

# СОДЕРЖАНИЕ

**Старшенбаум Г. В.**

Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. - М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. - 367 с.

Перед вами - самое современное практическое руководство по лечению нервно-психических расстройств. Оно предназначено для психотерапевтов, клинических психологов, психиатров и сексопатологов. Автор руководства - практикующий и обучающий психотерапевт психодинамической ориентации, кандидат медицинских наук, разработавший эффективную программу кризисной психотерапии.

Руководство составлено в соответствии с МКБ-10, а также с учетом В5М-1У - 4-го издания Справочника по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации.

Каждая тема завершается клинической иллюстрацией и тестами. Подробно описаны современные методы психотерапии, объясняются механизмы их воздействия, приводятся показания к дифференциальному клиническому применению.

Руководство снабжено словарем основных терминов, приводится библиография по указанным разделам на русском языке за последние 20 лет.

15ВМ-5-94405-007-1

© Г. В. Старшенбаум, 2003

© Изд-во Высшей школы психологии, 2003

<b>Предисловие</b> .....	<b>9</b>
<b>Глава 1. ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>10</b>
Уровни психических расстройств .....	10
Классификация психических расстройств .....	11
Диагностика .....	12
Организация помощи .....	13
Принципы лечения .....	15
Общие вопросы психотерапии .....	16
Групповая психотерапия .....	19
Семейная терапия .....	22
Рекомендуемая литература .....	24
<b>Глава 2. СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И ДИССОЦИАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b> .....	<b>28</b>
Связанные со стрессом расстройства .....	29
Острая реакция на стресс .....	29
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) .....	29
Диссоциативные расстройства .....	30
Диссоциативная амнезия, fuga и ступор .....	31
Синдром Ганзера, транс и одержимость .....	31
Расстройство множественной личности (РМЛ) .....	31
Синдром деперсонализации-дереализации (отчуждения) .....	32
Диссоциативные расстройства движений и ощущений .....	32
Психотерапия .....	33
Гипнотерапия .....	33
Нейролингвистическое программирование (НЛП) .....	38
Клинические иллюстрации .....	39
Тесты .....	40
Рекомендуемая литература .....	43
<b>Глава 3. РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ</b> .....	<b>45</b>
Реакции дезадаптации .....	45
Психотерапия .....	46
Проблемно-ориентированная терапия .....	46
Группы тренинга умений .....	47
Суицидоопасные реакции дезадаптации .....	49
Реакция острого горя .....	51
Конфликт зависимых отношений .....	55
Психодинамика суицида .....	56
Кризисная терапия .....	58

Семейная кризисная терапия	61	Неспецифический язвенный колит .....	
Групповая кризисная терапия	64	Диффузный токсический зоб, гипертиреоз .....	
.....		Ревматоидный артрит .....	
^		Нейродермит .....	
Клиническая иллюстрация .....	72	Крапивница, ангионевротический отек .....	
Тесты .....	76		
Рекомендуемая литература .....	78		
<b>Глава 4. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА</b> .....	<b>81</b>		
Тревожно-фобические расстройства .....	81		
Паническое расстройство .....	81		
Генерализованное тревожное расстройство .....	82		
Агорафобия .....	82		
Социальные и специфические фобии .....	82		
Обсессивно-компульсивное расстройство .....	83		
Неврастения .....	85		
Психотерапия .....	86		
Психодинамическая терапия .....	86		
Индивидуальная психология Адлера .....	89		
Характерологический анализ Корни .....	91		
Групповой психоанализ .....	92		
Психодрама Морено .....	94		
Трансактный анализ Берна .....	96		
Клиент-центрированная терапия Роджерса .....	99		
Логотерапия Франкла .....	100		
Поведенческая терапия .....	102		
Когнитивная терапия .....	105		
Супружеская и семейная терапия .....	106		
Клиническая иллюстрация .....	106		
Тесты .....	110		
Рекомендуемая литература .....	115		
-----	103		
<b>Глава 5. СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b> .....	<b>11</b>		
Соматизированное расстройство (синдром Брике) .....	9		
Ипохондрическое расстройство .....	120		
Соматоформная вегетативная дисфункция .....	121		
.....	121		
121	121		
Хроническое соматоформное болевое расстройство .....	122		
Психосоматические болезни .....	125		
Коронарная болезнь .....	125		
.....	125		
.....	125		
Гипертоническая болезнь и мигрень .....	125		
Бронхиальная астма .....	125		
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки .....	125		

Этиология и патогенез .....	126
Психодинамика .....	129
Психотерапия.....	130
Рациональная психотерапия .....	130
Суггестивная терапия .....	131
Аутогенная тренировка .....	133
Символдрама.....	134
Гештальттерапия Перлза.....	135
Биоэнергетический анализ .....	138
Психодинамическая терапия психосоматических больных.....	139
Позитивная психотерапия по Н. Пезешкиану .....	140
Семейная терапия .....	141
Клиническая иллюстрация .....	141
Тесты.....	147
Рекомендуемая литература .....	151
<b>Глава 6. РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И СНА .....</b>	<b>153</b>
Нервная анорексия .....	153
Нервная булимия.....	154
Диссомния .....	155
Бессонница неорганической природы .....	156
Гиперсомния неорганической природы (нарколепсия) .....	158
Расстройство режима сна-бодрствования .....	159
Снохождение (сомнамбулизм) .....	159
Ночные ужасы (Рауог постШглиз) .....	160
Клиническая иллюстрация .....	160
Тесты.....	162
Рекомендуемая литература .....	164
<b>Глава 7. ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....</b>	<b>166</b>
Развитие сексуальности .....	166
Психосексуальные типы .....	167
Фазы сексуальной реакции .....	170
Сексуальные дисфункции у женщин.....	171
Сексуальные дисфункции у мужчин.....	174
Происхождение сексуальных дисфункций .....	176
Обследование.....	180
Лечение.....	181
Рациональная психотерапия .....	181
Суггестивная терапия .....	184
Поведенческая терапия.....	185
Сексотерапия .....	186
Психодинамическая, групповая и биологическая терапия.....	188
Клиническая иллюстрация.....	190
Тесты .....	192
Рекомендуемая литература .....	195

<b>Глава 8. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ</b> .....	<b>197</b>
Общие положения .....	197
Параноидальное расстройство личности .....	201
Шизоидное и шизотипическое расстройство личности .....	202
Антисоциальное и пограничное расстройство личности .....	203
Истерическое и нарциссическое расстройство личности .....	205
Обсессивно-компульсивное расстройство личности .....	206
Тревожное и депрессивное расстройство личности .....	207
Зависимое расстройство личности .....	208
Пассивно-агрессивное расстройство личности .....	208
Совместимость характеров и межличностные конфликты .....	209
Лечение .....	213
Когнитивная терапия .....	213
Психодинамическая терапия .....	215
Аналитическая психология Юнга .....	216
Голотропная терапия Грофа .....	217
Арттерапия .....	218
Семейная терапия .....	219
Клиническая иллюстрация .....	220
Тесты .....	223
Рекомендуемая литература .....	228
<b>Глава 9. РАССТРОЙСТВА ПРИВЫЧЕК И ВЛЕЧЕНИЙ</b> .....	<b>232</b>
Патологические влечения .....	232
Гэмблинг .....	232
Пиромания и клептомания .....	233
Переменяющееся эксплозивное расстройство .....	234
Трихотилломания и онихофагия .....	234
Синдром Жилия де ля Туретта .....	235
Сверхценные увлечения .....	235
Гиперфагия .....	235
Аддикция к деньгам .....	236
Аддикция к власти и фанатизм .....	237
Трудоголизм .....	237
Синдром сгорания профессионала .....	239
Любовная аддикция .....	239
Происхождение аддикций .....	241
Клинические иллюстрации .....	242
Тесты .....	244
Рекомендуемая литература .....	248
<b>Глава 10. ЛИЧНОСТНЫЕ ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА</b> .....	<b>250</b>
Транссексуализм и парафилии .....	250
Сексуальная аддикция .....	251
Инцест .....	252

Психодинамика .....	255
Психотерапия .....	256
Клинические иллюстрации .....	257
Тесты .....	260
Рекомендуемая литература .....	264

<b>Глава 11. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b> .....	<b>266</b>
Депрессивные синдромы .....	266
Маниакальные синдромы и МДП .....	269
Происхождение .....	271
Терапия .....	274
Клиническая иллюстрация .....	277
Тесты .....	286
Рекомендуемая литература .....	286

<b>Глава 12. БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА И ШИЗОФРЕНИЯ</b> .....	<b>288</b>
Бредовые расстройства .....	289
Паранойальные синдромы .....	289
Параноидные синдромы .....	291
Парафренный синдром .....	291
Кататонические синдромы .....	292
Шизофрения .....	292
Течение .....	294
Шизоаффективное и шизотипическое расстройство .....	295
Происхождение и психодинамика .....	296
Лечение .....	299
Клинические иллюстрации .....	308
Тесты .....	311
Рекомендуемая литература .....	315

<b>Глава 13. РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ</b> .....	<b>317</b>
Наркологические симптомы .....	317
Наркологические синдромы .....	318
Алкоголизм .....	320
Клинические формы и течение .....	320
Происхождение .....	322
Лечение .....	323
Наркотическая зависимость .....	326
Происхождение и течение .....	327
Лечение наркомании .....	328
Медикаментозная зависимость, никотинизм, кофеинизм .....	329
Клинические иллюстрации .....	332
Тесты .....	334
Рекомендуемая литература .....	339



## Глава 14. ОРГАНИЧЕСКИ И СОМАТИЧЕСКИ

<b>ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА</b> .....	<b>342</b>
Синдромы нарушенного сознания .....	342
Онейроид .....	342
Делирий .....	343
Аменция .....	343
Парамнестические синдромы .....	343
Судорожный и психоорганический синдром .....	344
Эпилепсия .....	345
Психические нарушения при поражениях ц. н. с .....	346
Психические нарушения при общих и мозговых инфекциях .....	347
Соматогенные психические расстройства .....	348
Психические расстройства позднего возраста .....	349
Негативные психопатологические расстройства .....	350
Олигофрения .....	352
Приобретенные психопатологические дефекты .....	352
Клиническая иллюстрация .....	353
Тесты .....	354
Рекомендуемая литература .....	359
<b>Словарь терминов</b> .....	<b>... 361</b>

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Данное руководство предназначено для нескольких категорий читателей. Учащимся оно поможет усвоить материал и сдать экзамены по психиатрии. Профессионал найдет в нем самые современные данные о психических расстройствах и методах дифференцированной клинической психотерапии. Человек, интересующийся проблемами душевной жизни, получит возможность заглянуть в свои самые таинственные уголки и тем самым лучше понять себя и других людей. Впрочем, без такого подхода нельзя стать и профессионалом. Теоретической основой руководства является психоанализ, однако ключевые работы З.Фрейда лишь упоминаются в расчете на знакомство читателя с ними.

Структура книги подчинена единому принципу: каждая тема начинается с определения понятий, затем излагается клинический материал, даются диагностические критерии, приводится психодинамическая трактовка расстройств, описываются современные методы их психотерапии, анализируются клинические случаи. В заключение предоставляется возможность проверить и закрепить свои знания с помощью тестов, соответствующих по степени трудности второй ступени Медицинского лицензионного экзамена США (Ш. Вудс, 1998). Каждая глава завершается списком доступной литературы, а книга - словарем терминов с указателем глав, в которых читатель найдет более подробную информацию.

Хочу поблагодарить тех, кто дал мне импульс для этой работы: моих клиентов, учеников и коллег - в первую очередь инициатора и издателя этого руководства директора Высшей школы психологии И. Л. Базенкова.

# Глава 1

## ВВЕДЕНИЕ

**Определение психического расстройства.** В соответствии с международной классификацией болезней психическое расстройство - это клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию.

Выраженность психического расстройства определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия *психического здоровья*, критериями которого являются:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического Я;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;
- соответствие (адекватность) психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами и законами;
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать планы;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Начинающие профессионалы могут проявлять *нозоцентризм* (позоз - болезнь, греч.), расценивая любое отклонение от ожидаемой нормы как патологию. Подобный подход чреват гипердиагностикой психических болезней. Другой крайностью является *нормоцентризм* - попытки объяснять психопатологию в рамках психической нормы (подобный подход лежит в основе антипсихиатрии).

### Уровни психических расстройств

Психические расстройства по уровню нарушений подразделяют на ситуационные и адаптационные реакции, невротические, личностные, психотические и органические психические расстройства. В отечественной психиатрии личностные расстройства называются психопатиями; их традиционно объединяют с расстройствами предыдущих уровней в пограничные нервно-психические расстройства, имея в виду границу между психическим здоровьем и болезнью. От этого понятия необходимо отличать пограничное расстройство личности (Вогейпте в терминологии англоязычных авторов). Пограничные нервно-психические расстройства входят в компетенцию так называемой малой психиатрии - основной сферы деятельности психотерапевта.

формализованное описание психических расстройств осуществляется с помощью системы симптомов (зутрота - совпадение, греч.). Позитивные симптомы обозначают признаки психопатологической продукции: тоска, бред, галлюцинации и т. д. Негативные симптомы включают признаки выпадения, недостаточности какой-либо психической функции: апатия, амнезия, ступор и т. д.

Ряд закономерно сочетающихся друг с другом симптомов образуют синдром (зупототе - стечение, греч.). Психопатологические синдромы образуют следующие основные группы: невротические, аффективные, кататонические, галлюцинаторно-бредовые, нарушенного сознания, органического поражения головного мозга.

Следующим уровнем обобщения является нозологический (нозология - учение о болезнях). По этиологической принадлежности выделяют психогенные, эндогенные (маниакально-депрессивный психоз и шизофрения), экзогенно-органические и соматогенные психические болезни. Однако установить причину болезни в психиатрии труднее, чем в соматологии. Большее значение приобретает тип течения, характерный для определенной болезни: волнообразный при неврозах, приступообразный при аффективных психозах, прогрессивный при шизофрении, пароксизмальный при эпилепсии.

Психопатологические синдромы по тяжести соотносятся (условно) с психическими болезнями следующим образом:

Астенесий синдром	Психосоматические заболевания
Тревожно-фобический, обсессивно-компульсивный, деперсонализационно-дереализационный, конверсионный синдромы и личностные расстройства	Неврозы и психопатии
Аффективный синдром	Маниакально-депрессивный психоз
Галлюцинозы, паранойяльный, галлюцинаторно-паранойяльный, параноидный, кататонический, шизоидный синдромы	Шизофрения
Делирий, амнезия, сумеречное помрачение сознания	Токсические, инфекционные и соматогенные психозы
Судорожный и психоорганический синдромы	Органическое поражение головного мозга

### Классификация психических расстройств

В России и немецкоязычных странах распространено нозологическое направление Э. Крепелина. Во Франции сохраняется синдромологический подход, который в настоящее время входит составной частью в эклектическое направление, принятое в англоязычных странах и отраженное в международной классификации болезней МКБ-10,1994 (10-й пересмотр, рубрика Р). Если причина психического расстройства, в общем, известна (алкоголизм, старческая деменция), то оно выделяется по нозологическому принципу. В остальных случаях используется синдромологический подход (выделяются аффективные, бредовые расстройства и т. п.) или психоаналитическая систематика.



В рубрику психических расстройств включены кластеры:

- PO. Органические психические расстройства
- P1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ
- P3. Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства
- P4. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
- P5. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
- P6. Расстройства личности и поведения у взрослых
- P7. Умственная отсталость (олигофрения)
- P8. Нарушения психологического развития
- P9. Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте.

В данном руководстве в связи с его психотерапевтической направленностью психические расстройства классифицированы по принципу: от психогенных воздействий к органическим.

## Диагностика

В клинической практике для постановки диагноза следует использовать следующие три основных аспекта: учет факторов наследственности и конституции; органических проявлений прямых или непрямых мозговых повреждений; влияние особенностей психического развития и жизненных ситуаций.

После того, как предварительный клинический диагноз поставлен, необходимо отразить следующие аспекты:

- психодинамическая формулировка (определить защитные механизмы, которые используются для контроля за тревогой, и суммировать психологические факторы, которые ответственны за болезнь);
- дифференциальный диагноз (перечислить другие психические и соматические заболевания, которые следует исключить);
- прогноз (описать течение болезни и ее предполагаемый исход);
- план лечения (описать способ лечения, обосновать его выбор, оценить желание пациента сотрудничать, его ответственность, рассудительность, интуицию, интеллект и их влияние на лечение).

Для многоосевой оценки расстройства используют следующие оценки:

Ось	Наименование оси	Диагностические оценки
1	Клинические синдромы	Оценка психического состояния
2	Расстройства личности и развития	Оценка личностных расстройств
3	Соматические и неврологические болезни	Оценка соматоневрологического статуса
4	Социальные и межличностные проблемы	Оценка социальной и личностной адаптации
5	Снижение качества жизни в целом	Интегральная оценка тяжести расстройства и эффекта терапии

Например: алкогольная зависимость у эмоционально неустойчивой личности, цирроз печени, разведен, без работы, бывший актер.

Для психотерапевтических целей можно рекомендовать схему диагностического интервью приведенную Н. Мак-Вильямс, 1998.

- данные: Имя, возраст, пол, национальность, религиозная принадлежность состояние отношений со значимыми другими, родители, уровень образования, работа, предшествующий опыт психотерапии, кто направил на терапию в этот раз, другие (кроме клиента) источники информации.

! и их состояние: Главные трудности и понимание пациентом их причин история этих проблем, предпринимавшееся лечение, почему именно сейчас пришел на терапию.

Личная история: Где родился, вырос, количество детей в семье и место пациента среди них главные переезды. Родители и сиблинги: получить объективные данные (живы ли, причины и время смерти, если умерли; возраст, здоровье, профессия) и субъективные данные (личность, характер отношений с клиентом). Психологические проблемы в семье (диагностированная психопатология, алкоголизм и т. п.).

Мягленчество и детство: Хотели ли родители пациента рождения ребенка, условия в семье после рождения, что-то необычное в критические периоды развития, некоторые ранние проблемы (еда, туалет, двигательная активность, речь, обгрызание ногтей, засыпание, энурез, ночные страхи), ранние воспоминания, семейные истории или шутки в адрес клиента.

Латентный период: Проблемы сепарации, социальные проблемы, проблемы в учебе, в поведении, жестокость к животным, болезни, переезды или семейные стрессы в этот период, сексуальный или физический абьюз (насилие со стороны близких).

Пубертат: Физические проблемы, связанные с созреванием, семейная подготовка к сексуальности, первый сексуальный опыт, мастурбационная фантазия, школьный опыт, успеваемость и социализация, саморазрушительные проявления (нарушения питания, использование лекарств, сомнения о сексуальности, рискованные эксцессы, суицидальные импульсы, антисоциальные паттерны); болезни, утраты, переезды или семейные стрессы в этот период.

Взрослая жизнь: История работы, отношений, адекватность текущих интимных связей, отношение к детям, хобби, таланты, гордость или удовлетворение.

Психическое состояние: общая картина, состояние аффективной сферы, особенности речи, тестирование реальности, уровень интеллекта, адекватность памяти, оценка надежности информации.

Сон: что мешает засыпать, характер сновидений (тревожные, повторяющиеся, отражающие травмирующую ситуацию, запоминающиеся, пророческие). Используемые лекарственные и психоактивные вещества, включая алкоголь, кофе, никотин. Исследование возможности обострения состояния - например, оценка суицидального риска при депрессии.

Завершение беседы: какая важная информация осталась невысказанной, было ли клиенту удобно, не хочет ли он чего-либо сказать.

Заключение: актуальные темы, области фиксации и конфликтов, основные психологические защиты, бессознательные фантазии, желания и страхи; центральные идентификации и контридентификации; неоплаканные утраты; связанность собственного Я и самооценка.

## Организация помощи

В соответствии с Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав гражданам при ее оказании» от 02.07.1992 г. психиатрическая помощь включает в

себя обследование психического здоровья, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

Амбулаторная психиатрическая помощь осуществляется в районных психоневрологических диспансерах (ПНД) по месту жительства. При желании можно анонимно обращаться на консультацию в любые центры психического здоровья. Врачи-психотерапевты принимают и в районных поликлиниках.

Стационарное обследование и лечение проводятся в специализированных психиатрических больницах или стационарных отделениях ПНД. Психически больные с тяжелыми соматическими расстройствами лечатся в специализированных психосоматических отделениях (ПСО), базирующихся в многопрофильных клинических больницах. Больные с инфекционными психозами помещаются в изолированную палату с отдельным санузелом (бокс), их лечащим врачом остается инфекционист, а психиатр привлекается в качестве консультанта. Для пограничных больных и находящихся в лекарственной ремиссии душевно больных имеются отделения открытых дверей и полустационары (с дневным или ночным пребыванием).

Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных Законом. В *плановом порядке* госпитализируются больные с непсихотическими формами психических расстройств, последствиями травм и нейроинфекций, не представляющие опасности для себя и окружающих. Основанием для плановой госпитализации в психиатрический стационар являются: наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования и лечения в стационарных условиях; постановление судьи на основании заключения эксперта-психиатра; необходимость проведения стационарной психиатрической экспертизы. Судебно-психиатрическая экспертиза устанавливает вменяемость, военная - пригодность к военной службе, врачебно-трудовая экспертиза (ВТЭК) - трудоспособность и показания для направления в психиатрический интернат. Психиатрическая экспертиза проводится также для оформления в спецшколу детей с отставанием в умственном развитии и получения медицинского заключения о необходимости смены пола.

Ст. 29 Закона устанавливает основания для *госпитализации в недобровольном порядке*: «Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает: его непосредственную опасность для себя или окружающих; его беспомощность (то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности); существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

Подзаконные акты Минздрава регламентируют показания для неотложной госпитализации больных с психозами, выраженными аффективными расстройствами, синдромом нарушенного сознания, суицидальными и импульсивными поступками, представляющих непосредственную опасность для себя и окружающих.

Непосредственная опасность больного для себя и окружающих может быть обусловлена следующими состояниями:

- неправильным поведением вследствие острого психотического состояния (психомоторное возбуждение при склонности к агрессивным действиям, галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдром нарушенного сознания, патологическая импульсивность, тяжелые дисфории);

систематизированными бредовыми состояниями, если они определяют общественную опасность поведения больного; ипохондрическими бредовыми состояниями, обуславливающими неправильное поведение, агрессивное отношение больного к отдельным лицам, организациям, учреждениям; депрессивными состояниями, если они сопровождаются суицидальными тенденциями; маниакальными и гипоманиакальными состояниями, обуславливающими нарушение общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих; острыми психотическими состояниями у психопатических личностей, олигофренов и т. п., сопровождающимися возбуждением, агрессией и иными действиями, опасными для себя и окружающих.

## Принципы лечения

В соответствии с применяемыми методами лечение психических расстройств разделяют на биологическую терапию, социальную реабилитацию и психотерапию.

Основным методом лечения выраженных (в отличие от так называемых субклинических) психических расстройств является психофармакотерапия - лечение *психотропными средствами* (1гороз - направление, греч.). Их можно разделить на три основных класса: нейролептики, противопсихотические средства (1ерз15 - хватание, греч.), антидепрессанты и транквилизаторы (Аап^и^11о - успокаиваю, лат.). Современное и более точное название последних - анксиолитики, противотревожные средства (апх - тревога, греч.) или атарактики, гармонизирующие эмоции вещества (а1агаш - невозмутимость, греч.). Биологическое лечение, кроме упомянутой выше фармакотерапии, включает также и другие методы, например, при депрессиях применяется терапия бодрствованием и электросудорожная терапия.

В зависимости от цели лечения выделяют этиологическую терапию, патогенетическую, симптоматическую и общеукрепляющую. Так, для больного алкогольной эпилепсией этиологическим (аШа - причина, греч.) лечением будет дезинтоксикация; патогенетическим - направленным на механизмы развития болезни - назначение мочегонных препаратов, понижающих внутричерепное давление; симптоматическим - проведение противосудорожной терапии, общеукрепляющим - витаминотерапия с учетом дефицита витаминов группы В при алкоголизме.

Психотерапия может быть патогенетической для пациентов с психогенными расстройствами и поддерживающей для психически больных.

Вид лечения зависит также от определенных задач. Купирующая (соирег - резать, пресекать, фр.) терапия направлена на прерывание острых психических состояний - например, внутривенное вливание реланиума (седуксена) при алкогольном делирии. В рамках купирующей терапии проводится курсовое лечение психических расстройств.

Корректирующая терапия применяется для снятия тягостных побочных эффектов, связанных с приемом некоторых психотропных средств. Так, нейролептики (трифтазин, галоперидол и др. противопсихотические препараты) в больших дозах могут вызывать скованность, спазмы глазных и жевательных мышц, тремор, неусидчивость. Для устранения этих нарушений назначают циклодол или подобные по действию лекарства.

Поддерживающая терапия проводится для достижения лекарственной ремиссии после купирования острого состояния у хронически больных. Внезапное прекращение поддерживающей терапии может привести к синдрому отмены (обострение болезни и выраженные веге-

тативные нарушения, а у больных эпилепсией - опасный для жизни эпилептический статус). Имеются депо-препараты - лекарства пролонгированного действия, напр., модитен-депо, одной инъекции которого хватает на 1-3 недели. Это облегчает проведение поддерживающей терапии у больных с недостаточной критикой к болезни.

