки);
- обратить внимание на отсутствие необходимых социальных навыков (когнитивный дефицит): совместный прием пищи, выражение положительных эмоций, ведение разговора, соблюдение правил проживания);
- получить информацию, объединяющую людей и события (кто первым заметил; кто больше всех беспокоился о проблеме; какое из событий произвело наибольший эффект на семью);
- исследовать семейный «треугольник» (вовлеченность в «треугольники» и взаимные пересечения могут передаваться из поколения в поколение).

Сергей Александрович Кулаков

Психосоматика
4-е издание, дополненное

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Кулаков Сергей Александрович, врач-психотерапевт высшей категории, супервизор, доктор медицинских наук, профессор, зам. директора по реабилитационной работе Медицинской ассоциации «Центр Бехтерев». Автор учебных пособий «На приеме у психотерапевта – подросток», «Руководство по реабилитации аддиктов», «Трудности и ошибки в психотерапии», соавтор «Психотерапевтической энциклопедии».

Книга представляет собой энциклопедию подходов и методов диагностики и лечения психосоматических пациентов на основе био-психо-социо-духовной парадигмы. Акцент сделан на интегративном подходе. Собранные в книге знания и обилие случаев из практики автора смогут быть полезными для специалистов разных школ и опыта, оказывающих помочь пациентам, у которых можно найти психологические корни их физических страданий

ISBN 978-5-4483-5967-5



9 785448 359675 >