Разновидностью поддерживающего лечения является противорецидивная терапия. Она проводится на фоне практического выздоровления для предупреждения повторного приступа болезни. Примером может служить назначение солей лития после психотического депрессивного эпизода. Следует заметить, что биологически ориентированные врачи при лечении больных с невротическими расстройствами нередко назначают вместо психотерапии транквилизаторы, которые продолжают выписывать вновь при ухудшении состояния или для профилактики, в качестве «поддерживающей» терапии. В результате у пациента может развиться лекарственная зависимость.

Социальная реабилитация проводится в процессе терапии средой и трудотерапии. Терапия средой заключается в самообслуживании, самостоятельности и участии в больничном самоуправлении. Организуются спортивные занятия и соревнования, вечера отдыха, экскурсии и культпоходы, при улучшении состояния разрешаются домашние отпуска. Выздоровливающие больные завершают лечение в полустационаре, а затем посещают терапевтическую группу или клуб бывших пациентов при диспансере. Трудотерапия осуществляется в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) при больницах и диспансерах, на сельхозработках и в спец. цехах на промышленных предприятиях.

## Общие вопросы психотерапии

По определению Вольберга «психотерапия - это лечение эмоциональных проблем психологическими средствами, для чего подготовленный терапевт устанавливает продуманные профессиональные отношения с пациентом с целью устранить или смягчить имеющиеся симптомы, выправить нарушенные отношения и способствовать благоприятному развитию и созреванию личности». Согласно декларации по психотерапии, принятой Европейской Ассоциацией Психотерапии в Страсбурге в 1990 г., психотерапия является особой дисциплиной из области гуманитарных наук, занятием которой представляет собой свободную и независимую профессию. Образование в рамках одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегративно. Оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством супервизора; одновременно приобретаются широкие представления о других методах. Доступ к такому образованию возможен при условии глубокой предварительной подготовки в сфере гуманитарных и общественных наук.

*Классификация современных психотерапевтических подходов* включает три основных направления: психодинамическое, когнитивно-поведенческое и экзистенциально-гуманистическое. Психодинамически ориентированный подход рассматривает психическое расстройство как конфликт вытесненных в бессознательное первичных влечений и потребностей; учитывается динамика глубинных психических процессов; терапия строится на осознании внутриличностных конфликтов. Для бихевиористов (Бепатог - поведение, англ.) психическое расстройство - это неадаптивное поведение, возникшее в результате неправильного научения; терапия рассматривается как переучивание. Гуманистическая психология видит в психическом расстройстве результат блокированной основной потребности личности в самоактуализации, при этом задача терапии заключается в достижении адекватного целостного образа Я в процессе самоактуализации личности.

Статистическое сопоставление показывает, что поведенческая терапия и поддерживающие методы лечения гораздо *эффективнее*, чем раскрывающие, помогают пациентам справиться с проблемами. Тренинг социальной компетентности повышает уверенность в себе, конфронтацией преодолеваются фобии, секс-терапия лечит сексуальные дисфункции. Гипноз смягчает боли, восстановлением активности и изменением иррациональных мыслей лечат депрессию, поведенческий тренинг помогает больным алкоголизмом усилить самоконтроль в ситуациях искушения.

Для интеллигентных, успешных клиентов, симптомы которых мало выражены, предпочтительнее оказываются раскрывающие методы психодинамической и гуманистической терапии. Когда человек, функционирующий на этом уровне, понимает, почему он ведет себя так, что у него возникают проблемы, он оказывается в состоянии самостоятельно разрешить их.

При лечении хронических психических болезней наиболее распространенной является *поддерживающая психотерапия*, которая заключается в следующем: контроль над выполнением предписаний лечащего врача, обеспечение социальной и семейной поддержки, организация мышления пациента с «передачей взаиммы» эго терапевта, изучение альтернативных возможностей лечения.

Независимо от ориентации к *общим факторам психотерапии* обычно относят следующие (по мере убывания степени воздействия на эффективность терапии): личностные качества пациента и, в частности, мотивацию к изменению; личностные параметры психотерапевта и, наконец, использование определенных терапевтических методов.

Дж. Мармор, 1998 выделяет семь общих знаменателей различных терапевтических подходов:

1. хорошие отношения и сотрудничество между терапевтом и пациентом;
2. ослабление напряжения на начальной стадии, связанное с надеждой на получение помощи;
3. получение информации от терапевта;
4. оперативное изменение поведения за счет одобрения или неодобрения терапевта;
5. приобретение социальных навыков на модели терапевта;
6. убеждение и внушение, - в том числе скрытое;
7. тренинг навыков адаптации при условии эмоциональной поддержки терапевтом.

В клинической практике принято деление методов психотерапии на симптомо-центрированные, личностно-центрированные и социо-центрированные, интеграция которых часто обеспечивает наилучший терапевтический эффект.

*Интегральная психотерапия*, в отличие от эклектической, также использующей сочетание приемов различных психотерапевтических направлений, предполагает концептуальный синтез разных теоретических систем психотерапии. Так, М. Мюррей разработал подход, сочетающий психодинамический и поведенческий методы психотерапии. При этом учитывается как интрапсихическая динамика, так и актуальная жизненная ситуация, подкрепляющая проявления болезни. В психосинтезе Р. Ассаджиоли используется сочетание различных видов терапии, прежде всего - экзистенциальной. Нейролингвистическое программирование работает с мета-моделью, расширяющей модель мира пациента, которую можно использовать в рамках любой терапевтической ориентации.

В отечественной психотерапии наибольшее распространение получила *личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия* Карвасарского - Исуриной - Ташлыкова, развившаяся из патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева и включившая в себя некоторые теоретические принципы и методические приемы поведенческой и гуманистической терапии

(прежде всего - личностно-центрированной и гештальт-терапии). Используются групповые дискуссии, элементы психодрамы, психогимнастики, психопantomимы, проективный рисунок, приемы арттерапии и т. д.

В процессе группового взаимодействия воочию раскрываются психологические особенности каждого пациента, его собственные отношения и установки соотносятся с позициями других людей. Важное значение придается корригирующему эмоциональному опыту и эмоциональной поддержке участников для коррекции самооценки и отношения к себе и к другим людям, а также выработке более адекватной формы эмоционального реагирования. В процессе научения группа используется как модель для экспериментирования, репетиции и изменения поведения. Таким образом, достигается главная и отличительная цель реконструктивной терапии - реорганизация и гармонизация системы отношений личности, что ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию более зрелых, конструктивных форм восприятия, переживаний и поведения пациента.

Следует заметить, что в России специальность врача-психотерапевта официально появилась лишь в 1985 г., «отпочковавшись» от специальности врача-психиатра. В 1994 г. врачи-психотерапевты и определенная часть медицинских психологов объединились в Российскую Психотерапевтическую Ассоциацию (РПА), тесно связанную с государственным здравоохранением. В 1996 г. образовалась Профессиональная Психотерапевтическая Лига (ППЛ), вошедшая в Европейскую Ассоциацию Психотерапии (ЕАП). В соответствии со Страсбургской декларацией 1990 г., признавшей психотерапию отдельной самостоятельной профессией, психотерапией может заниматься и не врач, при условии соответствующего образования.

Для различных ориентации психотерапии характерны различные акценты на определенных *личностных качествах психотерапевта*. Так, в клиент-центрированной терапии Роджерса терапевт должен быть эмпатичным, чутко улавливающим и точно вербализующим эмоции, которые пациент только начинает осознавать. В ходе поведенческой терапии терапевт выступает скорее как учитель, директивно управляющий терапевтическим процессом, поощряя и подкрепляя полезные реакции пациента, скрыто внушая и убеждая его. Психоаналитик, по Фрейду, должен служить зеркалом по отношению к пациенту, соблюдать «технический нейтралитет». В аналитической психологии Юнга решающую роль играет степень развития личности терапевта: поскольку терапевт, стремясь познать пациента, приближается к собственному бессознательному, он сталкивается с тем, что превращает его в «раненого целителя».

Психотерапевт может освободиться от собственных неадекватных реакций и от неосознаваемой тенденции удовлетворять свои фрустрированные потребности (трудности выражения агрессии, потребность в признании, в удовлетворении сексуальных импульсов и т. п.) в общении с пациентами только с помощью достаточно длительного учебного анализа и супервизии. Оптимальным комплексом для подготовки и совершенствования психотерапевта можно считать индивидуальный психоанализ и групповые тренинги профессиональных навыков, а затем - участие в *Балинтовой группе* (М. Балинт - английский психоаналитик, 1886-1970, разработавший систему групповой супервизии, центрированной на взаимоотношениях врач - больной). Попытки игнорировать указанные соображения приводят к «выгоранию» начинающего психотерапевта, ошибкам и неудачам в работе, отыгрыванию контртрансферных реакций с близкими, а иногда - и к депрессии.

Поддержание уровня своей подготовки в соответствии с требованиями психотерапевтической науки является важнейшим *этическим аспектом деятельности психотерапевта*. Стремление самоутвердиться за счет пациента может привести к акцентированию на его болезненных проявлениях и игнорированию здоровых сторон его личности, помешать его росту и са-

мостоятельности. С каждым пациентом необходимо индивидуально решать следующие вопросы:

- Стоит ли стремиться, чтобы он отказался от своей формы приспособления, сумеет ли психотерапевт обеспечить ему лучшую?
- Действительно ли мировоззрение и способы решения проблем, присущие терапевту, подойдут и клиенту?
- Не превратится ли обучающий тренинг клиента в манипуляцию человеком?
- Не происходит ли скрытое соперничество между терапевтом и близкими пациента?
- Не нарастает ли зависимость пациента от терапевта? Не превращается ли он в объект материальной и психологической эксплуатации?

## Групповая психотерапия

Групповая психотерапия - специфический метод, использующий *групповую динамику*, т. е. совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь цикл жизнедеятельности малой группы и его этапы. Группа при этом рассматривается как общность людей, участвующих в групповом процессе с его непосредственными контактами, распределением ролей и позиций, взаимозависимостью участников, общими нормами и целями, а также более или менее постоянным составом.

Групповая психотерапия рассматривает человека в контексте его взаимоотношений и взаимодействий с другими, группа при этом выступает в качестве модели реальной жизни. Групповая динамика направлена на то, чтобы каждый участник мог проявить себя, с помощью обратной связи лучше понять себя, осознать свои неадекватные коммуникативные когнитивные установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностных взаимоотношениях. Окончательная задача - изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного принятия, используя в качестве образцов более «продвинутых» членов группы и психотерапевта.

Цели группы: разобраться в проблеме каждого участника, помочь ему понять и изменить свое состояние, постепенно улучшать недостаточную социальную адаптацию пациентов, предоставлять информацию о закономерностях межличностных и групповых процессов как основы для более эффективного и гармоничного общения с людьми, поддерживать стремление к росту личностного и духовного потенциала участников, устранять болезненные проявления. В начале работы могут выявиться расхождения между указанными целями с неконструктивными или нереалистическими целями отдельных участников.

Взаимоотношения и взаимодействия между участниками регулируются *групповыми нормами*, к которым относятся: искреннее проявление эмоций, открытое изложение своих мыслей, честный рассказ о своих проблемах, принятие других и терпимость по отношению к их позициям и взглядам, активность, стремление избегать оценочных суждений. Нормы могут быть заданы руководителем, изложены в инструкциях, выработаны в течение группового процесса. Разрешение непредвиденных групповых ситуаций может потребовать изменения сложившихся групповых норм. Усилия, прилагаемые группой для сохранения и защиты психотерапевтических норм, показывают меру их усвоения.

Структура группы с директивным стилем ведения может быть вначале формальной, но со временем параллельно складывается и начинает играть все большую роль неформальная структура. Р. Шиндлер описал 4 наиболее часто встречающиеся *групповые роли*. Альфа - лидер, Бета - эксперт, Гамма - пассивно следующий за лидером, Омега - аутсайдер. Известны также и другие

роли: любимчик, отрицательный лидер, монопольный оратор, моралист, квазиспихотерапевт, шут, агрессор, мученик, нытик, козел отпущения (мальчик для битья), защитник, правдолюбец. Для невротических пациентов характерны стереотипные роли в группе - те же, что и вне нее. Групповые взаимодействия позволяют выявить их, внести коррективы и расширить ролевой репертуар. Формальным лидером группы является руководитель, отношение к которому меняется в разных фазах групповой динамики. Роль неформального лидера не является постоянной, соперничество в борьбе друг с другом за власть и близость к лидеру занимают важное место в групповом процессе. Во взаимоотношениях с лидером участники группы вскрывают и решают свои проблемы руководства и подчинения, ответственности и безопасности, контроля и зависимости.

Аналогами позитивного переноса и сопротивления в групповой психотерапии являются групповая сплоченность и групповое напряжение. *Групповой сплоченности* по С. Кратохвилу содействуют удовлетворение индивидуальных потребностей участников, совпадение индивидуальных и групповых целей и ожиданий, мотивированность членов группы, их взаимная симпатия, дружеская атмосфера, престиж группы, соперничество с другими группами.

*Групповое напряжение* выражается в тревоге, раздражении, отчуждении, неприятии, обиде и т. п. Оно возникает в связи с несовпадением ожиданий участников с реальной групповой ситуацией, несовпадением их личных устремлений, необходимостью соразмерять свои потребности и позиции с другими членами группы, обращением к болезненным проблемам и переживаниям. В определенных пределах напряжение необходимо для побуждения участников к активности, к изменениям.

Аналогом проекции служит актуализация прежнего эмоционального опыта во время взаимодействия участников, причем соответствующим образом составленная терапевтическая группа представляет гораздо больше возможностей для различных форм проекции, чем индивидуальная терапия. Механизмы проекции и переноса часто участвуют в процессе формирования пар и подгрупп, в создании «ядра» группы, а также в образовании закрытых пар, в том числе сексуальных, что необходимо выносить на групповое обсуждение.

Длительно работающая группа проходит через 4 фазы *групповой динамики*. 1-я фаза характеризуется неопределенностью и тревогой, связанной с несоответствием поведения терапевта с ожиданиями пациентов. В этой фазе можно наблюдать 3 варианта псевдосплоченности: «хорошо сидим» (псевдоэмоциональная поддержка), «поиск умных ответов и советов» (псевдоинтеллектуальная поддержка), «поиск козла отпущения» (псевдоконфронтация). Данную фазу называют «фазой ориентации и зависимости».

Во 2-й фазе нарастает агрессия к руководителю, которая может сместиться на метод, участника группы, авторитеты вне группы. Начинается борьба за лидерство, распределяются роли, выявляются внутригрупповые конфликты. Эту фазу обозначают как «фазу борьбы». Первые две фазы занимают обычно 20 - 30 % времени работы группы.

В 3-й фазе происходит структурирование группы, формируются групповые нормы и групповая сплоченность. У участников развивается чувство принадлежности к группе, ответственность за ее работу. В ответ пациент получает признание группы, что повышает его самооценку, стимулирует чувство нужности и ответственности, увеличивает привлекательность группы и тем самым усиливает групповую сплоченность. Описанную фазу называют поэтому «фазой групповой сплоченности».

4-я фаза - «рабочая», в ней происходит изменение отношений и установок, вырабатываются новые ценности, принимаются решения. Приобретенный опыт используется вне группы - «прорабатывается».

Групповая психотерапия применяется в рамках различных ориентации. Она используется в комплексном лечении самых разнообразных контингентов больных (невроты, зависимости психические и психосоматические болезни, расстройства личности), для тренинга социально-психологических навыков и обучения.

В группу не следует включать лиц с недостаточным объективным контролем, с выраженной тенденцией к отыгрыванию действием: психотиков, декомпенсированных психопатов, суицидентов с эндогенной депрессией. Лица с недостаточной мотивацией к групповой работе чрезмерно ранимые, неспособные мыслить в психологических терминах нуждаются в предварительной индивидуальной подготовке (претренинге). Групповые занятия могут комбинироваться с индивидуальной терапией у того же или другого психотерапевта, в последнем случае необходимо согласовывать терапевтическую тактику.

Терапевтическая группа обладает мощным поддерживающим потенциалом, позволяющим в ряде случаев избежать госпитализации больного. Однако в травмирующей ситуации может оказаться полезнее вывести из нее больного, включив его в состав стационарной терапевтической группы, являющейся, в свою очередь, структурной частью терапевтической среды (С. Кратохвил). После выписки из стационара некоторым больным полезно посещать клуб бывших пациентов с целью повышения уровня адаптации, организации социально-психологической поддержки, участия в различных формах терапии творчеством.

Число участников группы может быть от 4 до 30, оптимальным считается количество 6 - 10 человек. Время групповой сессии - в среднем 90 минут. Группа может собраться всего один раз (тренинговая группа, марафон) или заниматься несколько месяцев, а то и лет (группа личностного роста). Она может быть однородной или разнородной по проблемам, диагнозам, возрасту, полу, уровню образования. Гомогенные группы предпочтительнее для краткосрочной терапии или тренинга, гетерогенные - для личностно- и межличностно-ориентированной терапии. Оперативная эмоциональная поддержка может быть оказана методом «захода в группу».

Различают открытые и закрытые группы. В открытой группе пациент сразу включается в рабочую фазу групповой динамики, однако может затормозить на какое-то время продвижение группы. Закрытая группа предпочтительнее для инсайт-ориентированных, раскрывающих групп, особенно стационарных. В амбулаторной практике наиболее распространены «медленно открытые группы», когда примерно 1 раз в месяц место выбывшего участника занимает новый.

Группа может работать без руководителя (общество «Анонимные Алкоголики», группы встреч и психогимнастики с аудиозаписями упражнений). В Балинтовской группе (профессионалов) руководитель может выбираться группой. Руководство группами различных ориентации требует разных личностных качеств и опыта работы в качестве участника группы.

Выделяют три основных стиля руководства группой. Авторитарный руководитель единолично определяет групповые события, демократический - через коллективное обсуждение, попустительски настроенный руководитель отдает власть группе, не пытаясь оценивать происходящие события и влиять на них.

Групповой терапевт часто работает в сотрудничестве с *ко-терапевтом*, выполняющим три основные функции: интенсифицирующая (одновременно в биполярной терапии и последовательно - в марафоне), дополняющая (врач - психолог, мужчина - женщина, тренер - помощник, вмешательство - эмпатическая поддержка, групповой уровень - индивидуальный уровень) и супервизорская (обратная связь после сессии или при необходимости контролирующее вмешательство во время нее).

Формируя группу, руководитель обязан предоставить всю необходимую информацию о целях, методах, стоимости, длительности и принципах работы группы. Тщательный отбор в определенной мере предотвращает физические травмы участников, при явной угрозе их нанесения руководитель должен вмешаться. Необходимо соблюдать тайну группы (конфиденциальность участников). Каждый член группы имеет право в любой момент прекратить свое участие в какой-либо групповой ситуации и рассчитывать в этом на поддержку руководителя. До половины участников обычно покидают группу до окончания курса. Независимо от причины ухода психотерапевт должен обеспечить «отказнику» профессиональную помощь.

## Семейная терапия

Семейная терапия - один из основных подходов в современной психотерапии, суть которого состоит в том, что в качестве «клиента» для семейного терапевта выступает не индивид, проявляющий те или иные нарушения, а вся его семья. Психопатологические симптомы рассматриваются в качестве функции неадекватных внутрисемейных коммуникаций, проявляющихся в специфических правилах, мифах и образцах взаимодействия данной семьи. Семейная терапия ориентирована на оптимизацию семейного окружения больного (психотерапия семьи), при этом используется групповой семейный эффект для лечебного воздействия на больного (психотерапия семьей).

Цели семейной терапии: улучшение интерперсональной коммуникации, повышение автономии, рост эмпатии, оптимизация стиля руководства в семье, повышение эффективности ролевого исполнения, ликвидация конфликтов, редукция симптоматики у одного или нескольких членов семьи, повышение эффективности выполнения заданий. Игнорирование указанных целей может свести семейную терапию к взаимной психосексуальной «подгонке» супругов друг к другу.

Задачи (и соответственно модели) семейной терапии: мобилизация, успокоение, личностная реконструкция. Основная задача состоит в том, чтобы помочь семье понять суть происходящего процесса и обратиться к глубинному конфликту, который лежит в основе неправильного отношения к члену семьи. Используются методы переконструирования и позитивного представления. В процессе семейной терапии изменяются дезадаптивные правила, которые действуют в семье, формируется общее глубокое осознание динамики взаимоотношений между поколениями, устанавливается равновесие между личными и семейными факторами, налаживается взаимный прямой контакт и общение, искореняются взаимные обвинения и поиск козла отпущения.

При этом психоаналитики обращают внимание на социальные влияния, модели проекции и идентификации, «неоконченное дело» или травму в родительской семье, сублимацию фрустраций, механизмы совладающего поведения (копинга) и адаптации, «ключи» к бессознательному идентифицированного пациента. При коммуникативном подходе В. Сатир стремятся определить, кто находится в центре коммуникативного процесса, кто является звездами в семейной группе, кто изолирован, кто мешает коммуникативному процессу, кто его поддерживает.

Наиболее распространенный в семейной терапии подход - *системный*, основан на теории, в соответствии с которой семья является системой, стремящейся сохранить состояние равновесия вне зависимости от степени дезадаптации. Одна из главных целей - определение гомеостатической роли, иногда патологической, которую «идентифицированный» (семьей) пациент играет в данной системе. В рамках системной семейной терапии С. Минухина фокусируются на образцах и формах внутрисемейного взаимодействия, распределения власти,

принятия решений, границах, близости членов семьи и дистанции между ними, альянсовыми ролями, правилах, сходстве и взаимном дополнении.

В последние годы наблюдается смещение фокуса семейной терапии с уровня коммуникации в семье на уровень ее организации. Акцент делается на проблемах иерархической неэргентности, когда в семье сталкиваются две одновременно действующие, но исключающие друг друга сильные структуры. Повышенное внимание уделяется метафорам, отражающимся в симптомах и паттернах внутрисемейного взаимодействия, растет интерес к пониманию специфичности и психодинамике симптома.

Психотерапевту, организующему работу с семьей, приходится решать следующие проблемы:

- Работать сразу со всей семьей или сначала с отдельными ее членами?
- Работать с семьей одному, с ко-терапевтом или терапевтической бригадой?
- Приглашать семью к себе или выезжать к ней на дом?
- Придерживаться директивного стиля ведения или недирективного?
- Начать с важнейших семейных проблем или с частных?
- Иметь подробный план действий или действовать «по обстоятельствам»?

Представители различных школ решают эти вопросы по-разному. Так, С. Минухин и Д. Хейли требуют от психотерапевта директивной позиции и активной роли в терапии. Роджерс и Скиннер отстаивают принцип недирективного ведения семьи. К. Маданес, Сельвини Палаццоли и другие представители стратегической семейной терапии тщательно разрабатывают план работы, предусматривающий многообразные воздействия на семью. В. Сатир предпочитает непрерывно сочетать диагностические и психотерапевтические мероприятия и не признает предварительного планирования работы. К. Витакер действует эмпирически, полагаясь на интуицию и опыт.

Ответы на перечисленные вопросы не должны определяться теоретическими ориентациями или характерологическими особенностями пациентов. Они должны решаться в зависимости от особенностей семьи, ее проблемы, условий работы. Например, в период знакомства с семьей, члены которой отличаются авторитарностью и ригидностью взаимоотношений, возможен недирективный стиль; в момент постановки определенных задач предпочтительнее использовать директивный стиль; преодолеть вызванную перестройкой взаимоотношений фрустрацию лучше вновь с помощью недирективного стиля; реакция на рецидивы неблагоприятных отношений в семье может потребовать директивности.

Семейный терапевт по Э. Зиплу должен освоить педагогический подход, уметь прояснить цели семьи, не склонять семью ни к какому типу взаимоотношений, честно признавать границы своих возможностей. Он должен работать в единой «команде» с семьей, подчеркивать позитивную роль семьи в терапевтическом процессе, с пониманием и сочувствием относиться к интенсивным эмоциональным проявлениям в семье. Ему следует помогать членам семьи в их развитии, информировать семью о самых различных возможностях лечения, помогать семье в психологическом и медицинском образовании с помощью научно-популярной литературы, обеспечить семью информацией о возможной социальной помощи, быть готовым прийти на помощь семье в любой момент.

### *Контрольные вопросы*

Перечислите критерии психического здоровья.

Что вкладывается в понятие «пограничные нервно-психические расстройства»?

На каких принципах построена МКБ-10?



4. Что включается в клинический диагноз?
5. В качестве клиента ответьте на вопросы диагностического интервью по Н. Мак-Вильяме.
6. Какие правовые и медицинские критерии необходимо учесть при госпитализации пациента в психиатрический стационар?
7. Приведите классификацию психотропных средств.
8. Каковы задачи поддерживающей психотерапии?
9. В чем заключается терапия средой?
10. Дайте определение психотерапии.
11. Перечислите основные направления современной психотерапии.
12. Укажите общие факторы психотерапии.
13. Как делят методы психотерапии в клинической практике?
14. Приведите примеры интегральной психотерапии.
15. Каковы требования к личным качествам психотерапевта?
16. Какие этические проблемы могут возникнуть у начинающего психотерапевта?
17. Каковы терапевтические факторы групповой терапии?
18. Опишите фазы групповой динамики.
19. Перечислите цели и задачи семейной терапии.
20. Какие вопросы приходится решать при организации семейной терапии?

### Рекомендуемая литература

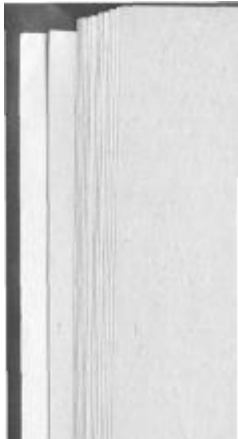
- Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. - СПб., 2001.
- Вайнер И. Основы психотерапии. - СПб., 2002.
- Карвасарский Б.Д. /ред./ Психотерапевтическая энциклопедия. 2-е изд. - СПб., 2000.
- Лекомцев В.Т. и др. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Кодекс профессиональной этики психиатра. Методическое пособие. - Ижевск, 1998.
- ЛалланшЖ., ПанталисЖ.-Б. Словарь по психоанализу. Пер. сфр. - М., 1996.
- Лейбин В.М. Словарь-справочник по психоанализу. - СПб., 2001.
- Мак-Вильяме Н. Психоаналитическая диагностика. Пер. с англ. - М., 1998.
- Овчаренко В.И. Психоаналитический глоссарий. - Мн., 1994.
- Психоаналитические термины и понятия: словарь. Пер. с англ. - М., 2000.
- Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. Пер. с англ. - СПб., 1995.
- Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. - СПб., 2001.
- Фрейд З. Толкование сновидений. - Обнинск, 1992.
- Фрейд З. «Я» и «Оно». Труды разных лет. - Тбилиси, 1991. Т. 1 -2.
- Хейли Дж. Что такое психотерапия. - СПб., 2002.
- Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. - М., 1999.

### Дополнительная литература

- Айви А.Е. и др. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. Пер. с англ. - М., 1999.
- Алейникова Т.В. Психоанализ: Учебное пособие. - Рост. н/Д., 2000.
- Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. Пер. с англ.-М., 1995.
- Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций. - СПб., 1997.
- Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. Пер. с англ. - М., 2001.

- БдалачукЛ.Ф. и ДР- Основы психотерапии: Учебное пособие. - К. - М., 1999.
- но М.Е. Панорама психотерапии. Взгляд из терапии творческим самовыражением // Моск. психотер. журн., 2001. - №2. - С. 5-17.
- Бухановский А.О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей. - Рост. н/Д., 1998.
- Виленский О.Р. Психиатрия. Учебное пособие. - М., 2000.
- Витакер Д-С. Группа как инструмент психологической помощи. Пер. с англ. - М., 2000.
- Воскресенский Б.А. Общая психопатология: Учебно-методическое пособие. - М., 1990.
- Гельдер М. и др. Оксфордское руководство по психиатрии в 2-х т. - К., 1999.
- Гройсман А.Л. Медицинская психология: Лекции для врачей - слушателей курсов последипломного образования. -М., 1998.
- Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. - СПб., 2001.
- Зейг Дж. К., Мьюнион В.М. (ред.). Психотерапия - что это? Современные представления. Пер. с англ. - М., 2000.
- Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. - М., 2001.
- Интегральные аспекты современной психотерапии. - СПб., 1992.
- Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. -Л., 1985.
- Калина Н.Ф. Основы психоанализа. - М. - К, 2001.
- Калмыкова М.Е. Введение в психоанализ: Теоретический курс. - М., 1999.
- Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. - СПб., 1997.
- Каннабих Ю. История психиатрии. - М., 1994.
- Карвасарский Б.Д. /ред./ Психотерапия: учебник. - СПб., 2002.
- Карпов А.А. Ваш близкий - психически больной. - Рост. н/Д., 2000.
- Катков А.Л. Манифесты развивающей психотерапии // Моск. психотер. журн., 2001. - № 3.
- Кемпинский А. Познание больного. Пер. с польск. - Мн., 1998.
- Кейсмент П. Обучаясь у пациента. Пер. с англ. - Воронеж, 1995.
- Кирпиченко АА, Кирпиченко Ан.А. Психиатрия: Учебник. -4-е изд. - Мн., 2001.
- Кондратенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия: Руководство для врачей. 5-е изд. - М., 2001.
- Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. Пер. слит. - М., 1999.
- Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: Теория и практика. Пер. с лит. - М., 2000.
- Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. Пер. с чешек. - М., 1991.
- Кроль Л.М., Михайлова Е.Л. О том, что в зеркалах: Очерки групповой психотерапии и тренинга. - М., 1999.
- Крылов А.Н. Человек в российском психоанализе. - М., 1999.
- КуртисХ. Концепция терапевтического альянса: расширение границ//Журн. практич. психолога, 2001. - № 1-2.-С. 185-210.
- Куттер П. Современный психоанализ. Пер. с нем. - СПб., 1997.
- Купер П. Элементы групповой терапии. Введение в психоаналитическую практику. Пер. с нем. - СПб., 1998.
- КэхелеХ., ТомэХ. Современный психоанализ: Исследования. Пер. с нем. - СПб., 2001.
- Лаутербах В. Эффективная психотерапия: Критерии и результаты оценки // Психотерапия: от теории к практике. -СПб., 1995.-С. 28-41.
- Лейбин В.М. Классический психоанализ: история, теория, практика. - М. - Воронеж, 2001.
- Литвак М.Е. Из Ада в Рай: Избранные лекции по психотерапии/ Учебное пособие. - Ростов-н/Д., 2002.
- Лоренцер А. Археология психоанализа: Интимность и социальное страдание. - М., 1996.
- Макаров В. В. Психотерапия нового века. - М., 2001.
- МарморДж. Психотерапевтический процесс: общие знаменатели различных подходов//Эволюция психотерапии. -М., 1998. -Т.2. -С. 117-130.
- рссон П. 25 ключевых книг по психоанализу. Пер. с фр. - Челябинск, 1999.
- «енделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практ. руководство. - М., 1998.
- Ленинжер В., Миф М. Вы и психоанализ. Пер. с англ. - СПб., 1998.
- оды современной психотерапии: Учебное пособие. - М., 2001.
- ртенс В. (РЗД-) Ключевые понятия психоанализа. Пер. с нем. - СПб., 2001.

- Муллан Б. Психотерапевты о психотерапии. Пер. с англ. - М., 1999.
- Мэй Р. Искусство психологического консультирования. Пер. с англ. - М., 1994.
- Мэй Р. Остановиться, оглянуться: психотерапия после К. Роджерса, В. Сатара, Р. Лэйнга, Б. Беттельгейма // Моск. психотер. журн., 1996. - № 4. - С. 132-140.
- Назлов Г.М. Очерк современного состояния практической психиатрии // Моск. психотер. журн., 2000. - №3. - С. 5-34.
- Назлов Г.М. Пространство и время психотерапевтической ситуации//Моск. психотер. журн., 2001. - № 1. - С. 122-142.
- Нарицын Н.Н. Московский рынок психотерапевтических услуг, или базар по-русски//Психол. журн., 1994. - №2.
- Натаров В.И. Группо-аналитическая психотерапия: Методы, принципы, методики // Психол. журн., 1994, - Т. 15.-№2.-С. 127-134.
- Немеринский О.Б. Терапевтическая роль групповой динамики//Моск. психотер. журн., 1993.- №3. -С. 5-24.
- Неллох Я.М. Человек, познай себя: Записки психиатра. - СПб., 1991.
- Осипова А.А. Введение в практическую психокоррекцию: групповые методы работы. - М. - Воронеж, 2000.
- Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - СПб., 2000.
- Пуртова Е.А. Психологические механизмы психотерапии: смысл как общее поле значений // Журн. практич. психолога, 1999. - № 5-6. - С. 26-42.
- Психиатрия. Учебное пособие для студентов мед. вузов. - Рост. н/Д., 2002.
- Решетников М.М. Психотерапия в России: история и современность// Моск. психотер. журн., 2001. - № 3. - С. 37-48.
- Роджерс К. О групповой психотерапии. Пер. с англ. - М., 1993.
- Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: Монография. Пер. с англ. - М., 1999.
- Россохин А.В. Коллизии современного психоанализа: от конфронтации подходов к их динамическому взаимодействию/эволюция теории аналитической техники//Антология современного психоанализа. Т. 1. - М., 2000.-С. 23-80.
- Рудестам К. Групповая психотерапия. Пер. с англ. - СПб., 2001.
- Руткевич А.М. Психоанализ. Истоки и первые этапы развития: Курс лекций. -М., 1997.
- Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. - СПб., 2001.
- Сандлер Дж. и др. Пациент и психоаналитик: Основы психоаналитического процесса. Пер. с англ. - Воронеж, 1993.
- Сахакиан У.С. (ред.). Техники консультирования и психотерапии. Тексты. - М., 2000.
- Святощ А.М. Психотерапия: пособие для врачей. - СПб., 2000.
- Семенова Н.Д. Этические основы психотерапии // Моск. психотер. журн., 1997. - № 2.
- Соколова Е.Т. Психотерапия: Теория и практика: Учебное пособие. - М., 2002.
- Степанов С.С. Психология в лицах. - М., 2001.
- Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Пер. с нем. - Мн., 1999.
- Тихоненко В.А. Этика практической психиатрии. - М., 1996.
- Томэ Х. Что изменилось в моем понимании психоаналитического процесса за последние 30 лет? // Психол. журн., 1992.-№4.-С. 111-122.
- Траурнет А. Что такое психоанализ сегодня? // Соц. и клин. психиатрия, 1994. - Т. 4. - С. 55-72.
- Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство. Пер. с англ. - М., 1992.
- Фромм Э. Кризис психоанализа. Пер. с англ. - СПб., 2000.
- Фромм Э. Миссия Зигмунда Фрейда. Анализ его личности и влияния. Пер. с англ. - М., 1996.
- Хайгл-Эверс А. и др. Базисное руководство по психотерапии. Пер. с нем. - СПб., 2001.
- Холмогорова А. Методологические проблемы современной психотерапии // Моск. психотер. журн., 2001. - № 1, -С. 177-189.
- Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс. Пер. с англ. - Льв., 1998.
- Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта// Моск. психотер. журн., 1992. - № 2.
- Л СосюрР.де. Рождение психоаналитика. От Месмера до Фрейда.-М., 1991.
- ьн в. Тренинговый или личный? // Психоан. веста., 1999. - № 2 (8). - С. 192-201.
- юция психотерапии. Пер. с англ. В4-хтт. - М., 1998.
- миллер Э Г (ред.) Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми.-СПб.,1998.
- в емиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 3-е изд. - СПб., 2002.
- 1клопедия глубинной психологии. Т. 1. Зигмунд Фрейд: жизнь, работа, наследие. - М., 1998.
- шиюклопедия глубинной психологии. Т. 2. Новые направления в психоанализе. Психоанализ общества. Психоаналитическое движение. Психоанализ в Восточной Европе. - М., 2001.
- Ясоби М. Встреча с аналитиком. Феномен переноса и человеческие отношения. - М., 1996.
- Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. Пер. с англ. - СПб., 2000.



## Глава 2

# СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И ДИССОЦИАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Самыми распространенными психическими расстройствами являются **психогении**. Они отличаются от эндогенных и экзогенных расстройств в соответствии с *триадой К. Ясперса*:

- 1) расстройство возникает вслед за психотравмой
- 2) содержание переживаний отражает ее
- 3) дезактуализация травмы ведет к ослаблению или прекращению расстройства.

Принята следующая категоризация психотравмирующих воздействий.

	Острые психотравмы (до 6 мес.)	Выраженность психотравмы Хронические психотравмы (свыше 6 мес.)
Незначительная	Разрыв с любимым Начало или окончание обучения Отъезд ребенка из дома	Семейные ссоры Неудовлетворенность работой
Умеренная Женильба	Разлука Потеря работы Отставка АР ^	Разлад в семье Серьезные финансовые трудности Конфликте начальством Быть «родителем-одиночкой»
Выраженная Развод	Рождение первого ребенка	Безработица Бедность
Экстремальная Смерть супруга	Опасная болезнь Стать жертвой насилия	Серьезная хроническая болезнь (у себя или ребенка)
Катастрофическая Смерть	Суицид Стихийные бедствия	ребенка Оказаться заложником супруга Пребывание в концентрационном лагере

Выделяют следующие связанные со стрессом и диссоциативные состояния: острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, диссоциативная амнезия, диссоциативная фуга и ступор, синдром Ганзера, трансы и состояния одержимости, расстройство множественной личности, синдром деперсонализации-дереализации, диссоциативные расстройства движений и ощущений.

## Связанные со стрессом расстройства

### Острая реакция на стресс

Другое название - *аффективно-шоковая реакция*. Наиболее тяжелыми стрессорами являются: боевые действия, катастрофы, пожар, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти другого, пытки, изнасилование, разбойное нападение.

В начале воздействия стрессора наблюдаются переживания ужаса, отчаяния, глубокое аффективное сужение сознания, затрудняющее контакт с окружающими, двигательная заторможенность или бесцельное метание, а также вегетативные расстройства: бледность или покраснение кожи, потливость, сердцебиение, непроизвольное выделение мочи и кала.

В течение первого часа после начала воздействия стрессора развивается состояние, для которого характерны: отход от ожидаемого социального взаимодействия, сужение внимания, очевидная дезориентировка, гнев или вербальная агрессия, отчаяние или безнадежность, неадекватная или бессмысленная гиперактивность, неконтролируемая и чрезмерная грусть.

При смягчении или удалении стресса симптомы ослабевают не ранее чем через 8 часов, а при сохранении стресса - не ранее чем через 48 часов. Воспоминания об этом периоде не сохраняются, т. е. наступает *ретроградная амнезия* (геттогдайиз - идущий назад, лат.; шлете - память, греч.), которая по своим психодинамическим механизмам является диссоциативной. Острая реакция на стресс длится от 2-х до 60 дней.

### Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

В течение полугода после стрессового воздействия в ситуации, напоминающей стрессовую или связанной с ней, навязчиво возникают чрезвычайно живые стойкие воспоминания (Яазп-БасКз - англ.) пережитого, которое находит свое отражение и в повторяющихся сновидениях. В состоянии опьянения и при пробуждении возможны также диссоциативные эпизоды с обманом восприятия, чувствами, мыслями и действиями, отражающими содержание травмы.

Внешние и внутренние раздражители, которые напоминают или символизируют какой-либо аспект травмирующего события, могут вызвать сильную психологическую и физиологическую реакцию. Характерны попытки избежать воспоминаний о травме, мест и людей, связанных с ней, невозможность произвольно вспомнить важные аспекты травмы.

Наблюдается повышенная чувствительность и возбудимость, проявляющаяся в следующих симптомах (не менее двух): затрудненное засыпание или тревожный сон, раздражительность или вспыльчивость, снижение сосредоточения, повышение уровня бодрствования, усиленная реакция на испуг.

Пациенты испытывают чувства унижения, вины, стыда, злости. Типичной защитой является общее притупление чувств: эмоциональная анестезия, чувство отдаленности от других людей, представление о кратковременности будущего с отсутствием длительной жизненной перспективы, потеря интереса к прежним занятиям, невозможность переживать радость, нежность, оргазм. Подавление эмоций приводит к их эпизодической разрядке в виде грубых, брутальных аффективных проявлений. Легко возникают зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) и суицидальные тенденции.

Описаны случаи с отставленными проявлениями расстройства, хронизацией его и патологическим развитием личности с депрессивными, возбудимыми и инфантильными чертами

(М.Ш. Магомед-Эминов, 1998). Пациенты настроены недоверчиво и враждебно, общаются лишь с самыми близкими людьми. Они испытывают чувства внутренней пустоты и безнадежности, вызванные повышенной зависимостью от значимых других с невозможностью выразить негативные эмоции по отношению к ним. Характерно сочетание настороженности, нервозности, раздражительности и эмоциональной оглушенности с чувством собственной измененности и инакости по сравнению с остальными людьми с отчуждением от них. Наблюдается отчетливое социальное снижение, отрицательное воздействие на близких и стойкое субъективное страдание. Часто развивается зависимость от психоактивных веществ.

**Психодинамика.** Тревога блокирует бессознательные конфликты Суперэго, воссоздает тревожное состояние и пытается преодолеть его. Защитные механизмы: регрессия (возвращение на более раннюю стадию психической организации), подавление (сознательное торможение деятельности), отрицание (актуальных переживаний или части своей личности), девальвация (презрительное умаление чего-то важного).

**Психотерапия.** Задачей терапии является поддержка, проработка травмирующего материала, переоценка кризисной ситуации, изменение мировосприятия, повышение самооценки, выработка реалистической перспективы и активной жизненной позиции. Наиболее эффективна групповая форма терапии.

Своевременная кризисная поддержка (см. кризисная терапия) в остром периоде купирует симптоматику и предотвращает ее хронизацию. Сопутствующие фобические симптомы ликвидируют с помощью когнитивно-поведенческой терапии: применяется прогрессивная релаксация, градуированное погружение в стимульный материал, контроль иррациональных мыслей. В дальнейшем может понадобиться краткосрочная психодинамическая терапия, направленная на коррекцию личностных структур, ответственных за индивидуальную предрасположенность к ПТСР.

## Диссоциативные расстройства

**Определения.** *Диссоциация* (разделение, лат.) - бессознательный процесс, разделяющий психические функции или личность в целом на отдельные составляющие. Диссоциативные расстройства характеризуются внезапной утратой определенных психических функций (амнезия, двигательные нарушения, психозы, множественная личность).

Близким по значению понятием *конверсия* (превращение, лат.), Фрейд назвал превращение вытесненных переживаний в символически связанные с ними телесные симптомы: двигательные, сенсорные и вегетативные. Преобладание последних квалифицируется как соматизация (зота - тело, в отличие от рзусле - душа, греч.).

Термин *истерия*, вышедший из научного употребления, ранее объединял упомянутые расстройства, связывая их с «бешенством матки» (пуйега - матка, греч.).

В настоящее время выделяют следующие виды диссоциативных расстройств: диссоциативная амнезия, диссоциативная фуга и ступор, трансы и состояния одержимости, диссоциативные расстройства движений и ощущений, синдром Ганзера, расстройство множественной личности, деперсонализационное расстройство.

## Диссоциативная амнезия, фуга и ступор

**Диссоциативная амнезия.** Наиболее распространенное диссоциативное расстройство возникает после угрозы смерти или эмоциональной травмы (например, насилия со стороны члена семьи), чаще - у молодых женщин и подростков. Амнезируется обычно только травматический эпизод; возможно безразличие к нарушению памяти, хотя оно и осознается. Состояние длится до нескольких дней, начинается и заканчивается внезапно. При наличии вторичной выгоды или повторном воздействии стрессора бывает затягивание эпизода или его рецидивирование. На высоте состояния оно может перейти в *диссоциированное сумеречное состояние*, когда пациент дезориентирован, не узнает знакомых, бесцельно блуждает; возможны галлюцинации.

**Диссоциативная фуга** (бег, лат.) отличается от описанного выше расстройства тем, что больной не осознает расстройства памяти и не выглядит дезориентированным. Он производит впечатление упорядоченного и малозаметного, при этом его личность нередко отличается от собственной (см. ниже РМЛ - расстройство множественной личности). Больной может неожиданно убежать или уехать далеко от дома, при этом заниматься достаточно сложной деятельностью, что отражено в другом названии расстройства - *амбулаторный автоматизм* (атъийге - ходить, лат.). Предрасполагающие факторы - шизоидное и другие расстройства личности, злоупотребление алкоголем.

**Диссоциативный ступор** (оцепенение, лат.). Больной застывает, чаще в лежачем положении, молчит, не реагирует на прикосновения и обращенную речь, иногда активно отвергается и совершает другие выразительные движения.

## Синдром Ганзера, транс и одержимость

**Синдром Ганзера** назван так по имени описавшего его в XIX в. немецкого психиатра. Наблюдается в основном у молодых мужчин с расстройством личности, попавших в тюрьму. Отмечается грубая, наивная демонстрация психической болезни: заторможенность, мимика растерянности, детское поведение, жалобы на непонимание, нелепые ответы в плоскости вопроса («мимоговорение»), беспомощность в элементарных ситуациях при сохранности сложных движений и действий («мимодействия»). Поведение зависит от того, чувствует ли пациент себя наблюдаемым. Расстройство заканчивается внезапно с демонстрацией амнезии на время болезненного эпизода.

**Транс** (1гап5 - приставка, означающая переход, лат.; здесь - в иное состояние). В состоянии транса утрачивается чувство собственной идентичности, необычно сужается сознание с избирательной фокусировкой на определенном объекте и ограничением повторяющегося репертуара движений и речи. Человек напоминает сомнамбулу, что послужило поводом назвать внушенный транс гипнозом.

**Одержимость** - состояние, связанное с убежденностью в нежеланном нахождении под властью другого лица, обычно наделенного в представлении пациента магической силой.

## Расстройство множественной личности (РМЛ)

Аналог одержимости в западной культуре. Наблюдается обычно у женщин, начинается в детстве или подростковом возрасте, чаще после абьюза (инцестуозного насилия). Характеризуется внезапными переключениями между разными конфигурациями личностных черт - субличности-

ми, которые воспринимаются как цельная личность-двойник. Таких двойников может быть несколько, они могут знать о наличии друг друга и между ними могут быть определенные отношения, но на каждый данный момент проявляется лишь одна личность. Каждая личность обладает собственной памятью и характеристиками поведения (пол, возраст, профессия, манеры и т. п.), осуществляя при своем появлении полный контроль над поведением индивида. После прекращения эпизода амнезируется как действовавшая в нем личность, так и сам эпизод. Поэтому больная может не подозревать о своей второй жизни, пока не столкнется случайно с ее доказательствами: незнакомые люди обращаются к ней как к знакомой, называют другим именем; обнаруживаются документальные подтверждения ее поведения, неожиданные для нее самой. Когда больные сталкиваются с наличием у себя амнезии на какой-то период или проявлениями второй личности, они склонны скрывать свое расстройство, опасаясь негативного отношения окружающих.

## Синдром деперсонализации-дереализации (отчуждения)

Индивид ощущает, что сознание себя, ощущения и чувства отчуждены, он как будто наблюдает за собой со стороны с чувством раздвоенности (часто связано с состоянием клинической смерти). Выделяют *болезненную психическую анестезию* (отсутствием чувств) и *соматопсихическую деперсонализацию* с расстройством схемы тела, его отчуждением или изменением в размерах. В последнем случае может утрачиваться чувственная окраска физиологических процессов: отсутствует чувство сна и насыщения пищей, облегчения от опорожнения мочевого пузыря и кишечника.

Окружающее воспринимается без эмоционального резонанса, как безжизненное, не имеющее отношения к настоящей реальности, которая куда-то исчезла (дереализация). Возможно чувство нахождения себя одновременно в двух местах (двойная ориентировка). Часто нарушается восприятие времени, наблюдаются явления уже *виденного* (с)ё]а уи - фр.) в новых ситуациях и *никогда не виденного* (lata]5 vii - фр.) в обычных.

## Диссоциативные расстройства движений и ощущений

Двигательные расстройства: парезы и параличи, контрактуры (неподвижность в суставах), гиперкинезы (насилиственные движения). Наблюдается выраженная дрожь всего тела или его частей в сочетании с псевдоспазмами мышц, осуществляющих дрожание, которое усиливается при волнении и исчезает во сне. Характерна *астазия-абазия* - невозможность стоять и ходить при наличии других движений в ногах.

В последнее время реже встречаются диссоциативные судороги - *припадки* с изгибанием тела в судорогах (истерическая дуга - с выгибанием поясницы и приподнятием таза, как в коитусе - половом акте). Больные принимают и другие «страстные позы», совершают выразительные движения и выкрикивают фразы, отражающие суть конфликта. Припадок длится обычно 10-20 минут, больные падают без сильных травм, тоническая фаза (с напряжением мышц) может следовать за клонической (попеременное сгибание и разгибание). Отсутствуют прикус языка и непроизвольное мочеиспускание, последующий «сон» (оглушение) и амнезия.

Наблюдаются также *речевые расстройства*: заикание, дизартрия (нарушение артикуляции), афония (беззвучная речь), сурдомутизм (глухонмота), афазия (отсутствие речи). Характерно, что на вопрос: «Вы меня слышите?» - больной с сурдомутизмом обычно отрицательно качает головой; больной с мутизмом не может произносить слова и слоги, но членораздельные звуки и кашель остаются громкими.

Отмечаются *сенсорные расстройства*: гипер-, гипо- и анестезия (снижение, повышение и отсутствие тактильной чувствительности), алгии (болевые ощущения), выпадения функций органов чувств (слепота, глухота и т. п.). Причем слепота не мешает больным обходить препятствия, а локализация нарушений кожной чувствительности соответствует наивным представлениям (тип «носок и перчаток»).

Выраженность и длительность расстройств зависит от реакции окружающих (демонстративность); картина внешне напоминает неврологическое заболевание (истерия как «великая симулянтка»); больной игнорирует нарушения функций («прекрасное равнодушие»).

«*Первичная выгода*» состояния заключается в переходе непосильного для психики конфликта на неосознаваемый уровень телесного функционирования (конверсия). Симптомы имеют символическое значение: например, паралич руки исключает реализацию агрессивного побуждения, в результате снижается уровень тревоги.

«*Вторичная выгода*» состоит в возможности благодаря нарушению функций избежать ответственности за определенные действия, наказать обидчиков, вызвать сочувствие, освободиться от обременительных обязанностей, получить материальную компенсацию и т. п.

*Психодинамика*. Защита от непереносимого переживания смертельной угрозы, унижающего стыда, оскорбленного самолюбия, горя по поводу наступившей или ожидаемой утраты близкого человека, а также от морально неприемлемых для пациента собственных сексуальных или агрессивных импульсов. Поскольку эмоциональные ресурсы для разрешения мучительного психологического конфликта оказываются недостаточными, содержание сознания начинает восприниматься как не принадлежащее себе, наступает непроизвольное изменение сознания. Механизмы защиты включают отрицание (игнорирование определенных аспектов в целом осознаваемой реальности), вытеснение (изоляция угрожающего материала от сознания) и диссоциация - отделение одной группы психических процессов от другой с их независимым функционированием.

## Психотерапия

### Гипнотерапия

Сообщение больному, что его расстройство является не объективным, как он считал, а функциональным, «воображаемым» обычно ухудшает состояние. Если позволяют личные ресурсы пациента, наиболее эффективным со времен Фрейда считается аналитическая терапия. Однако в ряде случаев действенным методом психологической «скорой помощи» остается гипносуггестивная терапия. Гипнотическое состояние за счет искусственно вызванной диссоциации позволяет пациенту оживить, проработать и интегрировать утраченное воспоминание в сознание.

По Фрейду гипноз - это перенос на гипнотизера отношений к родителю, имеющих эротическую основу. Ференци видел в гипнозе возрождение эдиповского комплекса с его любовью и страхом, отсюда два вида гипноза: «отцовский», базирующийся на страхе, и «материнский», основанный на любви.

Штеварт указал на роль проективной идентификации в механизме гипноза: «Фрейд внушал, что гипнотизер поставлен на место идеала-Я (Сверх-Я) субъекта, но по моему утверждению, идеал-Я поставлен на место гипнотизера, и это Сверх-Я спроектировано и проконтролировано субъектом в соучастии с гипнотизером. Таким образом субъект чувствует себя в большей мере освобожденным от власти собственного Сверх-Я и может дать волю появлению воспоминаний, до сих пор подавляемых».

Шертюк определяет гипнотический транс как «четвертое состояние организма» (наряду с состояниями бодрствования, сна и активности сновидений). А. М. Свядоц полагает, что гипнотический «сон» - это состояние суженного сознания, вызванное действием гипнотизера и характеризующееся повышенной внушаемостью, поскольку тестирование реальности ослабевает (верификационная концепция внушения).

В гипнотическом сомнамбулизме наблюдается максимальный регресс психики с включением примитивной функции «следования за лидером», что обеспечивает повышенную внушаемость. При этом развивается состояние диссоциации, когда примитивная часть психики функционирует под влиянием внушений, низшая часть зрелой личности обеспечивает реализацию внушений как мотивированных собственным Я, а высшая ее часть, которая отвечает за критику (тест реальности) и сознательное запоминание происходящего, блокируется специфическим поведением гипнотизера.

Некоторые авторы считают гипнотическое состояние патологическим, искусственно вызванным истерическим неврозом. И именно у истероидных личностей описаны такие осложнения при гипнотизации, как возбуждение или припадки (истерический гипноид по С. И. Консторуму), спонтанный сомнамбулизм, потеря раппорта (контакта, фр.) переход сомнамбулизма в гипнотическую летаргию (непробудный сон). В.М. Рахманов, 1991 описал невротическую гипноманию (зависимость от гипнотического состояния, напоминающую наркотическую) и гипнофобию (навязчивый страх гипноза). У пограничных личностей может развиваться некритический эротический перенос. У параноидных больных в процессе гипнотерапии могут усилиться идеи воздействия. Нарциссические и шизоидные пациенты впадают в выраженную зависимость от гипнотерапевта, приписывают ему всемогущество. Соматические больные нередко отказываются от необходимых лекарств и позволяют себе чрезмерные физические нагрузки, что приводит к осложнению основного заболевания. Прекращение гипнотерапии может сопровождаться синдромом отмены (абстиненции) с колебаниями настроения от тоски до агрессии, обострением первичной симптоматики, а в отдельных случаях - развитием острых психотических состояний.

Большинство описанных отрицательных последствий гипнотерапии возникает вследствие недостаточной профессиональной компетентности гипнотерапевта. Поэтому не так давно гипнотерапией могли заниматься лишь прошедшие соответствующую специализацию врачи (как правило, психиатры). Сеансы гипноза разрешалось проводить только в специализированных психиатрических учреждениях. Во избежание злоупотреблений со стороны врача или ложных обвинений в его адрес требовалось обязательное присутствие третьего лица и ведение специального журнала.

В клинической практике обычно ориентируются на предложенные Форелей три стадии гипноза: сонливость, гипотаксия (малоподвижность) и сомнамбулизм. Высокую гипнабельность демонстрируют склонные к вытеснению и диссоциации истероиды, особенно когда внушения совпадают с установками пациента. Малогипнабельными являются сомневающиеся и контролирующиеся психиатрики.

Используется императивное прямое внушение в бодрствующем состоянии сознания, без предварительного внушения сна (протренинга Кречмера, методика И. С. Сумбаева). Наиболее эффективно выглядит этот метод при «одномоментном» снятии заикания (К. М. Дубровский, В. М. Шкловский).

Учитель З.Фрейда И. Брейер использовал метод гипнокатарсиса для внушенного восстановления в памяти и отреагирования аффективно окрашенных вытесненных из сознания впечатлений. При этом наблюдалась редукция или исчезновение конверсионной невротической симптоматики. Фрейд применял гипноанализ до перехода к методу «свободных ассоциаций».

В отечественной практике гипнотерапия до недавнего времени являлась одним из основных видов психотерапии (Московская школа В. Е. Рожнова, украинская школа К. И. Платонова, ленинградцы П. И. Буль, А. М. Свядоц и др.).

Мы в своей практике широко применяли гипнотерапию, в частности, для купирования диссоциативных расстройств. Прежде всего следует определить внушаемость пациента. С этой целью мы использовали прием «Тиски», выполнение которого одновременно и повышает внушаемость.

*Сцепите сейчас свои руки (показ) и закройте пока что глаза. Представьте себе тиски, тяжелые металлические тиски с большими толстыми губками, которые сжимаются винтом. Винт закручивается, и губки тисков сжимаются все сильнее. Представляйте себе эти тиски и пока я буду считать от 1 до 5, вообразите, что ваши кисти - это и есть губки этих тисков. Я буду медленно считать от 1 до 5. Когда я досчитаю до 5, ваши кисти будут прочно сцеплены. Так что вам будет очень трудно или даже невозможно их разжать.*

*1 - сжимаются, сжимаются все сильнее. 2 - представляйте, что это сжимаются тиски, губки тисков. 3 - теснее и теснее. 4 - еще плотнее, очень плотно. 5-так сжаты, как будто спаяны, и если вы попытаетесь их разнять - чем сильнее вы будете пытаться их разнять, тем прочнее они будут сцепляться.*

*Сейчас вы попытаетесь изо всей силы расцепить их, но ваши кисти сжимаются так прочно, что трудно или невозможно разъединить их, пока я не разрешу это. Так, теперь медленно поднимите свои руки и сможете их разделить вот так - смотрите (показ). Теперь это совсем легко, руки расцепляются сами.*

У пациентов с выраженной внушаемостью можно устранить ряд остро возникших симптомов без внушения сна. Терапевтические внушения, ориентированные на хронические проблемы, лучше реализуются в состоянии гипнотического сна. Способность погружаться в гипнотический сон обычно приходится тренировать, поначалу можно использовать фиксатор - шарик на ручке.

*Закройте, пожалуйста, глаза. Сейчас я буду считать до 5. На счет 5 я попрошу вас открыть глаза и посмотреть на блестящий шарик. Когда я покажу вам шарик, вы заметите, что когда вы пристально смотрите на него, вам невозможно удерживать открытыми глаза. И чем больше вы стараетесь, тем более усталыми становятся ваши глаза. И наконец они станут такими усталыми, что закроются и вы заснете спокойным, приятным сном.*

*1-2-3-4-5. Медленно откройте глаза и внимательно смотрите на шарик. Когда вы смотрите на него, ваши веки становятся тяжелыми. Они мигают, они слипаются, они наливаются свинцом. И потом, когда ваши веки станут такими усталыми, что невозможно будет удерживать открытыми глаза, они закроются и вы погрузитесь в спокойный, расслабленный безмятежный сон.*

*Ваши глаза становятся усталыми, они устали, и вы становитесь сонливее, сонливее и сонливее. Смотрите на шарик так долго, как только смогут ваши глаза. И потом они начнут закрываться, и вы заснете. Вы стали очень усталым, усталым и сонливым. Становитесь сонливее, очень сонным. Засыпайте, засыпайте, засыпайте... И когда вы засыпаете так, все ваше тело становится расслабленным, от макушки до самых пят. Засыпайте так все глубже, и когда я снова заговорю с вами, вы будете еще более сонным (сонной), чем были. И тогда я дам вам следующее внушение, которое вам будет легко выполнить. Засыпайте, и потом я снова заговорю с вами.*

*Вы засыпаете. Невозможно больше сопротивляться сну. Шарик расплывается в тумане. Легкая резь появляется в глазах. Глаза слезятся. Слипаются, склеиваются веки. Веки очень*

тяжелые, усталые. Невозможно больше удерживать открытыми глаза. Глаза закрываются сами, невозможно их открыть. Попробуйте, и вы убедитесь, что это невозможно. Чем сильнее вы пытаетесь открыть глаза, тем сильнее сжимаются веки. Глаза закрыты очень плотно. Спите...

На первом сеансе не следует давать терапевтических внушений. Важнее выяснить, как пациент будет выходить из состояния гипнотического сна, насколько удается ему реализовать постгипнотические внушения, а также закрепить фиксатор в качестве включателя гипнотического сна и тем самым еще более повысить внушаемость и гипнабельность пациента. В качестве постгипнотических внушений используется мигание при взгляде на фиксатор и постгипнотическая амнезия (диссоциированное состояние, необходимое для бессознательной реализации внушений).

Сейчас вы спите. Через несколько минут я разбужу вас. Когда вы проснетесь, вы заметите в это время очень интересную вещь. Вы посмотрите на шарик и почувствуете, что ваши глаза начали мигать. Они будут судорожно мигать, и чем больше вы будете стараться прекратить это мигание, тем сильнее будут моргать ваши веки. Смотреть на шарик, не мигая, будет невозможно. А потом я скажу вам, чтобы вы снова закрыли глаза и скажу, чтобы мигание остановилось. После этого вы сможете смотреть на шарик, не мигая.

Через минуту я разбужу вас. Вы будете точно выполнять внушения, которые я вам сделал. Вы можете не помнить многого из того, о чем я говорил вам, или помнить все. Все равно, вы будете точно выполнять внушения, которые я вам сделал.

Сейчас, когда вы проснетесь, вы заметите, что чувствуете себя спокойно расслабленными. Вы посмотрите на шарик, и ваши глаза зажмурятся. Они будут моргать, а потом я скажу вам закрыть глаза опять и после этого скажу: «Мигание остановилось!» Потом вы сможете смотреть на шарик, не мигая.

Сейчас я буду считать от 1 до 5. Когда я досчитаю до 5, проснетесь. 1-2-3-4-5. Ваши глаза открылись и смотрят на шарик. Они начинают моргать. Они моргают, моргают. Теперь закройте глаза. Вы сможете открыть глаза, когда я посчитаю от 5 до 1. Сейчас мигание остановилось! Когда вы снова на счет 1 откроете глаза, ваши веки будут спокойны, самочувствие и настроение будут спокойными, сонливость полностью исчезнет!

5-4 - в это время просыпаетесь полностью. 3-2-1. Медленно откройте глаза. Хорошо, спокойно, отлично.

Если гипнабельность оказывается высокой, в дальнейшем можно применять быстрый способ гипнотизации. При достаточно продолжительном курсе гипнотерапии гипнабельность повышается, что позволяет перейти к быстрому способу усыпления.

Сейчас я коснусь рукой ваших век, и вы будете... СПАТЬ!! СПАТЬ!.. Спа-ать... Еще спокойнее, еще глубже становится сон. Мысли путаются, расплываются, исчезают. Все постороннее становится безразличным. Только мой голос остается. Спать... Спать... Спать... Вы спите и в то же время слышите мой голос. Вам легко понимать и выполнять мои внушения.

При диссоциативных двигательных расстройствах контакт с бессознательным контролем движений мы устанавливали с помощью следующего приема.

Положите, пожалуйста, свои руки на колени. Смотрите на свои руки. Пристально смотрите на свои кисти, на пальцы. Вглядитесь в них. Прислушайтесь к какому-нибудь ощущению, которое может быть в кистях. Например, это может быть ощущение от материи под ладонями. Почувствуйте шероховатость материи, когда ваши пальцы слегка давят на нее. Это может быть чувство веса вашей кисти, ее давление на ваше колено. Это может быть тепло вашей ладони и колена под ней. Может быть любое из этих ощущений, но я хочу, чтобы вы хорошо почувствовали его.

Смотрите на ваши пальцы так внимательно, как только можете, и вы заметите очень косо очень интересную вещь. Вы заметите, что один из ваших пальцев зашевелится. Вы не avete какой палец зашевелится, но один из ваших пальцев дрогнет или шевельнется в одном направлении или другом.

Это может быть правая рука или левая. Внимательно наблюдайте за правой рукой и вы начнете замечать, вот - пальцы уже приходят в легкое движение. Следите, интересно - какой палец начнет двигаться первый. Может быть, указательный, может быть, мизинец. Так. Расстояние между пальцами начинает увеличиваться. Чем пристальнее вы смотрите на пальцы, тем больше они расходятся веером. Это происходит само собой.

Ваша правая кисть постепенно становится легкой, очень легкой. Она становится все легче и легче. Вы чувствуете ее такой легкой, как перышко. Пальцы сейчас начнут подниматься вверх. Кисть будет медленно приподниматься. Вот она поднимается в воздух выше и выше. Она поднимается к вашему лицу, и когда она поднимется до лица, вы почувствуете себя усталым и расслабленным, совсем вялым и сонливым. Но ваша рука не должна коснуться и не коснется вашего лица, пока вы не задремлете глубоко.

Продолжайте наблюдать за своей правой рукой. Она поднимается, и вы становитесь сонливее, сонливее и сонливее. Очень усталым и сонным. Рука все движется - вверх, вверх и вверх, легче, выше и выше. И когда она поднимается так, вы становитесь сонливее, сонливее и сонливее. Когда рука коснется вашего лица, глаза закроются, и вы почувствуете себя очень сонным, бесконечно усталым и сонным.

Ваш взгляд становится тяжелым, усталым. Глаза усталые, сонные глаза. Ваша рука продолжает медленно подниматься, а глаза становятся все более сонными. Когда рука поднимется, ее локоть будет опираться на подлокотник кресла, и вы опустите голову в ладонь. Ваши веки становятся тяжелыми, наливаются свинцом. Они становятся тяжелее, тяжелее и тяжелее. Когда рука поднимется и коснется лица, веки сомкнутся, все тело станет очень усталым. Вы почувствуете себя таким усталым и таким сонным, что погрузитесь в спокойную, уютную, приятную дремоту.

Рука движется вверх, вверх, вверх и очень скоро ладонь коснется вашего лица. Тогда полностью расслабьтесь и откиньтесь на спинку кресла. Ваши глаза очень усталые, веки свинцовые, тяжелеют, тяжелеют и тяжелеют. Очень тяжелые и усталые, такие тяжелые, что опускаются, смыкаются веки. Рука поднимается все выше и выше. Рука движется прямо к лицу и ладонь будет сейчас находиться против щеки, и когда она коснется щеки, вы погрузитесь в приятную, глубокую дремоту. Опускайте голову на ладонь и в это время засыпайте, засыпайте глубже. Рука коснулась лица. Расслабьтесь полностью и откиньтесь назад. Это совсем легко. Теперь отдыхайте, и когда я начну говорить снова, вы будете спать еще глубже и вам будет еще легче выполнять мои внушения.

Аналогичный прием мы применяли при диссоциативных расстройствах чувствительности.

Сейчас я буду считать от 1 до 5, и на счет 5 вы начнете чувствовать, что на вашу правую кисть надета тесная толстая кожаная перчатка. После этого я буду прикасаться к тылу вашей правой кисти булавкой, эти прикосновения будут совершенно безболезненны для вас. Начиная считать. 1-2-3-4-5. Сейчас на вашей правой руке надета толстая кожаная перчатка. Она тесно сдавливает вашу кисть, кисть онемела, как на морозе, кожу как будто обкололи новокаином. Вашу кожу надежно защищает толстая кожаная перчатка, которую невозможно проколоть. Вы сможете чувствовать только давление булавкой, но не боль. Я прикасаюсь к вашей правой руке булавкой, давя все сильнее. Вы чувствуете давление и только давление, никакой боли незаметно. Теперь я поглаживаю вашу правую кисть, вы чувствуете сейчас, что я

*снимаю с нее эту тесную перчатку. Кожа становится розовой от прилива крови, она чувствительная, тонкая, нежная. Если ее уколоть булавкой, вы сразу почувствуете боль, слезка покалывает вашу кисть, и она отдергивается от укола.*

М. Эриксон, 1995 разработал современную технику гипноса гипноса суггестивной терапии, которая позволяет подстраиваться к индивидуальным особенностям пациента и использовать его саногенные (запис - здоровый, лат.) ресурсы. Применяются следующие способы наведения транса: вербальная и невербальная подстройка и ведение, последовательное наложение сенсорно-репрезентативных систем (зрительной, слуховой, двигательной), воспроизведение предшествующего транса, метод якоря, описание обычно наблюдающихся реакций при погружении в транс, рычажное поведение, разрыв шаблона, метод перегрузки, двойное наведение с использованием ко-терапевта. Причем последний не только участвует в наведении транса, но и контролирует ситуацию при возникновении трансовых состояний у ведущего терапевта, что позволяет использовать неизбежные трансовые состояния гипнотерапевта для раскрепощения его интуиции, повышения сенсорной восприимчивости и эмпатической подстройки к пациенту.

Взамен директивных симптомоцентрированных формул классической гипнотерапии используются расплывчатые формулировки, позволяющие пациенту интуитивно наполнять их наиболее полезным для себя содержанием. Доступ к саногенным ресурсам и генетическим инсайтам обеспечивают приемы идентификации с «образом достижения», «путешествие во времени» («хрустальные шары»), «маятник», «наложение образов». Широко используется рассказывание пациенту, находящемуся в состоянии легкого транса, историй со «встроенными сообщениями и командами», которые выделяются голосом, жестом или прикосновением.

## Нейролингвистическое программирование (НЛП)

Современным направлением постэриксонской психотерапии является нейролингвистическое программирование (НЛП), которое базируется на работах В. Сатир, Ф. Перлза, Г. Бейтсона и др. В основе НЛП лежат следующие постулаты:

А. Стереотипы поведения формируются под влиянием внушения значимых других лиц и в трансовых состояниях во время переживаний стресса.

Б. Основная часть программы кодируется в неосознанных языковых структурах и проявляется в формальной организации речи и невербальных реакциях человека.

В. Симптомы выполняют защитную функцию и в результате самопрограммирования в транс могут смениться новыми, более адаптивными стереотипами.

Г. Для позитивных изменений достаточно индивидуальной «подстройки» к пациенту и эффективной технологии взаимодействия с ним (работа с мета-моделью).

В НЛП применяются специфические методы диагностики: БИАС-тест определения репрезентативных систем, калибровка глазодвигательных сигналов и невербальных ответов «да - нет». Коррекционные техники НЛП базируются в основном на трансовых состояниях пациента. Наиболее известная техника - *рефрейминг* (здесь - переформулирование, англ.) включает ряд стадий:

1. Выработка невербальной сигнальной системы ответов «да - нет»
2. Идентификация стереотипа поведения, подлежащего изменению
3. Подключение сигнальной системы «да - нет»
4. Выделение положительной функции поведенческого стереотипа
5. Создание новых альтернатив
6. Оценка новых альтернатив

Выбор лучшей альтернативы

Экологическая проверка, подстройка к будущему поведению.

Выделяют следующие принципы эффективности НЛП. Каждый пациент имеет ресурсы, да могут ему помочь; дело психотерапевта - способствовать их реализации. Индивидуально-субъективное восприятие пациентом реальности - основа психотерапии. Терапевтическая коммуникация равна эффективной манипуляции, при которой выигрывают оба участника взаимодействия. Темп терапевтического процесса задается пациентом. Спротивление асценируется как признак неправильного использования энергии пациента. Предлагаемые приемы должны удовлетворять требования готовности пациента, конкретности и достижимости в недалеком будущем определенных целей, низкого риска и ориентации на успех. Результаты терапии зависят не столько от используемых приемов, сколько от модели поведения психотерапевта, которая должна соответствовать его стилю жизни. Необходимо доверять своей интуиции, своему «бессознательному», предоставлять себе право на эксперимент с новыми приемами и прав на ошибку в работе с пациентом.

## Клинические иллюстрации

1. 11-летняя Мари доставлена на консультацию матерью, которая рассказала, что год назад семья пережила землетрясение в Спитаке. Мать получила повреждение позвоночника, и дочь помогла ей выбраться из завала. Девочка во сне кричит и плачет, иногда ходит, и разбудить ее в это время не удается. На приеме пациентка сидит с отсутствующим видом, выражение лица безучастное, взгляд тусклый, голос тихий, монотонный. Повторяет все сказанное матерью как выученный урок. Подробности землетрясения и своего участия в спасении матери излагает формально, очень по-деловому. Содержание сновидений: за ней гонятся турки, чтобы убить или украсть. С наступлением темноты напряженно ожидает преследования турок. Позже из беседы с матерью выяснилось, что подобное состояние у девочки уже было в 4 года после похорон дяди, во время которых мать на глазах у дочери упала в обморок. Тогда девочка по ночам вскакивала и кричала, мать брала ее к себе в постель; обращались к знахарю, чтобы «вывести страх». В процессе психодинамической терапии Мари осознала свой страх смерти матери, пережитый в 4 года. Страх турок оказался оживлением забытого страха, пережитого в 2 года, когда девочка сидела на коленях у матери, а пьяный отец ударил жену ножом. Образ турка связан с исторической памятью о турецком геноциде. ДИАГНОЗ: затянущееся посттравматическое стрессовое расстройство, туркофобия. (А. В. Вартамян, 1996).

2. 18-летний мужчина доставлен в больницу полицией. Он выглядит утомленным и обнаруживает признаки длительного пребывания на солнце. Испытывает беспокойство по поводу того, где он находится. Удивляется каждый раз, когда ему напоминают, что он в больнице, и правильно называет текущую дату. Когда ему помогли сосредоточиться, вспомнил, что 25 сентября поехал с друзьями на выходные кататься на лодке. Дальнейших событий не помнил. Наутро после сна стал более внимательным, понимал, где находится, однако не мог вспомнить содержания предыдущей беседы и тот факт, что он спал. Сумел вспомнить, что студентом колледжа, находится в хороших отношениях с членами своей семьи, имеет много друзей. Отрицает посещения в прошлом психиатра и употребление алкоголя наркотиков. Следов травмы головы и неврологических нарушений не обнаружено. При Ривенном растормаживании пентоталом вспомнил, что попал с друзьями в шторм, привязан к лодке поясом и гапстуком. Товарищи были смыты в море, и больше он их не видел.



Через 3 дня, которые провел в надежде лишь на случай, был подобран службой берегом охраны и передан в полицию.

**Обсуждение.** Потеря памяти слишком обширна для обычной забывчивости. Амнезия может быть связана с травмой головы, сосудистыми нарушениями, употреблением психоактивных веществ. В данном случае эти причины исключены. При пентоталовом растормаживании выясняется, что амнестический эпизод с нарушением ориентации в месте, времени и собственной личности развился вслед за смертельно опасным событием, что позволяет поставить ДИАГНОЗ: диссоциативная амнезия. (Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок, 1994).

3. Молодой человек госпитализирован в связи с полной потерей памяти. Признаков физических повреждений не выявлено. Во время пентоталового растормаживания вспомнил, что тайно встречался с женщиной, которую называл «сладкая мамочка». Она подарила ему автомобиль, но после ссоры потребовала вернуть его. Пациент отказался, опасаясь разоблачения в своей семье. Тогда женщина подала в суд, и разоблачение стало неизбежным. Однажды по дороге на работу он полностью утратил память о прошлом и нанялся в команду отплывающего корабля. Отсутствовал в течение недели, и семья заявила о нем как о без вести пропавшем, когда корабль вернулся в порт, он сошел на берег и пошел по дороге в город. В этот момент он понял, что не может вспомнить ни последних событий, ни всей прошлой жизни, ни даже собственного имени. Обратился в полицию и был госпитализирован.

**Обсуждение.** Потеря памяти связана с угрожающей ситуацией, из которой пациент не нашел иного выхода, кроме удаления ее из сознания и окружающей реальности. Полученная вторичная выгода способствует фиксации расстройства. Пентоталовое растормаживание уменьшает тревогу и позволяет принять ситуацию. Чтобы справиться с ней, пациент нуждается в поддерживающей психотерапии. ДИАГНОЗ: диссоциативная fuga. (М. Т. Хэзлем, 1998).

4. Впечатлительная молодая таксистка попала в аварию. После этого при виде встречного грузовика она бросала руль и в панике закрывала лицо руками. Ночью ее преследовали кошмары. Стоял вопрос об увольнении и смене профессии. Начальство дало ей недельный срок для лечения. Больная оказалась высоко гипнабельной. В гипнозе ей внушались сновидения, в которых она избегала столкновения со встречной машиной благодаря своим уверенным и автоматическим действиям. Такие же сновидения было внушено видеть в ночном сне. Было проведено три сеанса гипноза, но больная побаивалась садиться за руль. Перед выходом на работу приехала к врачу на грузовике и вместе с ним проехала по городу. Во время поездки находилась в самопроизвольном (постгипнотическом) трансе, реакция на дорожные ситуации была автоматической и безошибочной. Вышла из транса самостоятельно с чувством триумфа и уверенности в своих возможностях. Больше за помощью не обращалась. ДИАГНОЗ: фобическая реакция. Диагноз ПТСР не ставится, т. к. расстройство продолжалось менее 1 месяца (Собственное наблюдение).

## Тесты

1-3. 22-летняя женщина поступает в больницу в связи с анестезией кожных покровов правой руки, развившейся после ссоры с братом. Она в хорошем настроении и не кажется озабоченной нарушением. В анамнезе нет физической травмы. Неврологическое исследование не выявляет отклонений от нормы, кроме снижения болевой чувствительности по типу перчатки на правой руке. Ее семья очень озабочена и проявляет сочувствие и внимание. Она игнорирует своего брата и, как представляется, не осознает ревности и соперничества, которые описывают члены семьи.

*Наиболее вероятным диагнозом является:*

- д. дисморфоманическое расстройство
- Б. Истерическое расстройство личности
- В. Опухоль теменной доли
- Г. Конверсионное расстройство
- д. Истерия.

*Отсутствие тревоги в сочетании с отсутствием осознания психологического конфликта с братом наиболее вероятно обусловлены:*

- д. Интеллектуальной недостаточностью
- Б. Ипохондрией
- В. Органическим психическим расстройством
- Г. «Первичной выгодой»
- д. Психозом.

3 *Видимое удовольствие пациентки от внимания и заботы семьи наиболее вероятно обусловлено:*

- А. «Первичной выгодой»
- Б. «Вторичной выгодой»
- В. «Третичной выгодой»
- Г. Реакцией безразличия
- Д. Подавлением.

4. *Правильные утверждения по поводу конверсионного расстройства включают следующие, кроме:*

- А. Оно может отмечаться в любом возрасте - с детства до старости
- Б. Оно чаще наблюдается у женщин
- В. Уровень распространенности среди всех обратившихся за медицинской помощью может достигать 20 - 25 %
- Г. Оно чаще встречается среди представителей высших социально-экономических групп
- Д. Оно поддается многим видам лечения.

5. *Все следующие утверждения по поводу деперсонализационного расстройства правильны, кроме:*

- А. Оценка реальности при деперсонализации остается нормальной
- Б. Пациенты испытывают ощущение оторванности от собственных психических процессов или тела или находятся в грезоподобном состоянии
- В. У большинства больных отмечается очень медленное и незаметное начало
- Г. Его следует отличать от эпизодической деперсонализации, которая часто встречается и не обязательно является патологической
- Д. Его следует отличать от деперсонализации, обусловленной опухолью мозга или височной эпилепсией.

*\* Все следующие утверждения по поводу расстройства «множественной личности» правильны, кроме:*

- Начинается обычно в детском возрасте
- \* Часто имеет указание на жестокое обращение в детстве
- Расстройство чаще встречается у женщин
- Только одна личность периодически полностью контролирует поведение пациента
- Д- Переход от одной личности к другой внезапный.



7. *Правильные утверждения по поводу гипноза включают следующие, кроме:*
- А. Он связан с картиной ЭЭГ, отличной от таковой во время сна
  - Б. Обычно это безопасная процедура
  - В. Гипнабельность возрастает параллельно выраженности психопатологического процесса
  - Г. Существуют пробы на внушаемость, которые отражают восприимчивость человека гипнозу
  - Д. Обычно он не показан для лечения психотических расстройств.
8. *Правильные утверждения по поводу гипноза включают, что он:*
- А. Связан с электрофизиологией сна, что определяется по ЭЭГ-критериям
  - Б. Является формой интенсивного, фокусированного сосредоточения
  - В. Метод лечения, впервые примененный Фрейдом
  - Г. Возможен у большинства амбулаторных психически больных.

### Ответы

1-3. У этой пациентки наблюдаются классические симптомы конверсионного расстройства. У нее отмечаются изменение соматической функции, предполагающее наличие соматического расстройства; нарушение функции было спровоцировано психической травмой, его картина (анестезия по типу перчатки) не может быть объяснена каким-либо известным заболеванием, а соматическое исследование не выявило отклонений. Пациенты с *дисморфоманическими расстройствами* чрезмерно сосредоточены на воображаемых дефектах своей внешности, которая в действительности является нормальной. Термин истерия используется только для обозначения того, что симптом не является реальным расстройством, но он не может использоваться для обозначения диагноза. У больных с опухолями теменной доли будет наблюдаться иная симптоматика.

Отсутствие тревоги и осознания наличия и значения конфликта между пациенткой и ее братом являются классическими признаками *«первичной выгоды»*. Это подразумевает недопущение конфликта или потребности в область сознательного, что приводит к снижению тревоги, связанной с ними, а также способствует частичному разрешению конфликта, лежащего в основе расстройства. Привлечение внимания семьи является примером «вторичной выгоды». Такого понятия, как «третичная выгода» не существует, а подавление означает вытеснение чего-либо скорее в область предсознательного, чем бессознательного. Реакция безразличия (в отличие от *la belle indifférence*) связана с повреждением правого полушария и, кроме безразличия к нарушениям, включает отсутствие интереса к семье и друзьям, удовольствие от глупых шуток и преуменьшение физических трудностей. Правильные ответы 1-Г, 2-Г, 3-Б.

4. Конверсионные симптомы чаще встречаются в общей медицинской практике, их частота 20 - 25 % от числа всех пациентов, обращающихся в медицинские учреждения широкого профиля. Конверсионные расстройства чаще наблюдаются у женщин и могут возникнуть в любом возрасте. Они нередко отмечаются у более примитивных, менее образованных пациентов из низших социальных и экономических групп и сельских районов. При раннем начале лечения конверсионные симптомы кратковременны и обычно поддаются большому количеству разнообразных методов лечения, включая суггестию. Правильный ответ Г.

5. Феномен эпизодических изолированных деперсонализационных состояний довольно распространен и может наблюдаться как у взрослых, так и у детей. Для того чтобы удовлетворять диагностическим критериям деперсонализационного расстройства, это переживание до"

длительным и тяжелым в такой степени, чтобы вызывать страдание, а восприятие пего должно оставаться нормальным. У большинства пациентов,\* симптомы появля- езапно, обычно в возрасте между 15 и 30 годами. Так как деперсонализация может в результате нарушения функций головного мозга, требуется тщательное исследо- и исключения таких диагнозов, как опухоль мозга или височная эпилепсия. Правиль- ный ответ В.

Правильный ответ Г. У взрослых количество личностей в одном случае расстройства «жественной личности» может колебаться от двух до ста и более. Примерно в половине Данных в последнее время случаев имелось 10 личностей или менее. По крайней мере, ! личности в течение какого-то времени попеременно полностью контролируют поведение Зольного. Расстройство часто начинается в детском или подростковом возрасте, хотя обычно > диагностируется до более позднего времени. Исследования больных с этим расстройством неизменно выявляют большой процент лиц, подвергшихся сексуальным оскорблениям или жесткому обращению в детстве.

7. Гипнотическое состояние не является идентичным сну, а картина ЭЭГ, характерная для сна, не отмечается. Нейрофизиология состояния транса недостаточно ясна. Хотя суще- ствуют противоречивые точки зрения относительно клинической эффективности гипноза в процессе психотерапии, он является безопасной процедурой при профессиональном прове- дении. Существует множество тестов на Гипнабельность, а восприимчивость к гипнозу не связана со степенью выраженности психопатологии. Он обычно не используется у психически больных. Правильный ответ В.

8. Гипноз наиболее правильно описать как состояние интенсивного, сфокусированного сосредоточения с сужением периферического сознания. ЭЭГ при состоянии гипнотического транса показывает состояние бодрствования головного мозга. Использование гипноза цели- телями насчитывает много столетий. В ранних исследованиях бессознательного Фрейд ис- пользовал гипноз, чтобы помочь пациентам вновь пережить и отреагировать травмирующие переживания ранних этапов жизни. Вскоре он отказался от него в пользу анализа переноса. Считается, что около 2/3 из числа психиатрических амбулаторных пациентов гипнабельны. Правильный ответ В.

### Рекомендуемая литература

- Александровский Ю.А. и др. Психогении в экстремальных условиях. - М., 1991.  
 Бэндлер Р., Гриндер Д. Трансформэйшн. Нейролингвистическое программирование и структура гипноза. Пер. с англ.-СПб., 1995.  
 Вудс Ш. Психиатрия в вопросах и ответах. Пер. с англ. - СПб., 1998.  
 Грин А. Истерия//Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. - М., 1998. - С. 628-656.  
 ЗейгДж. К. (ред.). Семинар с доктором медицины Милоном Эриксоном. - М., 1994.  
 шлам Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Пер. с англ. - М., 1994.  
 Пушкарев А.П. и др. Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностика и лечение. - М., 2000.  
 Рейд 3.0 психотерапии истерии // 0 клиническом психоанализе. Избр. соч. - М., 1991.  
 Фрейд З. Фрагмент анализа истерии (История болезни Доры)// Фрейд З. Избранное. - Рост. н/Д., 1998. - С. 177-336.  
 Рейд З. Я и Оно// Психология бессознательного. - М., 1990. - С. 425-439.  
 М- Мой голос останется с вами. Пер. с англ. - СПб., 1995.  
 -юн М.Г., Росси Э.Л. Человек из февраля. Гипнотерапия и развитие самосознания личности. Пер. с англ.-М., 1995.

## Дополнительная литература

- Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. 2-е изд. - М., 1997.  
Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии. Пер. с англ. - Екатеринбург., 1998.  
Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. - М., 2000.  
Бэндлер Р., Гриндер Д. Рефрейминг: ориентация личности с помощью речевых стратегий. Пер. с англ. - Воронеж, 1995.  
Вартанян А. В. Анализ случая «Мари и турки» // Моск. психотер. журн., 1996. - № 4. - С.69-80.  
Владиславова Н. Русское боевое НЛП в Чечне // Моск. психотер. журн., 2000. - № 1.  
Владиславова Н. Русское боевое НЛП в Чечне - 2 // Моск. психотер. журн., 2000. - № 2.  
Волков П. Разнообразие гипнотических миров // Моск. психотер. журн., 2000. - № 1. - С. 48-76.  
Гордон Д. Психотерапевтические метафоры в нейролингвистическом программировании (оказание помощи другим посредством Зеркала). Пер. с англ. - Подольск, 1994.  
Джармен Р. Консультирование людей в дистрессе: психосоциальная реабилитация пострадавших от травматических переживаний в результате войны // Журн. практич. психолога, 2001. - № 1 -2. - С. 119-126.  
Егоров Б.Е. Гипноз. Психотерапия. Бессознательное. - М., 1993.  
Зейг Д. Мастер гипноза. Психотерапевтические манипуляции Милтона Эриксона. - М., 1998.  
Зеленова М.Е. и др. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане // Психол. журн., 1997. - Т.18.-№2. -С. 34-49.  
Зинк Н. и др. Мастерство, новый код и системное НЛП. (новейшие достижения в НЛП) // Методическое руководство по курсу НЛП. Пер. с англ. - М., 1998.  
Ойзерская Т.Б. Опыт использования катарсического метода Брейера - Фрейда и его теоретическое осмысление // Росс, психоан. вести., 1992.-№2.-С. 101-114.  
Кашпировский А.М. Групповая неспецифическая психотерапия. - М., 1993.  
Кейд Б., О'Энлон В.Х. Краткосрочная психотерапия. Интервенции, манипуляции, техники на основе эриксоновского гипноза и НЛП. - М., 1998.  
Лойшен Ш. Психологический тренинг умений. Школа Вирджинии Сатир. - СПб., 2001.  
Магомед-Эминов М.Ш. Трансформация личности. - М., 1998.  
Мышляев С.Ю. Гипноз. Личное влияние? - Н. Новгород., 1993.  
Потапова В.А. Случай посттравматического стрессового расстройства в практике психоаналитической психотерапии // Росс, психоан. вести., 1992.-№2. -С. 79-86.  
Радченко А. Сказкотерапия в эриксоновском гипнозе // Моск. психотер. журн., 2000. - № 2.  
Семичев В.Я. Истерические состояния. - М., 1988  
Спаркс М. Начальные навыки эриксоновского гипноза. - Новосибир., 1991.  
Старшенбаум Г. В. Гипноз и ауто тренинг // Твое здоровье, 1995. - № 1. - С. 35-61.  
Старшенбаум Г.В. Клиника-экспериментальная оценка образных переживаний, внушенных в гипнозе // Вопросы клинической и социальной психоневрологии. - М., 1976. - С. 99-106.  
Старшенбаум Г.В. Психопатологический анализ образных переживаний, внушенных в гипнозе // Вопросы клинической и социальной психоневрологии. - М., 1976. - С. 113-122.  
Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. -2-е изд. - М., 1987.  
ХеллерС., СтилТ.Л. Монстры и волшебные палочки. Такой вещи, как гипноз, не существует?-К., 1995.  
Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс. Пер. с англ. - М. - Льв., 1998.  
Шертюк Л. Гипноз. Пер. с фр. - М., 1992.  
Эриксон М. Стратегия психотерапии. Пер. с англ. - СПб., 1999.  
Якубик А. Истерия. Методология. Теория. Психопатология. Пер. с польск. - М., 1982.

## Глава 3

# РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ

## Реакции дезадаптации

**Реакции дезадаптации** характеризуются состоянием субъективного дистресса (бедствия, истощения, англ.), в первую очередь - эмоциональными нарушениями которые возникают в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию и создают трудности для жизнедеятельности.

По ведущему синдрому реакции адаптации делятся на реакции с депрессивным настроением, с тревогой и депрессивным настроением, с нарушением поведения, с нарушением эмоций и поведения. У детей и подростков чаще наблюдаются реакции оппозиции и отказа. *Реакция оппозиции* возникает в ситуации лишения привычной любви и заботы со стороны матери и других близких или непомерных требованиях с их стороны. Возможны уходы из дома, прогулы школы, делинквентное (иногда - совершающий проступок, лат.) и демонстративное суицидальное поведение.

*Реакция отказа* развивается у детей, оторванных от матери и семьи и помещенных в детское учреждение или больницу. Ребенок отказывается от контактов, игр, пищи.

Реакции дезадаптации наблюдаются также у тревожных подростков и незрелых личностей, потерявших родителей в раннем детстве или испытывавших недостаток материнской заботы. Представляется, что пациент регрессирует в инфантильное беспомощное состояние, чтобы наконец испытать эту заботу. Может также иметь значение ожидание социальных и мкросоциальных, «вторичных выгод» от расстройства (рентная установка). Э. Кюблер-Росс и подробно описание адаптации человека к приближающейся смерти.

Большинство симптомов самостоятельно ослабевает со временем (обычно до 6 месяцев). При варианте с хроническим течением существует риск вторичной депрессии, тревоги и злоупотребления психоактивными веществами или зависимости от назначенных транквилизаторов.

В формировании реакции дезадаптации участвуют три компонента: вызывающее событие, дефицит информации о способах решения проблемы и личностная предрасположенность. *Вызывающее событие* может нарушить целостность социальных связей индивида или систему социальной поддержки и ценностей (миграция, статус беженца) либо внести изменения в жизнь (поступление в вуз, переезд, начало или окончание профессиональной деятельности, неудача в достижении поставленной цели). Личностный смысл вызывающего события сугубо индивидуален: то, что представляется ordinary психотерапевту, может быть весьма болезненным для пациента. *Дефицит информации* создает представление о безвыходности, он может быть связан как с новизной ситуации, так и когнитивными особенностями индивида.

*Личностная предрасположенность* включает следующие характеристики:

- *функциональная фиксация* (снижение активности мышления, его стереотипность вследствие «связанности» мышления прошлым опытом);
- *избирательность памяти* с акцентом на негативные аспекты прошлого опыта;
- *произвольность выводов* - формирование их в отсутствие достаточных фактических данных;
- *избирательная абстракция*, когда целостное представление о ситуации формируется на основе одного, вырванного из контекста элемента с игнорированием остальных;
- *сверхгенерализация* - формирование обобщающего вывода на основании единичного случая;
- «*максимизация-минимизация*» - приписывание ситуации или ее аспектам неадекватно преувеличенного или преуменьшенного значения.

## Психотерапия

### Проблемно-ориентированная терапия

Проблемно-ориентированная терапия (ПОТ) является методом выбора при реакциях дезадаптации. Основные принципы ПОТ: опора только на позитивное в жизни пациента, его ресурсы; использование только позитивных подкреплений в работе с пациентом и его близкими, позитивистское мировоззрение. Проблемные ситуации условно делятся на 3 типа: 1) окружение, 2) жизнь в целом, 3) человек. Первый раздел включает межличностные конфликты, второй - отношение к жизни, практические проблемы, третий раздел отражает проблемы здоровья. Чаще всего выявляются следующие проблемы: выбора, ответственности, внешнего и внутреннего контроля, тупика, отсутствия перспективы, потери цели, доверия к себе или другим.

Для успеха ПОТ важно учитывать терапевтическую установку пациента. Различают деловую, рентную и игровую ориентации. Деловая ориентация может быть двух видов: адекватная и неадекватная, с преувеличением возможностей терапевта. Рентную ориентацию также можно разделить на два варианта: «обаятельный рантье» («Я вам открытость и доверие, вы мне - результат») и «требовательный рантье». Игровая ориентация проявляется в том, что клиент фактически заинтересован не столько в решении проблемы, сколько в символическом выигрыше («даже вы не знаете решения проблемы»). Цели и задачи ПОТ разнообразны: изменение поведения, развитие недостающих навыков (преодоление жизненных трудностей, выносливость к стрессу и лишениям, самостоятельность, распределение времени и сил, оценка последствия риска и т. п.), повышение коммуникативной компетентности, стремление к максимальной независимости (контроль за реакциями, вызванными окружающими, повышение потенциала личности). Процесс ПОТ распадается на ряд стадий:

1. Установление контакта;
2. Сбор информации и осознание желаемого результата;
3. Перебор гипотез (выработка альтернативных решений);
4. Обобщение результатов взаимодействия с клиентом;
5. Выход из контакта.

Для развития терапевтического контакта терапевт должен выполнить следующие условия: быть активным, безусловно уважать клиента, принять (хотя бы для начала) его точку зрения на проблему, эмпатически пережить ее и выразить клиенту свои чувства. Эффективность ПОТ во многом зависит от точной локализации актуальной проблемы. С этой целью приме-

няется *метод кристаллизации* проблем В. В. Макарова, который использует основные приемы *диагностического интервью*: слушание, молчание, постановка вопросов, отражение чувств, присоединение, интерпретация, обобщение, структурирование. Кроме того, автором предложены следующие приемы: упрощение проблемы, отделение ее от личности, доведение до абсурда, проигрывание различных вариантов ситуации в воображении до ее завершения, а также приемы сведения проблем к внутриличностным, разрушения апперцепции, активация противоположных тенденций. Данная стадия заканчивается формированием запроса и, если решение проблемы требует нескольких встреч, заключением терапевтического договора.

Под *запросом* понимают конкретизацию формы терапевтической помощи. Можно выделить следующие виды запросов: просьба об эмоциональной и моральной поддержке, о содействии в анализе ситуации, об информации, об обучении навыкам, о помощи в выработке позиции, об оказании влияния на значимых других лиц.

На стадии выработки решения перебираются альтернативные гипотезы, происходит их оценка и сравнение с точки зрения приемлемости для пациента. Ему предлагают найти новое, позитивное название для проблемы, перейти от конфронтации с ней к ее диалектическому принятию (*переформулирование проблемы*), его внимание переключают с негативных проявлений проблемы на ее значение для личностного роста. Актуализируются способы, которые помогали при решении подобных проблем в прошлом. Наконец, разрабатывается реалистический план решения актуальной проблемы. Заключительная стадия ПОТ посвящается подведению итогов и установлению важнейших результатов терапии. Терапевт должен помочь клиенту точнее и конкретнее обозначить изменения, которые произошли в процессе лечения. Если терапия была эффективной, у клиента не должно оставаться потребности в новых встречах.

Важной формой неотложной проблемно-ориентированной терапии является **Телефон Доверия**. Эту форму ПОТ отличают такие дополнительные терапевтические факторы, как быстрая доступность, максимальная анонимность, возможность легко прервать контакт, неявность терапевтического характера воздействия. Важно, что общение ограничивается акустическим каналом, что усиливает вербализацию переживаемой ситуации. Способствует ее аффективному отреагированию, снижает чувство тревоги и увеличивает возможность рационального анализа ситуации и планирования действий. Кроме того, отсутствие зрительного восприятия облегчает идеализацию терапевта, а звучащие в непосредственной близости голоса терапевта и абонента повышают доверительность диалога.

В первой телефонной беседе выделяют ряд этапов:

1. Установление контакта, эмоциональное принятие абонента;
2. Интеллектуальное овладение ситуацией: структурирование ее, раскрытие связи данной ситуации со всем контекстом жизненного пути, «снятие остроты», терапия успехами и достижениями;
3. Планирование действий, необходимых для преодоления ситуации;
4. Активная психологическая поддержка.

Если необходимо, телефонный терапевт может сообщить абоненту свой график дежурств на телефоне, а в случае суицидоопасного кризиса - направить его на прием к суицидологу.

### Группы тренинга умений

Социально-психологический тренинг широко применяется для повышения уровня социально-психологической адаптации. Ориентация групп тренинга умений и их структурирован-

ность основаны на когнитивно-поведенческой модели психотерапии. Основатель данного раздела терапии А. Сэлтер в своей книге «Условно-рефлекторная терапия» использовал учение И. П. Павлова для разработки программы работы с пациентами, испытывающими чувство неполноценности из-за дефицита спонтанности в выражении чувств. Его программа *экспрессивного тренинга (ассертивного тренинга, тренинга самоутверждения)* включает несколько последовательно реализуемых задач:

1. обучение внешнему выражению коммуникативных чувств;
2. обучение согласованности внешне выражаемых и внутренне переживаемых чувств;
3. закрепление новых стереотипов поведения с помощью групповой дифференцированной групповой обратной связи;
4. обучение использованию местоимения «Я»;
5. тренинг спонтанности и гибкости в группе и вне нее; обучение самоодобрению и самопохвале.

На ранних этапах развития группы проводится оценка навыка уверенности. Наибольшее распространение получили опросник уверенности Вольпе и Лазаруса, шкала оценки дискомфорта СОД С. Котлера и Дж. Луэрры, опросник С. Рейтаса и тест П. Якубовски. Пациенту предлагают составить подробный перечень пугающих социальных ситуаций, определить жизненные поведенческие реакции, разработать совместно с терапевтом поэтапную программу упражнений (заключается индивидуальный договор). Он должен выполнять эти упражнения вначале мысленно, затем с партнером во все более трудных ситуациях, закрепить навык и перенести его в критическую ситуацию, моделируя «по обстоятельствам». Ему следует научиться снимать чрезмерное напряжение с помощью релаксации и самоинструкций, использовать для обратной связи рассказ партнера о производимом впечатлении (особенно в отношении невербального поведения), приступать к более сложной ситуации лишь при стабильном справлении (*копинге*) с прорабатываемой, постоянно закреплять успех через повторение.

По Келли в основе уверенного поведения лежат неотъемлемые права человека: на одиночество, независимость, успех, выслушивание его и принятие всерьез, на получение того, что заработано (оплачено), на отказ выполнить просьбу без чувства вины и эгоизма, самому обращаться с любыми просьбами, делать ошибки и самому отвечать за них, не быть напористым. Большое распространение получило обучение уверенности в себе - *ассертивный тренинг* особенно полезный для пациентов, которые не могут выразить или проконтролировать гнев, страдают из-за низкой самооценки и невозможности постоять за себя или учесть интересы других. Обучение начинается с оценки степени уверенности в себе. Применяется метод самоконтроля, когда ежедневно заполняется журнал домашней работы. Навыки уверенного общения вырабатываются по методу репетиции поведения, с помощью структурных ролевых игр (Лазарус, 1971). А. Ланге и П. Якубовски выделяют 4 типа современных ассертивных групп: центрированные на ролевых играх, темоцентрические, комбинированные (с тренингом самосознания и коммуникативных навыков, с трансактным анализом), а также неструктурированные группы, ориентированные на текущие индивидуальные проблемы участников. Авторы выделяют 5 способов выражения уверенности:

1. базовый - прямое сообщение;
2. эмпатический - говорится и о предполагаемых чувствах партнера;
3. выражение уверенности по нарастающей, если продемонстрированная уверенность не приносит результатов;
4. конфронтация - напоминание оппоненту о его невыполненных обещаниях и конкретные пожелания, требования;

5. монолог - описание неприемлемых действий партнера, собственных чувств и пожеланий в связи с этим.

*Одна из наиболее распространенных методик группового социально-психологического тренинга - репетиция поведения, которая представляет собой ролевое проигрывание жизненных ситуаций от легких для участников к все более трудным. Ключевые компоненты методики - моделирование, инструктаж, подкрепление. Этапы проведения:*

1. определение поведенческой мишени (постановка задачи);
2. инструктаж (предложение упражнения, советы по его выполнению, поддержка);
3. разыгрывание ситуации;
4. моделирование желательного поведения;
5. отработка оптимального поведения в течение всего занятия;
6. получение обратной связи (поведение активных участников в конце занятия обсуждается «аквариумом» - наблюдающей частью группы с максимальной поддержкой).

*В группах рационально-эмотивной терапии (РЭТ-группах) А. Эллиса ведущее значение придается выделению и когнитивному реструктурированию иррациональных мыслей. Наиболее важные из них - это убеждения в том, что человеку необходимы всеобщее одобрение и любовь, что он должен быть компетентным во всем и всегда добиваться любых целей.*

Коттлер и Гуэрра предлагают участникам группы вести дневник, в котором они обсуждают проблемы, возникающие в процессе выполнения домашних заданий и затем предлагают группе вместе поработать над ними. Домашнее задание необходимо тщательно индивидуализировать с учетом текущих возможностей индивида и особенностей его окружения. Независимо от целей тренинговой группы она включает такие компоненты, как учебная модель, постановка цели, измерение и оценка.

Учебная модель предусматривает отношение к участникам группы не как к пациентам, а как к учащимся. Вместо исследования проблемных форм поведения руководитель предлагает упражнения по тренировке недостающих навыков. Постановка цели происходит совместно с руководителем группы, который активно руководит ею, планируя каждое задание в связи с намеченной целью, и ориентирует участников на ее достижение. Измерение и оценка с помощью различных тестов и приборов производится на протяжении всей работы, что позволяет ставить адекватные задачи и объективировать достижения.

В тренинговой группе не прибегают к интерпретациям, игнорируют переносы, не анализируют сопротивление. При отказе участника делать упражнение или включиться в обсуждение руководитель предлагает ему побыть в роли наблюдателя и включиться, когда захочет. Попытки обсуждать полезность предлагаемого упражнения откладываются до его завершения. Если вся группа отказывается выполнять упражнение, необходимо предложить ей несколько других на выбор. Преобладание на занятиях уныния, раздражения и т. п. негативных чувств может стать поводом для работы с этими чувствами.

## Суицидоопасные реакции дезадаптации

По данным ВОЗ, каждый день кончает с собой 1,5 тыс. человек; неудачно пытаются покончить с собой еще 15 тысяч. Особенно характерны самоубийства для развитых стран, где они занимают 3-е место среди причин смерти наиболее работоспособного населения - между 15 и 45 годами, после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Мужчины в 4

раза чаще совершают завершённые самоубийства, женщины - в 2 раза чаще совершают суицидальные попытки. Подобное поведение особенно характерно для кризисных периодов жизни: юношеского и молодого возраста, а также для начинающейся старости. Чаще всего самоубийства совершают одинокие, разведённые и овдовевшие мужчины.

Бытует представление, что самоубийство - это закономерная реакция на травмирующую ситуацию, а если она не воспринимается окружающими или профессионалами как драматическая, значит, человек психически болен. Однако большинство людей в трудных ситуациях лишь мобилизуются; подавляющее число суицидентов практически здоровы, а одной из основных мотиваций суицидального поведения является бегство от непереносимой жизненной ситуации (в отличие от подавленности влечения к жизни при депрессии).

### *Ложные представления о самоубийстве (Р. Шейдер, 1998)*

Бытующее мнение	Фактическое положение
Те, кто много говорят о самоубийстве, обычно его не совершают	Большинство самоубийц перед смертью делятся своими намерениями и горестями
Самоубийство - импульсивный акт, совершаемый внезапно	Существует много признаков повышенного риска самоубийства
Решившиеся на самоубийство редко колеблются	Самоубийству обычно предшествуют попытки найти утешение и помощь
Склонность к самоубийству наследуется	Хотя самоубийства и суицидальные попытки действительно чаще совершаются теми, у кого в семье уже были подобные случаи, предрасположенность к самоубийству не наследуется и не является чертой характера
Риск самоубийства носит кратковременный характер; когда кризисная ситуация проходит, обычно наступает улучшение	Улучшение может быть обманчивым. Под внешним спокойствием может скрываться твердо принятое решение, а некоторый подъём сил иногда лишь помогает выполнить задуманное

Рингель выделил диагностически важный

*пресуицидальный синдром*, в который вошёл следующие переживания:

1. сужение восприятия, уход в себя, чувства одиночества, бессмысленности и безвыходности
2. бессильная агрессия и упреки в адрес других, болезненно ощущаемое «опускание рук», сообщение о намерении покончить с собой
3. бегство в фантазию, которая все более заполняется причиняемыми другим страданиями и намерениями самоубийства.

Наиболее распространёнными можно считать следующие суицидоопасные реакции: оппозиции (с преобладанием чувства обиды, гетеро- и аутоагрессивным поведением), пессимистические (с формированием неадекватных когнитивных установок), демобилизации (с угнетением коммуникативной и мотивационно-волевой сфер).

*Реакция оппозиции* возникает в качестве протеста против действий значимых других лиц и характеризуется выраженной экстрапунитивной (карательной, англ.) позицией личности, высокой степенью агрессивности, резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности. Аутоагрессивные тенденции возникают на высоте аффекта обиды, гнева - как правило, вслед за гетероагрессивными высказываниями, вплоть до гомицидных (пото - человек, саейеге - уби-

вать, лат.). Преморбидно (тогБиз - болезнь, лат.) высокое самоуважение пациентов снижается под влиянием суицидогенной установки типа: «унижение хуже смерти». Актуальную для них кризисную ситуацию они воспринимают генерализованно, заявляя, что не хотят жить в мире, где царит несправедливость, В то же время реализация гомицидных тенденций является для этих пациентов невозможной из-за свойственного им высокого уровня социализации.

*Пессимистическая реакция* развивается в ситуации необратимой утраты значимого лица или других доминирующих ценностей. Ее отличительными признаками служат негативная оценка настоящего, будущего и собственных возможностей, исчезновение смысла жизни. Выражены соответствующие изменения мироощущения, мировосприятия, суждений и оценок, видоизменения системы ценностей, которые приводят к формированию негативных концепций ситуации, оцениваемой как реально или потенциально неблагоприятная. Подобное восприятие вызывает стойкое снижение уровня оптимизма и препятствует продуктивному планированию деятельности в будущем. Вторично снижается самооценка, нарастает ощущение недостаточности собственных возможностей. Пациенты данной подгруппы отличаются склонностью к самоанализу, пессимистическим выводам при интерпретации различных жизненных событий. Указанные особенности приводят к преобладанию когнитивного (познавательного, англ.) компонента в развитии пессимистической реакции. Упомянутый компонент включает негативно окрашенные представления о собственной ненужности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, пессимистический вывод невозможности разрешить кризис из-за отсутствия времени и возможностей. Подобные представления не вытекают из болезненно измененного настроения, а, наоборот, предшествуют ему и целиком обуславливаются особенностями когнитивной сферы, тенденцией к формированию неадаптивных установок. Указанные установки тесно связаны с представлениями о большей, чем собственная жизнь, значимости семейно-личных, социально-престижных и прочих ценностей.

*Реакция демобилизации* отличается наиболее резкими по сравнению с вышеописанными суицидоопасными реакциями изменениями в коммуникативной и мотивационно-волевой сферах. Наблюдается отказ от привычных контактов или их значительное ограничение, что вызывает устойчивые переживания одиночества, беспомощности, безнадежности. Характерен также частичный отказ от деятельности, причем ее продуктивность падает и не удовлетворяет самого пациента, усугубляя душевный дискомфорт, переживания отверженности и изоляции. Данная подгруппа состоит из лиц молодого возраста, отличающихся психической незрелостью, низкой сопротивляемостью к фрустрации (крушению надежд, англ.), тенденцией к «уходу» или «избеганию» в сложных жизненных обстоятельствах. У пациентов сравнительно легко возникает чувство краха, «жизненного провала», сопровождающееся снижением побуждений и волевых усилий, направленных на ликвидацию конфликта. Из-за отсутствия активного стремления к достижению цели любые попытки изменить жизненную ситуацию кончаются неудачей, что приводит к сужению представлений о надежных средствах разрешения психологического кризиса и дальнейшему его углублению.

По степени выраженности суицидального риска и частоте заслуживают особого внимания две реакции дезадаптации: реакция острого горя и конфликт зависимых отношений.

### **Реакция острого горя**

Возникает в связи со следующими необратимыми утратами:

- потеря любимого человека в результате его смерти, разлуки, развода или заключения в тюрьму;

- утрата собственности, работы, социального статуса;
- утрата предполагаемого объекта любви (отказ от брака предполагаемого супруга, рождение мертвого или неполноценного ребенка);
- потеря здоровья.

Нами выделено 7 этапов течения данной реакции. При этом следует учесть, что реакция может останавливаться на любой из них. Задачей психотерапии является последовательное проведение пациента через все описанные ниже этапы с целью разрешения реакции.

1 этап - с элементами *эмоциональной дезорганизации*. Кратковременный период, длящийся от нескольких минут до нескольких часов. Наблюдается сильнейшая вспышка негативных чувств: паники, гнева, отчаяния. Характерны аффективная дезорганизация поведения с временным ослаблением волевого контроля. Часто встречается защита в виде отрицания: «Это неправда!»

2 этап - *гиперактивности*. Может продолжаться до 2-3 дней. Пациент развивает бурную деятельность с оживлением образа умершего, неосознанно воспроизводит особенности его поведения и речи. Настроение колеблется от дистимического (тревожно-раздражительной подавленности) - обычно с преобладанием тревоги, до эйфорического (благодарного). В ряде случаев развивается эмоциональное притупление без фиксации на переживании горя. Могут иметь место неконтролируемые поступки: уходы из дома, немотивированные разрывы старых контактов и т. п. Таким образом, на данном этапе реакции может наблюдаться поведение, личностный смысл которого заключается в идентификации пациента с умершим и отказе от жизни.

3 этап - *напряжения*. Длится до недели. Наблюдается крайняя степень психофизического напряжения с маскообразностью лица и невозможностью расслабиться, спазмами в горле, молчаливостью. Состояние общей скованности изредка прерывается суетливой активностью или судорожными вздохами с характерным укороченным вдохом. Аппетит отсутствует, имеют место ангедония (пейопе - наслаждение, греч.), безразличие, психическая анестезия.

Подобное состояние гениально выражено в трагической мольбе Ф. Тютчева:

*О Господи, дай жгучего страданья  
И мертвенность души моей рассей:  
Ты взял ее, но муку вспоминанья,  
Живую муку мне оставь по ней.*

Нередки эпизоды уходов в себя, когда сознание скорбящего целиком заполнено ассоциациями, связанными с утратой; при этом страдают внимание, память и умственная работоспособность. Попытки переключить внимание индивида на реальность вызывают у него раздражение. Личностный смысл описанного поведения можно оценить как отказ от внешнего мира, каких-либо внешних проявлений и даже желаний. По-видимому, нарастает дальнейшая идентификация с покойным.

4 этап - *поиска*. Развивается на протяжении второй недели после получения известия об утрате, факт которой по-прежнему субъективно не принимается. Пациент избегает разговоров об утрате, боится, что не переживет ее боль. Сохраняется дистимический фон настроения. Мир воспринимается как потускневший, окружающая жизнь - как потерявшая смысл. Индивид продолжает жить внутренней жизнью, в которой центральное место по-прежнему занимает объект утраты. Его образ ярко продуцируется в воображаемой жизни и начинает проецироваться в реальность.

Пациент говорит об умершем в настоящем времени, ожидает его появления, мысленно разговаривает с ним, принимает за него случайных прохожих, при этом сразу же оживает надежда на возможность встречи с объектом утраты. Пациенты могут слышать его шаги, голос, обращающийся к пациенту. Подобные обманы восприятия обычно наблюдаются в форме иллюзий, гипнагогических (при засыпании) и гипнопомпических (при пробуждении) галлюцинаций (пурпоз - сон, греч.).

Данная стадия может протекать в двух вариантах: тревожном и оппозиционном; между ними наблюдаются взаимные переходы.

*Тревожный* вариант. Пациенты озабочены своим положением, ухудшившимся в результате смерти значимого другого. Обеспокоены тем, что без него не справятся с возникшими трудностями, склонны преувеличивать их тяжесть, а также возможности умершего и одновременно преуменьшать возможности свои и окружающих. Многие пациенты с тревогой обнаруживают у себя проявления болезни, от которой умер близкий, и опасаются по поводу своих болезненных ощущений и переживаний.

*Оппозиционный* вариант. Особенно выражен в случаях смерти человека, который одновременно с любовью вызывал у пациента и чувство враждебности, подавляемое из-за выраженной психологической зависимости или особенностей воспитания. Пациент напряжен, раздражителен, обидчив, придирчив, ворчлив. Он обвиняет в смерти умершего врачей, родственников, иногда готовится каким-либо образом наказать их. В редких случаях пациенты критикуют самого умершего, высказывают в его адрес запоздалые обиды и упреки.

Личностный смысл реакции на описанной стадии при ее тревожном варианте, по-видимому, заключается в поиске утраченного лица в качестве защитника. В оппозиционном же варианте, вероятно, имеет место поиск объекта идентификации с умершим с целью отреагировать подавляемые ранее враждебные реакции.

Иногда близкие пациента или неопытные профессионалы дают ему ошибочные рекомендации избегать всего, что напоминает о покойном: спрятать его вещи и фотографии, сменить интерьер, а то и место жительства. Ошибкой является также взывать к моральным установкам пациента с целью прекратить враждебные выпады против ушедшего из жизни или людей, пытавшихся предотвратить его уход. Даже попытка защитить пациента от собственных самоупреков может привести к переносу агрессии на психотерапевта и отказу пользоваться его помощью. В таких случаях временным выходом может стать привлечение посредника из ближайшего окружения пациента, берущего на себя роль проводника влияния психотерапевта.

Необходимо тщательно выслушать как тревожные, так и агрессивные высказывания пациента, что способствует их отреагированию и разрядке подавленного негативного аффекта. Содержание враждебных высказываний не оспаривается и не подкрепляется. Первое необходимо, чтобы избежать конфронтации и сохранить терапевтический контакт, второе - дабы не повысить уровень агрессии, что чревато переходом в аутоагрессивное, суицидальное поведение. После уменьшения в результате отреагирования тревоги следует авторитетно заявить, что беспокойство пациента по поводу своего состояния связано с отсутствием у него информации о психогенных нарушениях функций, и предоставить ему такую информацию

При наличии опасений, связанных с обманами восприятия, необходимо обратить внимание пациента на его способность контролировать свои психические процессы вне зоны конфликта, а также разъяснить, что болезненный аффект и связанные с ним образные переживания имеют тенденцию к обратному развитию после достижения своего пика. Если такой пик еще не наступил, с согласия пациента проводится сеанс гипноза, в котором внушается образ значимого другого, который прощается с пациентом и обещает больше его не беспокоить.



Поскольку образ умершего доминирует в психической жизни пациента, он легко оживляется уже на 1 стадии гипноза. Сеанс заканчивается мотивированным внушением психотерапевта по поводу того, что покойный любил пациента и был бы только рад, если тот будет жить счастливой, полноценной жизнью.

Полезно также обратить внимание пациента на то, что он может теперь, как и во время сеанса, так и после него, самостоятельно вызывать образ умершего в воображении и прекращать его переживание по собственному желанию. Такое установление психического самоконтроля, хотя бы и в результате суггестии, способствует ликвидации тревожных ожиданий пациента.

5 этап - *отчаяния*. Развивается на 3-6 неделе течения реакции. Это период максимальных душевных мук, отражающихся на лице пациента в виде маски застывшего страдания. Пациенты жалуются на бессонницу, чувство пустоты и бессмысленности жизни, страх и тревогу, высказывают идеи одиночества и беспомощности, собственной вины, малоценности и отчаяния по поводу невозможности примириться с утратой. Объект утраты идеализируется, а окружающие, напротив, подвергаются критике. Отношения с ними становятся формальными, пациенты проявляют раздражительность, уединяются, отказываются от контактов.

На высоте переживаний возникает загрузинная боль (психалгия), сопровождаемая выраженным беспокойством. Наблюдается также склонность причинять себе боль: пациенты просят назначить им инъекции и другие болезненные способы лечения, готовы участвовать в различных медицинских и психологических экспериментах, настаивают на радикальной перестройке их личности.

Психотерапевт должен учитывать, что в данной фазе реакции пациент прощается не только со значимым другим, но и с теми актуальными потребностями собственной личности, которые не успели удовлетвориться в связи с уходом значимого другого из жизни. Это могут быть незавершенные совместные дела, невыполненные обещания, непрощенные обиды... Всё это остается в виде мучительных вопросов без ответов, целей, которые невозможно достичь, средств, которые теперь стали ненужными.

Задачи психотерапевта на данном этапе в первую очередь состоят в том, чтобы рассмотреть с пациентом и найти в его жизни возможности для удовлетворения фрустрированных потребностей. Указанная задача решается в ходе проблемно-ориентированной терапии и способствует перестройке когнитивной сферы пациента. После этого удается перейти к следующему психотерапевтическому приему.

Пациент погружается в грезоподобные воспоминания, связанные с ушедшим из жизни. Поощряется тенденция к «приукрашиванию» - эстетизации и идеализации образа умершего в памяти. В результате он занимает важное место в когнитивной сфере личности пациента - например, как символ доброты, душевной красоты, верности и благородства.

Таким образом, происходит конструктивное разделение личности на активно действующую в реальном мире и ушедшую из нее часть личности, которая погружается во внутренний мир пациента, в его память в виде идеала, что приводит к гармонизации личности и ее росту.

6 этап - с элементами *демобилизации*. Наступает в случае неразрешения этапа отчаяния. Наблюдается ограничение контактов или отказ от них, а также частичный отказ от деятельности, которая оказывается возможной лишь по инициативе партнера и в постоянном сотрудничестве с ним. Пациенты жалуются на физическую слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита и работоспособности, чувство беспомощности, безнадежности, одиночества, ненужности.

Такие пациенты обычно отказываются от индивидуальной психотерапии, они пассивно, формально участвуют в беседе с врачом. Более эффективным является включение их в кри-

зисную группу, где более опытные участники ободряют их своим опытом преодоления болезненных эмоций, создавая тем самым оптимистическую лечебную перспективу и способствуя, наконец, завершению процесса переживания горя. Следует лишь учесть, что для облегчения идентификации и повышения терапевтической активности необходимо вводить в кризисную группу одновременно два таких пациента. В то же время включение в группу более двух пациентов, находящихся в подобном состоянии, может серьезно охладить рабочую атмосферу группы и тем самым снизить ее эффективность.

7 этап - *разрешения*. Может продолжаться несколько недель. Восстанавливается докризисное состояние, наступает примирение с жизнью без значимого другого, поскольку он живет теперь «в сердце» - в памяти индивида. Подобное состояние А. Пушкин выразил всего тремя словами: «Печаль моя светла».

8 этап - *рецидивирующий*. Длится в течение года. Наблюдаются эпизоды болезненных переживаний, приуроченных к определенным датам: день рождения или Новый год впервые без умершего. Актуализация конфликта может наступить и под влиянием событий типа «обидели, а пожаловаться некому» или даже «такой успех, а некому мной гордиться».

Наблюдающиеся в подобных ситуациях приступы горя могут быть такими же острыми, как и непосредственно после утраты. Более того, на фоне благополучного существования, в отсутствие мобилизации адаптационных механизмов негативные переживания могут застать личность врасплох. Субъективно они переносятся зачастую еще более болезненно и могут стать малопонятной для окружающих причиной попытки самоубийства.

Поэтому очень важно продолжать поддерживающую психотерапию лиц, тяжело и долго переживающих утрату значимого другого, как минимум, на протяжении года. Большую роль в такой поддержке играет посткризисная группа, работающая по принципу клуба бывших пациентов и помогающая своим членам пережить самое тяжелое для них время в жизни. Необходимо также мобилизовать для оказания психологической поддержки скорбящего членов его семьи, близких, друзей и сотрудников или соучеников.

## Конфликт зависимых отношений

[Данная суицидоопасная реакция описана нами как результат интерперсонального и внутрличностного конфликта - между зависимостью кризисного индивида от объекта эмоциональной привязанности и осознанной необходимостью в освобождении от зависимых отношений. Конфликт возникает чаще у женщин (реже - у молодых мужчин) в ситуациях реальной или предполагаемой угрозы высокозначимым отношениям, чаще - интимно-личным, реже - социально-престижным. Пациентов отличает внешний локус контроля по Д. Роттеру, т. е. инфантильное вынесение ответственности за свое благополучие вовне, что делает для индивида невозможным самостоятельное освобождение от зависимых отношений.

Как правило, конфликтной ситуации предшествует период эмоциональной фиксации на выбранном объекте отношений. Такая фиксация обычно сопровождается «ценностным сужением», когда ценность значимого другого резко доминирует над прочими ценностями. В результате формируется выраженная психологическая или психосексуальная зависимость от объекта фиксации - обычно брачного или любовного партнера.

Конфликт зависимых отношений является разноуровневым и затрагивает все психические сферы. На эмоциональном уровне борются, с одной стороны, обостренные по механизму фрустрации эмоционально-эротические потребности, с другой - гетероагрессивные тенденции, которые могут доходить до гомицидных проявлений. В мотивационно-волевой сфере

сталкиваются тенденции к разрыву тягостных отношений и стремление продолжить их, несмотря ни на что. В когнитивной сфере преобладают то аргументы в пользу обретения психологической независимости, то доказательства невозможности сделать это по «объективным причинам». В ряду подобных причин чаще всего звучат представления о партнере как незаменимом, навеки родном; о себе как существе, немислимом без значимого другого и в то же время не могущим сформировать новые отношения из-за отсутствия собственных возможностей и утраты доверия к другим потенциальным партнерам.

Стремясь освободиться от чувства зависимости, пациент сознательно культивируют в себе враждебные чувства по отношению к объекту. Однако при этом оживляется весь комплекс аффективно окрашенных переживаний, связанных с партнером, в том числе и сексуальное влечение. Стремление пациента снизить ценность объекта зависимости актуализацией его негативных качеств приводит к снижению самооценки пациента из-за сохраняющейся идентификации с объектом. Кроме того, в условиях доминирования ценности объекта над остальными жизненными ценностями подобная девальвация обесценивает жизнь пациента в целом, что усиливает суицидальный риск, связанный еще и с трансформацией гетероагрессивных тенденций в аутоагрессивные.

Самоубийство расценивается как единственный оставшийся способ восстановить свою значимость в сознании значимого другого и через него - в собственном сознании, вызвав у партнера чувства вины и раскаяния. С другой стороны, кризисный индивид реалистически оценивает тот факт, что его суицидальные угрозы не достигают цели. Партнер негативно реагирует на них, возлагая всю ответственность за суицидальное поведение на пациента и, более того, иногда даже провоцируя его на самоубийство.

Нами выделено пять субклинических вариантов описываемой реакции: астенический, истерический, обсессивный (навязчивый), тревожный, дисфорический (раздражительный). Выявлены переходы обсессивных состояний в сверхценные и субпараноидные образования с идеями отношений, тревожных - в состояния суженного сознания с возбуждением и выраженным вегетативным компонентом. У пациентов с астеническим вариантом появляются субдепрессивные включения с психалгией; у пациентов с истерическим вариантом развиваются гипнагогические галлюцинации, отражающие содержание травмирующих переживаний и сопровождающиеся выраженными аффективно-вегетативными проявлениями и конверсионной (функционально-неврологической) симптоматикой.

## Психодинамика суицида

Убийство и самоубийство тесно переплетены:

- расширенный суицид, при котором убийство значимых других прокладывает дорогу самоубийству;
- самоубийство, чтобы самому быть убитым;
- самоубийство, чтобы опередить убийство;
- суицид после убийства другого;
- самоубийство вместо убийства другого или бесконечной войны с ним;
- суицид после ухода партнера на тот свет;
- амок как самая гремучая смесь разнонаправленной агрессии;
- харакири, для которого требуется помощник;
- дуэль как вариант расширенного самоубийства.

Меннингер сформулировал это переплетение как три желания: убить, быть убитым и умереть вместе. Откуда же появляются эти желания и каким образом они взаимодействуют?

Фрейд сделал допущение, что люди от рождения обладают набором конструктивных и деструктивных сил (Эрос и Танатос). Эти силы первоначально взаимодействуют в основном для решения внутренних задач личности, что способствует развитию и росту индивида. Франц Александер в работе 1929 г. «Потребность в наказании и инстинкт смерти» описал этот процесс следующим образом: «С момента рождения включается механизм болезненного неприятия негативных реалий, неадекватный субъективному восприятию, заложенному во время внутриутробного развития. Взрослея, ребенок все более убеждается в том, что путь удовольствия пролегает сквозь тернии болезненного самоограничения и страдания. В период младенчества ребенок сталкивается с пассивной формой самоограничения, например, испытывает голод, будучи оторванным от материнской груди, но со временем он осознает, что любое удовольствие сопряжено со страданием, т. е. форма самоограничения становится активной. С тактической точки зрения именно это сознательное принятие страдания, которое нередко кажется нам парадоксальным, является доминирующей характеристикой эго по отношению к восприятию реальности и суперэго».

Карл Меннингер в книге «Война с самим собой» развивает эту мысль в отношении мучеников и аскетов - «хронических самоубийц»: «...система воспитания и образования в какой-то мере прививают человеку аскетические навыки, которые проявляются в бескорыстном и самоотверженном служении обществу и заботе о собственных детях.... В отличие от рядового члена общества, «хронический самоубийца» руководствуется внутренней потребностью жертвовать собой. То, что на первый взгляд воспринимается, как законное стремление увековечить свое имя, на поверку оказывается замаскированным проявлением деструктивных сил». Невротики, по мнению Меннингера, пользуются тем же механизмом, но с целью вызвать не восхищение, а жалость. И восхищение, и жалость здесь выступают как извращения любви.

Наркотическую, в том числе алкогольную зависимость Меннингер считает одной из форм самоуничтожения, которая характеризуется искаженной направленностью внутренней агрессии, половой неудовлетворенностью и подсознательным стремлением к наказанию, порожденным чувством вины за собственную агрессивность. Сам наркотик выступает в роли любимого убийцы.

Некоторые преступники, по Меннингеру, переполнены непреодолимым чувством ненависти, порожденным в детском возрасте, когда человеку приходится подавлять свои эмоции настолько, что подсознание становится неспособным к скрытой реализации внутреннего агрессивного импульса. Это, в свою очередь, приводит к тому, что ребенка часто лютят на неразрешенных поступках и наказывают. В дальнейшем проступки превращаются в преступление, а наказания ужесточаются, все больше ожесточая человека, способного теперь испытывать только ненависть и страх наказания. Последнее, по-своему извращенное проявление любви здесь - совершить убийство, за которое полагается смертная казнь, и таким образом освободить человечество от такого злодея.

В качестве промежуточного варианта можно рассматривать сексуальных садистов. Импотенция и фригидность, при которых происходит отказ от нормального генитального удовольствия, также могут быть формой саморазрушения, когда естественная биологическая роль приносится в жертву извращенным эротическим наклонностям, подсознательным страхам и ненависти, стремлению к самонаказанию и лишению себя и партнера получения совместного удовольствия.

Менninger ввел понятие «частичное самоубийство» для таких форм невротического членовредительства, как трихотилломания (вырывание и поедание собственных волос), онихофагия (обгрызание ногтей), экскорияция (расчесывание кожи). Сюда же он относил удаление зубов, косметические операции, ампутации (пальцев, конечностей, полового члена). Во всех этих случаях, по словам автора, «суицидальный импульс сосредотачивается на отдельном участке тела, являющемся для пациента своего рода заменой целого, подлежащего уничтожению». Частичная нейтрализация аутодеструктивных импульсов, по-видимому, происходит и у лиц, склонных к травматизму от несчастных случаев, жертвам нападений, сексуального насилия, обмана, убивающим время, теряющим вещи и деньги, дорогу, выход в прямом и переносном смысле.

Один из основоположников современной суицидологии американский психолог Эдвин Шнейдман в книге «Луша самоубийцы», 1991 выделяет следующие 10 характерных черт суицида:

1. Общей целью суицида является нахождение решения;
2. Общая задача суицида состоит в прекращении сознания;
3. Общим стимулом совершению суицида является невыносимая душевная боль;
4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности;
5. Общей суицидальной эмоцией является отчаяние;
6. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность;
7. Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы;
8. Общим действием при суициде является бегство;
9. Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении;
10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения.

## Кризисная терапия

Кризисная терапия предполагает исследование значения стрессора для пациента, обеспечение необходимой социальной и микросоциальной поддержки, проявление сочувствия, побуждение к поиску альтернативных путей решения проблемы. При преобладании тревоги возможно применение релаксации и гипноза. Может понадобиться вмешательство в виде суггестии, переубеждения, модификации окружающей среды, госпитализации.

При оказании психотерапевтической помощи пациенту, находящемуся в состоянии горя, следует побуждать его к обсуждению травмирующих переживаний, не останавливая его, когда он начинает плакать. Полезно собрать небольшую группу людей, знавших умершего и попросить их говорить о нем в присутствии пациента. Частые короткие встречи с пациентом предпочтительнее редких и длительных. Важно учитывать опасность актуализации переживаний в связи с различными датами.

При проведении психотерапии пациентов с конфликтом зависимых отношений решение о сохранении или разрыве высокозначимых отношений должен принять сам пациент. В случае окончательного разрыва отношений задача психотерапевта разделить с пациентом переживания горя и облегчить ему поиск новых высокозначимых отношений, в которых пациент сможет занять более независимую позицию. Опасно подкреплять враждебные чувства пациента к партнеру, т. к. агрессия может обратиться на терапевта или трансформироваться в суицидоопасную аутоагрессию.

Отличительными особенностями разработанной нами программы дифференцированной кризисной терапии являются:

1) ургентный (игдепз - неотложный, лат.) характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей немедленного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию и, во-вторых, с выраженной потребностью пациента в эмпатийной поддержке и на первых порах - руководстве его поведением;

2) нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных установок, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидиву суицидоопасного кризиса;

3) поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают рост личности и выносливость индивида к будущим кризисам.

Выделенным отличиям соответствуют три метода кризисной терапии: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации, необходимое для разрешения ситуации.

Программа кризисной терапии применяется дифференцированно в зависимости от актуальности суицидальных переживаний и типа реакции. Так, пациентам с высоким суицидальным риском, с реакцией оппозиции, истерическими и фобическими невротическими реакциями, личностям психопатического склада с аффективными и истерическими реакциями, а также больным психогенной и невротической депрессией показана в первую очередь кризисная поддержка. Фаза выхода из острого кризиса, пессимистические и ипохондрические невротические реакции служат показанием для кризисного вмешательства. Посткризисные пациенты без суицидальных тенденций, находящиеся в условиях неразрешенной высокоактуальной ситуации, пациенты с реакцией демобилизации и астено-невротической реакцией, а также психопатические личности с астено-апатической реакцией нуждаются в тренинге навыков адаптации.

Наконец, учитывается *уровень терапевтической установки*:

- а) конструктивный - с ожиданием помощи в самостоятельном разрешении конфликта
- б) симптоматический - с мотивацией лишь к ликвидации симптомов
- в) манипулятивный - с попыткой использовать влияние психотерапевта для улучшения отношений к себе участников конфликта и других выгод
- г) демобилизующий - с отказом от психотерапии, пассивной позицией пациента.

Острота суицидальных переживаний, как правило, наиболее выражена при обращении пациента за помощью, в дальнейшем актуальность суицидальных тенденций снижается. Поэтому упомянутые методы кризисной терапии осуществляются поэтапно: кризисная поддержка - кризисное вмешательство - повышение уровня адаптации.

КРИЗИСНАЯ ПОДДЕРЖКА включает ряд приемов, которые на практике могут частично перекрываться.

*Установление терапевтического контакта* требует, чтобы пациент был выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики. Необходимо создать у пациента уверенность, что психотерапевт компетентен в вопросах терапии вообще, разобрался в особенностях индивидуального кризиса пациента в частности и готов применить адекватные виды помощи. В результате психотерапевт воспринимается как понимающий, чуткий и заслуживающий доверия, благодаря чему ликвидируются чувства эмоциональной изоляции и безнадежности.

*Раскрытие суицидоопасных переживаний* происходит в условиях безусловного принятия пациента, что повышает его самопрятие, сниженное в результате психологического кризиса. Сочувственное выслушивание облегчает отреагирование пациентом подавляемых негативных эмоций, что уменьшает аффективную напряженность. Не имеющий прямого отношения к кри-

зисной ситуации материал игнорируется с помощью избирательного выслушивания, что способствует кризисной ориентации терапии. Наличие и выраженность суицидальных тенденций определяется с помощью прямых вопросов, что облегчается готовностью кризисных пациентов обсуждать подобные вопросы в качестве своей основной проблемы.

*Мобилизация личностной защиты* производится путем актуализации *антисуицидальных факторов* (родительские чувства, представление о неиспользованных жизненных возможностях, страх смерти и осуждения и т. п.), а также прошлых достижений в значимых для пациента областях. Таким образом достигается повышение самоуважения пациента и уверенности его в своих возможностях по разрешению кризиса. Проявления личностной несостоятельности пациента в кризисной ситуации не интерпретируются, чтобы не снижать его самооценку и не усиливать тем самым суицидоопасные переживания. Во избежание терапевтического контакта игнорируется психологическое сопротивление пациента лечению.

*Заключение терапевтического договора* предусматривает локализацию кризисной проблемы, формулирование ее в понятных пациенту терминах, соглашение с ним о кризисной ориентации терапии и сроках лечения, разделение ответственности за результат совместной работы с признанием за пациентом способности самостоятельно контролировать свои суицидальные тенденции и отвечать за принятие решений и их выполнение. Оговаривается также посредничество психотерапевта в контактах с другими людьми: близкими, друзьями, должностными лицами. Планирование последующей работы осуществляется в соответствии с уровнем терапевтической установки, без опережения готовности пациента к внутренним изменениям.

Задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидоопасных тенденций и позволяет перейти к когнитивной перестройке, осуществляемой на втором этапе кризисной терапии - этапе кризисного вмешательства.

Период выхода из острого кризиса является оптимальным для когнитивной перестройки потому, что в это время суицидальный риск сведен к минимуму, готовность к внутренним изменениям еще достаточно высока и, кроме того, сохраняется характерная для кризисного состояния пластичность личностных структур, необходимая для подобной перестройки.

**КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО** имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента, при этом решаются следующие задачи.

*Рассмотрение неопробованных способов* решения кризисной проблемы, как правило, включает поиск лиц из ближайшего окружения, с которыми пациент мог бы сформировать новые, необходимые ему высокозначимые отношения, облегчающие ему микросоциальную адаптацию. Попытки пациента вернуться к обсуждению симптомов преодолеваются с помощью фокусирования на намеченной задаче. При выраженном сопротивлении пациента вмешательству может быть использована конфронтация позиций (не личностей!) психотерапевта и пациента. Терапевтический контакт обычно сохраняется благодаря тому, что на этапе вмешательства для кризисного пациента важна не столько мягкость психотерапевта, сколько его усилия по оказанию действенной помощи в скорейшем разрешении психологического кризиса.

*Выявление неадаптивных установок*, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса имеет важное значение, поскольку данные установки являются одной из основных причин суицидоопасных реакций на кризисную ситуацию. Как правило, подобные установки формируются в раннем детстве под влиянием неблагоприятных условий воспитания, глубоко интериоризируются, что затрудняет для пациента осознание их неадаптивности и препятствует их психотерапевтической коррекции.

*Коррекция неадаптивных установок* осуществляется, прежде всего, в отношении суицидогенной установки - представления о большей, чем собственная жизнь, значимости той или иной ценности. Снизить значение доминирующих ценностей удается путем актуализации антисуицидальных факторов. Необходимо отметить, что попытки прямой девальвации ценности, конкурирующей для пациента с ценностью его жизни, могут привести к нарастанию аффективной напряженности и психологического сопротивления психотерапевтическому вмешательству. У пациентов с акцентуацией характера, приводящего в условиях межличностного конфликта к развитию суицидоопасных реакций, необходимой оказывается выработка мотивации к перестройке коммуникационной сферы.

*Активизация терапевтической установки* необходима для переключения усилий пациента с попыток разрешения кризисной ситуации не оправдавшими себя методами на повышение собственных возможностей по ее разрешению. Одновременно с поощрением успехов пациента в выполнении терапевтического плана и других проявлений зрелости его внимание обращается на недостаточную подготовку в достижении последующих целей. Таким образом подготавливается переход к третьему этапу кризисной терапии - этапу повышения докризисного уровня адаптации.

Как показывает суицидологическая практика, в качестве неадаптивных установок чаще всего выступает неприятие даже на непродолжительное время одиночества, а также представление об отсутствии у себя возможностей, необходимых для создания и сохранения пары.

Кризисное вмешательство в этой ситуации направлено на анализ практических проблем, возникающих в результате утраты высокозначимых отношений, и поиск способов решения проблем. Повышается значимость взаимоотношений с лицами из ближайшего окружения с целью ликвидировать страх расставания, связанный в представлении кризисного индивида с одиночеством. Выявляется роль неуверенности в своей привлекательности и формируется терапевтическая установка на тренинг необходимых навыков.

**ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АДАПТАЦИИ** осуществляется тогда, когда решение кризисной проблемы требует расширения адаптационных возможностей индивида. Указанная задача решается с помощью групповой кризисной терапии (см. ниже).

*Окончание кризисной терапии* является короткой, но весьма важной фазой лечения. На заключительном этапе работы суммируются достижения пациента, составляются реалистические планы на будущее и обсуждается, каким образом опыт выхода из данного кризиса может помочь в преодолении будущих кризисов. Определяется потребность в долгосрочной терапии и в случае необходимости вырабатывается мотивация к ее проведению.

Окончанию кризисной терапии посвящаются одна-две беседы, т. к. преждевременное начало этой работы может усилить тревогу пациента по поводу предстоящего прекращения лечения. Если тревога все же нарастает, необходимо разделить это чувство, подчеркнуть выполнение намеченной в начале лечения программы, выяснить причины тревоги, обсудить их обоснованность.

Кризисная терапия осуществляется в индивидуальной, семейной и групповой формах. Индивидуальная форма терапии описана выше.

## Семейная кризисная терапия

Наиболее распространенной причиной психологического кризиса являются семейно-личные конфликты. Особое значение подобных конфликтов, по-видимому, состоит в том, что

кризисный индивид лишается поддержки своего ближайшего окружения, в результате чего у него развивается чувство эмоциональной изоляции.

Можно выделить два варианта указанной ситуации: супружеский конфликт (или шире - конфликт между сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том числе - детско-родительский, причем дети могут быть уже взрослыми).

**Супружеский конфликт.** В отличие от клиентов семейных консультаций кризисные пациенты, во-первых, обнаруживают суицидоопасные тенденции, и, во-вторых, как правило, находятся на поздних стадиях семейного конфликта. Соответственно семейная кризисная терапия отличается от традиционной семейной терапии тем, что направлена на купирование суицидоопасных тенденций путем быстрее разрешения семейного конфликта. Задача обязательного сохранения семьи при этом не ставится.

Семейная кризисная терапия показана и возможна при наличии собственной инициативы членов семьи кризисного индивида, их вовлеченности в кризис, необходимости их включения в помощь индивиду, опасности развития кризиса у других членов семьи.

Данная форма кризисной терапии предполагает три установки партнеров:

1. Продолжение отношений на лучшем, чем до кризиса, уровне;
2. Сохранение неустойчивого равновесия;
3. Четкое и окончательное разделение.

*1. Улучшение докризисных отношений.* В этом случае оценивается, какие способы адаптации применялись до кризиса, почему они отсутствуют теперь, что мешает реализовать потребность в примирении. Если выявленная угроза отношениям носит внешний характер (вмешательство или недостаточная помощь родителей, нарушение баланса в результате изменения состава семьи и т. д.), помощь должна быть нацелена на формирование более эмпатийного отношения близких к пациенту и его партнеру. В случае внутренней угрозы отношениям (непосредственное ухудшение отношений партнеров) применяется тактика, направленная не только на разрешение текущих проблем, но и на выявление и коррекцию взаимоисключающих ожиданий и требований партнеров по отношению друг к другу. '

У некоторых пациенток можно выявить симбиотические отношения с лицом мужского пола в раннем детстве, глубокую привязанность к нему. Пациентки этой группы отличаются завышенным уровнем притязаний по отношению к объекту привязанности, прежде всего ожиданием от него максимального внимания. Эти пациентки видят причину своего кризисного состояния в недостаточном внимании к ним со стороны партнера, пытаются использовать авторитет психотерапевта для того, чтобы улучшить отношение партнера к себе. Их конфликт с партнером нередко развивается из-за того, что они пытаются играть лидерскую роль вопреки нарастающему сопротивлению партнера или осуществлять две противоположные тенденции одновременно - например, директивную в семейно-бытовой сфере и иждивенческую в материальной или психологической.

В других случаях, напротив, пациентки с детства страдают из-за отсутствия теплых отношений и испытывают повышенную потребность в них (по механизму сверхценной значимости фрустрированной потребности). Пациентки данной группы характеризуются чрезмерной ранимостью, завышенными требованиями к себе, склонны винить себя в разрыве отношений, переживая при этом чувства унижения и собственной несостоятельности. Им нередко свойственны альтруистические и пуританские установки, под влиянием которых они склонны к замене важного для партнера сексуального компонента отношений гиперопекой, приближающей к материнской. Конфликт возникает из-за неспособности пациенток этой группы стро-

ить равноправные отношения с партнером, которого они лишают возможности проявлять доброту, заботу, а также из-за недостаточных навыков полоролевого поведения.

*2. Сохранение неустойчивого равновесия.* В ситуации неустойчивого равновесия обращение за помощью происходит обычно в период временного разделения. Партнеры в ходе терапии вовлекаются во взаимные контакты - очные или заочные, используя телефон, переписку, родственников и друзей в качестве посредников. Содержанием контактов является выяснение нерешенных проблем во взаимоотношениях, при этом не обсуждается, какой ущерб партнеры нанесли друг другу, т. к. это может привести к повышению эмоциональной напряженности кризисного пациента.

Не дается рекомендаций относительно сохранения или прекращения отношений. Напротив, подчеркивается, что ответственность за решение этого вопроса лежит на пациенте и его партнере. Нередко разделение супругов в определенной степени провоцируется их родственниками. В этих случаях у супругов достигается осознание роли указанного фактора и предлагается перестроить отношения с родственниками с учетом собственных интересов.

*3. Четкое и окончательное разделение.* Данный вариант встречается чаще всего у женщин. Данная группа пациенток испытывает, во-первых, неудовлетворенность имеющимися интимно-личными отношениями, во-вторых, страх расставания с объектом эмоциональной привязанности, отвержения и одиночества, утраты матримониального статуса, а также опасения по поводу возможности воспитать детей без отца; наконец, в-третьих, неверие в свою способность вновь сформировать взаимозависимые отношения с другим партнером.

В подобных случаях в качестве неадаптивных установок выступает неприятие - даже на непродолжительное время - статуса одинокой женщины, а также представление об отсутствии у себя возможностей, необходимых для того, чтобы с помощью создания и сохранения пары избежать неприемлемых для себя и непереносимых переживаний отвержения и одиночества. Ригидность данных установок, сверхценное эмоциональное отношение к сохранению пары у большинства пациенток обусловлено их симбиотическими тенденциями. При этом партнер нереалистически, без достаточных оснований воспринимается как «родной».

В случае принятия окончательного решения о разрыве отношений при сохранении эмоционально-сексуальной привязанности к партнеру семейная кризисная терапия заключается в следующем. Аналогично приемам кризисной терапии в ситуации смерти любимого человека психотерапевт с помощью членов семьи и друзей обеспечивает пациентке сочувственное разделение эмоций горя и тревоги, а при отвержении пациента партнером - и чувств обиды и унижения.

Содержанием тревоги в ряде случаев являются опасения по поводу возможности устроить свою будущую личную жизнь, связанные со страхом одиночества и сомнениями в своей сексуальной привлекательности. В этих случаях на этапе кризисной поддержки особое внимание обращается на восстановление пониженной самооценки, а на этапе кризисного вмешательства - на создание мотивации к выработке эффективных форм полоролевого поведения, которые помогут в будущем установить новые высокозначимые отношения. Вмешательство психотерапевта в данном случае заключается в перестройке сознания кризисного индивида, а именно представления о себе, как о существе, немислимом вне пары.

**Конфликт с родственниками.** В фазе установления терапевтического контакта психотерапевт выполняет функции посредника, избегая роли третейского судьи и тем более принятия чьей-либо стороны в конфликте, а также обсуждения хронических проблем семьи. Активность психотерапевта должна быть направлена на улучшение семейной атмосферы как в интересах кризисного индивида, так и остальных членов семьи.

В процессе индивидуальных бесед проводится оценка точек зрения членов семьи на причины конфликта, отреагирование подавляемых ими негативных чувств по отношению друг к другу. Затем проводятся семейные диспуты с целью формирования общей позиции семьи в подходе к актуальным проблемам. В случае взаимного недоверия членов семьи для осуществления немедленных совместных конструктивных действий по разрешению проблемы заключается семейный договор.

При необходимости проводится психологическая коррекция симптомов тревоги членов семьи, связанной с перестройкой ролей и позиций в семье с целью установления более эмпатийных отношений. Следует указать на особую трудность коррекции директивной позиции родителей молодых пациентов, в основе кризисного состояния которых лежит невозможность самостоятельно освободиться от навязчивого гиперконтроля родителей.

## Групповая кризисная терапия

Групповая кризисная терапия (ГКТ) является высокоспецифичной формой кризисной терапии, которая удовлетворяет повышенную потребность кризисного индивида в психологической поддержке и практической помощи со стороны окружающих. В отличие от традиционной групповой терапии пограничных состояний ГКТ направлена на разрешение актуальной ситуации, обладающей для пациента жизненной значимостью. Это обуславливает краткосрочность, интенсивность ГКТ и ее проблемную ориентацию. В фокусе занятий кризисной группы находятся, как правило, высокозначимые для пациентов взаимоотношения в их реальной жизни, а не взаимодействия, происходящие между членами группы «здесь и сейчас». \ В качестве *показаний* для ГКТ выделяются следующие:

- 1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;
- 2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении высокозначимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработки и опробования новых способов адаптации;
- 3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

Окончательные показания для ГКТ устанавливаются на основании наблюдения за поведением пациента на первом групповом занятии и знакомстве с его субъективными переживаниями, связанными с его участием в группе. Недостаточный учет данного положения может привести к отрицательному воздействию группового напряжения на состояние пациента и усилению суицидальных переживаний. Более того, в кризисной группе суицидальное поведение одного из участников группы сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы. В связи с этим в ходе предварительной беседы с пациентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным, и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия.

После окончательного установления показаний к проведению ГКТ с пациентом проводится беседа, в ходе которой обсуждаются возможности использования им помощи кризисной группы. С целью выработать оптимистическую терапевтическую перспективу пациента знакомят с журналом бывших участников группы, в котором они описывают ход разрешения своей кризисной ситуации с помощью психотерапевтической группы.

*Состав группы.* Размеры кризисной группы ограничиваются десятью участниками. В группу обычно включаются два пациента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует публичному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных переживаний. Однако более двух таких пациентов создают трудно разрешимую проблему для группы, требуя слишком много времени и внимания в ущерб остальным членам группы, создавая тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у других пациентов.

Низкая групповая активность кризисных пациентов преодолевается тем, что в группу в качестве сублидера - проводника эмоционального влияния психотерапевта включается больной психопатией аффективного или истерического типа с не резко выраженной ситуационной декомпенсацией. Учитывается, что двое таких больных могут вступить в соперничество между собой, подавляя активность остальных и дезорганизуя работу группы.

Состав групп разнороден по возрасту и полу, что снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие по возрасту опекают младших, мужчины и женщины подкрепляют взаимную потребность в признании своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корректируются неадаптивные полоролевые установки.

Неотложность кризисных проблем, охваченность ими позволяют максимально интенсифицировать психотерапевтические воздействия. Групповые занятия проводятся до пяти раз в неделю и длятся 1,5-2 часа. С учетом того, что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 4-6 недель, курс ГКТ равен в среднем одному месяцу. За такой срок оказывается возможным сплочение группы на основе общих кризисных проблем.

Роль *групповой сплоченности* в кризисной группе отличается от ее значения в межличностно-ориентированной группе больных пограничными состояниями, где она используется для тренинга эмпатии и возникает в процессе этого тренинга. В кризисной группе сплочение ее участников развивается в ходе взаимной поддержки и используется для разрешения их кризисной ситуации. В связи с этим поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от традиционной групповой терапии пограничных состояний, где оно запрещается. Группа является открыто-конечной, т. е. еженедельно из нее выбывают в связи с окончанием срока терапии один-два пациента («конечность») и соответственно она пополняется новыми участниками («открытость»).

*Открытость группы*, создавая определенные трудности для ее сплочения, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач. Так, лица, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших на лечение, тогают созданию у них оптимистической лечебной перспективы. Кроме того, в открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения изменным опытом, обменом различными способами адаптации. В открыто-конечной группе опытные пациенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса. Проблемная ориентация ГКТ требует фокусирования занятия на кризисной ситуации, по *ому позиция психотерапевта*, в отличие от традиционной групповой психотерапии, является ирективной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлага *г* темы дискуссий и способы решения проблем, а при актуализации суицидальных тенденций у кого-либо участника группы осуществляет непосредственное руководство его поведением.

Описанные выше методы кризисной терапии (поддержка, вмешательство, повышение *в*ня адаптации) осуществляются поэтапно в отношении каждого участника группы. В то же *т* в ходе одного занятия обычно используются различные методы (этапы) ГКТ в зависимости от состояния пациентов.

На этапе *кризисной поддержки* важное значение придается эмоциональному включению пациента в группу, что обеспечивает ему эмпатическую поддержку членов группы, способствует ликвидации у него чувства безнадежности, а также представления об уникальности и непереносимости собственных переживаний.

Некоторые пациенты смотрят на свое участие в группе как на возможность на время отвлечься от психотравмирующей ситуации, «восстановить силы», чтобы затем продолжать попытки разрешить кризис прежними, уже показавшими свою неэффективность способами. Подобные нереалистические установки часто становятся темой группового обсуждения при включении в группу новых участников.

На первых занятиях осуществляется раскрытие и сочувственное разделение суицидальных переживаний пациента членами группы, имеющих или недавно имевших подобные переживания. В результате существенно облегчается отреагирование указанных переживаний, что приводит к снижению аффективной напряженности. Актуализируются антисуицидальные факторы, это способствует мобилизации личностной защиты.

В процессе 1-го этапа ГКТ пациент получает столь необходимую ему психологическую поддержку и практическую помощь со стороны других участников группы, которые заполняют опустевший мир кризисного индивида; своими достижениями в терапии они наглядно показывают ему возможность преодоления кризиса. В результате облегчается локализация и формулирование кризисной проблемы, после чего начинается переход ко второму этапу ГКТ.

Этап *кризисного вмешательства* посвящен поиску оптимального способа разрешения кризиса. В процессе проблемных дискуссий достигается распознавание пациентом у себя неадаптивной установки, препятствующей использованию им необходимых способов разрешения кризисной ситуации. Одной из наиболее частых тем, обсуждающихся в группе, является установка на сохранение «во что бы то ни стало» семейных или любовных отношений, ставших психотравмирующими или даже суицидогенными. Достижению пациентами этой жизненной цели препятствуют сформировавшиеся у них в детстве нереалистические идеалы спутника жизни - например, как опекающего и одновременно послушного.

Среди участников группы часто встречаются пациенты, у которых возникновение кризиса в значительной степени обусловлено повышенной чувствительностью и ранимостью в сочетании с завышенными требованиями к себе. В таких случаях темой обсуждения становится суицидогенная установка на обвинение себя во всех неприятностях, а также переживания собственной вины и несостоятельности. У данных пациентов ключевым для преодоления кризиса является достижение «принятия себя», что облегчается при использовании взаимной поддержки членов группы.

Следует отметить, что попытки повысить самопрятие и самооценку кризисного индивида с помощью индивидуальных бесед, как правило, оказываются менее эффективными. Причина этого заключается прежде всего в том, что доводы психотерапевта могут восприниматься как обусловленные выполнением им своего профессионального долга. Высказывания же членов группы, эмоционально окрашенные и подкрепленные их отношениями взаимопомощи, оказываются более действенными.

ГКТ имеет и другие преимущества по сравнению с индивидуальной формой кризисной терапии. Благодаря обмену жизненным опытом, происходящему между членами группы, репертуар навыков адаптации при ГКТ обогащается более существенно, чем при индивидуальном взаимодействии. В группе «товарищей по несчастью» пациент лучше принимает советы партнеров по лечению и, поддержанный ими, смелее опробует новые способы адаптации. Группа предоставляет пациенту возможность оказывать помощь другим ее участникам, переживая при этом чувство компетентности и нужности, крайне полезное для преодоления кризиса.

Этап *тренинга навыков адаптации* начинается после того, как пациент принял определенное решение об изменении своей позиции в конфликте. На данном этапе осуществляется опробование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда неадаптивных личностных черт - таких, как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, доминирование любовных отношений в системе ценностей, недостаточная роль профессиональной сферы, низкая способность к компенсации в ситуациях фрустрации и т. д.

Основными методами терапии на данном этапе являются коммуникативный тренинг с использованием проблемных дискуссий, ролевого тренинга, психодрамы и аутогенной тренировки. Проигрывание роли значимого другого помогает пациенту лучше понять мотивы поведения партнера и исходя из этого строить отношения с ним; тренировка в лучшем исполнении собственной роли способствует изменению стиля общения пациента на более адаптивный. В процессе ролевого тренинга развиваются также навыки полоролевого поведения, подкрепляется представление о собственной половой привлекательности. Поскольку опробование новых способов адаптации проводится на заключительном этапе ГКТ, когда суицидальный риск сведен к минимуму, снижение самооценки во время возможных неудач не приводит к усилению чувства личностной несостоятельности, а лишь способствует реалистической оценке собственных возможностей и укрепляет терапевтическую мотивацию к дальнейшему тренингу навыков адаптации.

В фазе *окончания* ГКТ на последнем занятии суммируются терапевтические достижения пациента, подкрепляется его уверенность в возможности реализовать намеченные планы. Поощряется сохранение связи выписанных из кризисного стационара друг с другом и с членами терапевтической группы, продолжающими лечение, оказание необходимой взаимной помощи. Для лиц с чувством неполноценности, низкой самооценкой, составляющих значительную часть кризисных пациентов, подобная возможность особенно важна для повышения уверенности в своих возможностях и помогает в будущем избегать занятия излишне зависимой позиции в межличностных отношениях.

Следует отметить, что, создавая ряд ценных возможностей для купирования кризиса и профилактики суицидоопасных тенденций у пациентов в будущем, ГКТ одновременно значительно осложняет работу психотерапевта. Выраженная потребность кризисных пациентов в психологической поддержке, суммируясь при объединении их в группу, может приводить к эмоциональной перегрузке психотерапевта. К тому же ему необходимо одновременно фокусировать индивидуальные кризисные ситуации членов группы в условиях их частой смены, учитывать возможность незаметного добавления к собственным проблемам пациента кризисных проблем других членов группы, предупреждать распространение в группе агрессивных и аутоагрессивных тенденций.

С целью уменьшения перечисленных трудностей желателен совместное ведение кризисной группы с *ко-терапевтом*, функции которого заключаются в следующем.

На 1-м этапе ГКТ ко-терапевт совместно с ведущим психотерапевтом участвует в создании атмосферы безусловного принятия личности и переживаний пациентов.

На 2-м этапе ГКТ ко-терапевт обеспечивает включение участников группы в дискуссию, контроль за их состоянием и оказание необходимой психологической помощи при ухудшении состояния.

На 3-м этапе ГКТ ко-терапевт в процессе ролевых игр выполняет функции ассистента режиссера и комментатора, проигрывает роли пациента или лиц из его ближайшего окружения, а также проводит занятия аутогенной тренировки, направленные на улучшение эмоционального самоконтроля.

Наблюдается расширение докризисных адаптационных возможностей у тех пациентов, которые отличаются сравнительно высокой готовностью к внутренней перестройке. Ука-

занные положительные изменения пациенты, как правило, связывают с опытом преодоления кризиса, а также взаимной поддержкой членов *посткризисной* группы, зачастую продолжающей самостоятельно функционировать после окончания курса лечения. В течение 3-6 месяцев функционирования посткризисной группы у ее участников «дозревают» навыки адаптивного общения; с помощью приемов взаимной коррекции и самокоррекции, усвоенных в процессе лечения, бывшие пациенты окончательно освобождаются от неадаптивных установок.

Указанные позитивные изменения облегчают пациентам разрешение их проблем социально-психологической адаптации в интимно-личной, семейной и учебно-профессиональной сферах в их естественных микрогруппах. У участников кризисных групп наблюдается значительное снижение числа повторных попыток самоубийства по сравнению с суицидентами, получавшими другие формы терапии.

Необходимо указать на специфичность и высокую эффективность описанной программы кризисной терапии для купирования суицидоопасных реакций и реадaptации суицидентов. Своевременное и дифференцированное, поэтапное применение данной программы препятствует нарастанию как суицидальных тенденций, так и патологической дезадаптации в виде затяжных невротических и психопатических состояний, способствует повышению уровня социально-психологической адаптации и зрелости личности, занятию ею активной, оптимистической жизненной позиции.

#### Сравнение кризисной и аналитической групповой терапии

Терапевтические факторы	Групп-аналитическая терапия	Кризисная групповая терапия
Ориентация	Патогенетическая	Проблемная (кризисная)
Цель терапии	Осознание и коррекция неадаптивных внутри- и межличностных установок	Купирование суицидальных тенденций и профилактика их рецидивов
Задачи терапии	Повышение возможностей самовыражения, аутентичности и эмпатии	Дезактуализация суицидальных переживаний, повышение возможностей адаптации
Основные методы	Спонтанное взаимодействие, инсайт, коммуникативный тренинг, групповое сплочение	Кризисно-проблемные дискуссии, когнитивная перестройка, тренинг навыков адаптации
Фокус занятия	Внутригрупповой процесс «здесь и сейчас»	Высокосзначимые взаимоотношения в микросоциальном окружении пациента
Взаимоотношения членов группы	Спонтанное распределение ролей, открытое выражение чувств; запрещаются встречи участников вне занятий	Подкрепляется психологическая и практическая взаимопомощь, в том числе вне занятий группы, смягчаются проявления взаимного недовольства
Позиция психотерапевта	Недирективная, с паритетным разделением ответственности за результат лечения и полной ответственностью пациента за его поведение	Активная, а при усилении суицидального риска - директивная, обеспечивающая поддержку и руководство поведением пациента

Характеристика группы	Закрывающаяся, гомогенная по возрасту и наличию пограничных нервно-психических расстройств	Открыто-конечная, гомогенная по наличию кризисных проблем и суицидоопасных переживаний, гетерогенная по возрасту и нозологическому составу
Срок лечения	3-6 месяцев	1 месяц

#### Особенности этапов групповой кризисной терапии

Терапевтические факторы	1-й этап ГКТ: кризисная поддержка	2-й этап ПСТ: кризисное вмешательство	3-й этап ГКТ: тренинг навыков адаптации
Цель	Купирование суицидоопасных аффективных нарушений	Поиск оптимального способа разрешения конфликта	Окончательное разрешение кризиса, профилактика суицида в будущем
Задачи	Эмоциональное включение в группу, ликвидация чувства безнадежности, представления об уникальности и непереносимости собственных переживаний, мобилизация личностной защиты	Выявление неадаптивных установок, когнитивная перестройка в сфере актуального конфликта	Опробование и закрепление адаптивных способов решения проблем; сплочение группы
Методы	Раскрытие, отреагирование, разделение эмоций, сочувствие, ободрение, актуализация антисуицидальных факторов, выработка мотивации к кризисному вмешательству	Проблемные дискуссии, направленные на анализ неадаптивных позиций, интерпретация форм психологической защиты, затрудняющих разрешение кризисной ситуации	Ролевой тренинг, психодрама; поддержка пациентов, находящихся на ранних этапах ГКТ
Функции ведущего психотерапевта	Создание атмосферы безусловного принятия личности и переживаний пациента	Фокусирование занятия на проблеме пациента, в отношении которого осуществляется вмешательство	Моделирование актуальной ситуации пациента, функции сценариста и режиссера ситуационных и ролевых игр
Функции ко-терапевта		Включение участников группы в дискуссию, контроль их состояния, оказание необходимой психологической помощи	Функция ассистента режиссера, комментатора; проигрывание ролей пациента или лиц из его ближайшего окружения

#### Ролевой тренинг

Как указывают наши сотрудники О. Р. Арнольд и Г. А. Скибина, 1989, разработавшие и широко применявшие метод ролевого тренинга (РТ) для лечения пациентов кризисного стационара, данный метод рассчитан на совершенствование социализации и коррекцию комму-



никативной сферы в ситуации группового общения. Значение метода возрастает благодаря тому, что он применим в случаях аффективной блокады или дезорганизации интеллектуальной деятельности, когда сознательная коррекция своего поведения затруднена.

В отличие от психодрамы Морено или сенситивного тренинга в процессе РТ пациенту не надо раскрывать свои интимно-личные и семейные проблемы, если он к этому не готов. Значимые для него конфликты разыгрываются в неявной форме, по принципу игровой аналогии. Акцент делается на действии, анализ поведения сведен к минимуму. Основной тезис занятий - нельзя научиться общаться, не участвуя в общении, невозможно справиться с конфликтной ситуацией, не пытаясь ее смоделировать.

Основной целью РТ является развитие коммуникативных функций и коррекция навыков общения. Для достижения данной цели решаются следующие задачи:

1. работа с масками и мышечными зажимами;
2. тренинг воображения и невербальной обратной связи;
3. тренировка эмпатии;
4. ассертивный тренинг;
5. тренинг установления интимного контакта;
6. сохранение эмоционального самоконтроля в простых конфликтах;
7. разрешение актуального конфликта.

РТ проводится 2-3 раза в неделю, каждое занятие длится 1,5 - 2 часа. Оптимальный состав группы около 10-ти человек, число мужчин и женщин по возможности одинаково. Программа РТ рассчитана на последовательное решение перечисленных выше задач для каждого участника, в то же время она позволяет новым участникам включаться в группу по мере выхода из нее излечившихся пациентов.

РТ начинается с разбора наиболее частых *масок*, встречающихся у пациенток кризисного стационара: «деловая женщина», «домашняя хозяйка», «девочка-мальчик», «спортсменка». Обращается внимание на мышечные зажимы, определяется центр тела. Например, у «домашней хозяйки» - в плечах и голени, у свободной, уверенной в себе женщины - в груди, у женщины, ощущающей себя привлекательной, - в груди и бедрах. У женщины, «летающей на свидание», центр тела вынесен вовне.

В качестве разминки используются походы в перечисленных ролях с обращением внимания на расслабление мышц плеч, спины, голени и на центр тела. Участникам предлагается вжиться в образ человека с распрявленными плечами, высоко поднятой головой, свободной походкой, побыть играющим ребенком, кошкой и т. п.

Следующая группа упражнений разминки - на *воображение*. Предлагается пройтись «по зыбучим пескам», по болоту, по натертому скользкому паркету, по грязной дороге в туфлях на высоких каблуках. Представить себя вырастающим из саженца кустом, раскрывающимся цветком. Пройтись в костюме полярника, в рабочем комбинезоне, в норковом манто, в вечернем платье со шлейфом, в купальнике.

Далее используются актерские этюды с воображаемым предметом: ощупать невидимую стену, повесить картину, открыть форточку, найти нужную книгу в книжном шкафу, разбить любимую чашку, пожарить яичницу на плите. В достаточно многочисленной группе можно играть воображаемым мячом, перетягивать канат, сматывать пряжу, передавать по кругу чашу с вином, трубку мира, котенка, ежика.

Для тренировки *обратной связи* применяются парные этюды с воображаемыми предметами: повесить вдвоем картину, свернуть ковер, стряхнуть скатерть, пройти навстречу друг

другу в узкую дверь или между двумя лужами, пилить дрова двуручной пилой, грести в одной байдарке. Нередко при выполнении этих упражнений возникает и обсуждается проблема лидерства.

Для развития *эмпатии* разыгрываются: разговор через стекло (прощание на вокзале через стекло вагона, разговор через витрину магазина); живое зеркало (женщина накладывает макияж, причесывается, одевается; мужчина копирует ее мимику и движения). В игре «Скульптуры» участники воспроизводят известные персонажи изобразительного искусства, стремясь наиболее точно передать их позы и выражения лиц.

На следующей стадии РТ - *ассертивного тренинга* - начинает использоваться речь. В парах происходит обмен ролями, затем группа обсуждает умение соблюдать социально приемлемые способы агрессивности и противостоять ей. Вначале проигрываются малозначимые ситуации, затем переходят к более трудным.

Магазин: заставить нелюбезного продавца подобрать подходящий товар;

Билетная касса: купить билет на нужное направление в разгар сезона;

Опоздание на работу: оправдаться перед строгим начальником;

Телефон-автомат: один бесконечно долго говорит, другой очень спешит.

Тренинг *установления интимного контакта*.

В поезде или в метро молодой человек пытается познакомиться с понравившейся ему девушкой; она идет навстречу, если он сумел заинтересовать ее;

В самолете женщина хочет поговорить с соседом, который собрался отдохнуть от тяжелой работы и семейных сложностей, во время длительного перелета.

После того, как упражнение выполнили несколько пар, группа оценивает легкость установления контакта, нестандартные приемы, умение держать и сокращать дистанцию в общении, чувство партнера.

*Импровизация сказки*. Группа рассказывает известную сказку, распределяет роли и разыгрывает ее. Психотерапевт предлагает роли с учетом необходимости отдельным участникам отыграть или, наоборот, взять под контроль определенные чувства: агрессию, тревогу, нежность и т. д. Кроме того, психотерапевт следит за сохранением шуточной или хотя бы иронической атмосферы, которая способствует юмористической отстраненности при возможном столкновении с актуальными переживаниями.

*Разыгрывание ситуаций неверности*.

Муж поздно возвращается с работы, жена высказывает подозрение в измене, хочет сохранить семью;

Жена с покупками заходит передохнуть в кафе, где застаёт своего мужа с незнакомой женщиной;

К жене в квартиру звонит молодая незнакомка, которая хочет познакомиться с «сестрой» своего жениха;

Молодой человек угощает на даче ужином новую знакомую, в это время дверь открывает своим ключом его подруга, приехавшая на последней электричке.

Подобные ситуации разыгрываются и на тему женской неверности.

*Разыгрывание детско-родительских конфликтов*.

Мать хочет, чтобы дочь (сын) помогла ей убрать квартиру и затем поехала на выходные к бабушке в деревню, у подростка планы поехать с компанией за город;

У сына в школе конфликт, он замкнулся в себе, отец пытается помочь ему;

Дочь поссорилась с мужем и хочет переехать с детьми к матери, которая не любит зятя.

Применяется обмен ролями, чтобы дать возможность пережить чувства реального партнера в своей актуальной ситуации.

#### *Разыгрывание конфликтов в малой группе.*

- В купе поезда дальнего следования находятся 4 пассажира, появляется женщина с ребенком, имеющая билеты-двойники, вызывают проводницу, бригадира поезда.
- Студент (ка) после академического отпуска знакомится с новой для него учебной группой; пока играющий эту роль ожидает за дверью, распределяются роли: первой красавицы, ее завистливой подруги, неформального лидера, пары влюбленных. Девушка приезжает на день рождения подруги в чужой город; оказалось, что хозяйку срочно вызвали на работу, а среди незнакомых гостей - девушка, с которой раньше был конфликт. Роли распределяются, пока героиня сюжета ожидает за дверью.

### **Клиническая иллюстрация**

Б-вич Т. В., 21 г., находилась в кризисном стационаре 40 дней. Анамнез. Психопатологическая наследственность не выявлена. Родилась вне брака, до 11 лет жила у бабуки, которая воспитывала внуку в духе повышенной моральной ответственности, привлекала к уходу за многочисленными кошками, жившими в ее доме. Когда девочке было три года, ее мать вышла замуж за пожилого ученого. Бабука не позволяла внучке встречаться с отчимом, несмотря на глубокую привязанность, возникшую между ними, вплоть до стремления девочки подражать отчиму в мелочах - как, впрочем, и бабуке, к которой она была привязана еще больше. Учебу начала вовремя, училась с интересом, легко. Любила подвижные игры с мальчиками, мечтала стать учительницей младших классов. В 11 лет мать взяла дочь к себе, но она продолжала свободное от учебы время проводить у бабуки и в компании своих бывших приятелей.

С 13 лет начала писать стихи, рисовать, ее поддерживал в этих занятиях отчим. В 15 лет попала под влияние группы девиантных подростков, рано начала половую жизнь, запустила учебу, дралась с матерью. Окончила школу ниже своих возможностей. С помощью отчима устроилась работать секретарем в художественное училище, занималась с учителем рисования с целью поступить в училище на учебу.

В 18 лет тяжело пережила смерть любимой бабушки, долго не могла поверить, что ее больше нет в живых. Подолгу плакала, не смогла сдать экзамены в училище, отнеслась к неудаче довольно равнодушно. В это время у отчима в результате обострения сосудистого заболевания резко ухудшилось психическое состояние, мать была вынуждена посвятить себя уходу за ним; упрекала дочь в том, что она в свое время заставила отчима много волноваться. Девушка остро переживала чувство вины, ненужности. С благодарностью приняла предложение малознакомого молодого человека выйти за него замуж. Уехала с мужем в Среднюю Азию, однако быстро поняла, что не любит его, отказывала мужу в близости и через несколько месяцев вернулась к родителям в Москву.

Безуспешно пыталась найти работу, конфликтовала с матерью, обвинявшей ее в безделье, находилась в подавленном состоянии, которое усугубилось после самоубийства приятеля. Была под сильным впечатлением от его добровольного ухода из жизни, думала о бренности существования. После беседы с участковым милиционером по поводу ее «тунеядства» пыталась вскрыть, по примеру приятеля, вены. Была спасена случайно вошедшими в квартиру друзьями.

После суицидальной попытки испытывала чувство вины перед матерью, их взаимоотношения улучшились. С помощью матери устроилась работать воспитательницей психоневроло-

гического интерната в группу олигофренов. Заботилась об отчине, переживала, что его оставили друзья. Помогала знакомому юноше готовиться к поступлению в художественное училище, полюбила его. Оформила развод с мужем, собиралась вступить в брак с любимым. В это время у нее на работе возник конфликт с санитарками из-за их нечуткого отношения к ее воспитанникам. Обращалась в администрацию за поддержкой, но не получила ее. Во время очередного конфликта, когда санитарка заявила, что «ее дебиллов надо топить с рождения», набросилась на пожилую женщину с нецензурной бранью, била ее ногами. Затем испытала жгучее чувство стыда, «была готова сквозь землю провалиться», убежала домой. Долго рыдала, всю ночь писала дневник. Утром мать, войдя в ее комнату, обнаружила на столе стихи:

*Мне быть счастливой не дано.  
Явилась я незваной гостьей  
На этот пир, где не вином  
Наполнены бокалы - злостью.  
Не предлагайте пригубить  
Испепеляющего зелья.  
Уж лучше мне гонимой быть  
Среди всеобщего веселья.*

*Нескладную судьбу свою  
Я не виню - к чему брюзжанье?  
Я у порога постою,  
Махну рукою на прощанье  
И улыбнусь. А вы в ответ  
Пошлете обвинений стаю.  
За мой уход прощенья нет.  
Я не прощенной исчезаю...*

После консультации психиатра была госпитализирована в Кризисный стационар.

Сомато-неврологический статус. Линейный рубец на коже левого запястья. В остальном без особенностей.

Психический статус. Легко доступна контакту, раскрывается охотно. Высказывает обиду в адрес сотрудников, обвиняет их в несправедливом отношении к себе, нечуткости, профессиональной непригодности. Упрекает себя в жестокости, т. к. не смогла справиться с порывом гнева, охватившем ее во время ссоры с санитаркой. Считает себя эгоисткой - по крайней мере потому, что занимает койку в стационаре, где находятся «люди с гораздо более серьезными жизненными ситуациями». Испытывает чувство вины перед своими воспитанниками, которых «бросила, предала», а также перед матерью, которую заставила волноваться. Критикует себя за то, что часто «делает из ничего муху, из мухи слона и открывает промысел слоновой кости». Ощущает себя никчемной, беспомощной, особенно здесь, в стационаре: «Когда я вижу слезы и не умею сделать так, чтобы они высохли, мне становится очень стыдно».

Критична к суицидальной попытке, совершенной ранее, объясняет ее впечатлением, которое произвело на нее самоубийство приятеля, а также страхом и гневом, который испытала в то время, когда участковый милиционер угрожал выселить ее из Москвы за тунеядство. Признает наличие суицидальных мыслей перед поступлением, не уверена, что справилась бы с ними самостоятельно. Антисуицидальные факторы: забота о своих воспитанниках, нежелание причинять боль матери, привязанность к жениху, надежда на неиспользованные жизненные возможности.

Психологическое обследование. Интеллект выше среднего уровня. Операции мышления не нарушены, но проявления интеллектуальной сферы испытывают тормозное воздействие со стороны эмоциональной. Мышление образное, несамостоятельное, инфантильное; эстетический критерий заслоняет логический; пациентка склонна к фантазиям, снижена реалистическая ориентировка. Суждения незрелые, категоричные, выражена тенденция к правдоискательству. Модус принятия решений затруднен, пациентка склонна к постоянным сомнениям, неуверена в своих силах, что иногда полностью тормозит проявления активности.

Ведущее место в личности занимает эмоциональная сфера. Пациентка отличается высокой эмоциональной лабильностью, эмоции достаточно разнообразны, но проявляется значительная склонность к переживанию отрицательных эмоций: страха, отчаяния, вины. Склонна к обвинениям и самообвинениям. Сильно переживает собственную несостоятельность в профессиональной сфере, однако не делает серьезных попыток к изменению ситуации, уходит в фантазии (стихи, рисунки).

Коммуникативные установки незрелые. Пациентка занимает страдательную, пассивную позицию, проявляет склонность к самопожертвованию и передает ведущую роль партнерам по контакту, проявляя склонность к принятию помощи извне.

Система ценностей носит двойственный характер. Реально действующими являются мотивы достижения семейного, интимного благополучия, однако для пациентки более значимыми являются социальные ценности - достижение высокого социального статуса, успех в творческой деятельности и связанные с ним свойства личности: уверенность в себе, способность к достижению поставленной цели. Самооценка пациентки низкая. Уровень оптимизма снижен.

Социальные установки противоречивы, в раннем детстве усвоены установки прошлого века, в дальнейшем находилась под влиянием компании девиантных подростков, что усугубило неуспешность социализации. Пациентка представляет себе принципы социализации, но не владеет конкретными способами их применения. Наблюдается оппозиционная установка по отношению к лицам, олицетворяющим власть, а также лицам, от которых она зависит: мать, сотрудники. Реализация указанной установки, однако тормозится имеющейся нормативностью. В конфликте легко возникает чувство вины, в результате гетероагрессивные тенденции трансформируются в аутоагрессивные. В силу неразрешенности конфликтной ситуации в доминирующей жизненной сфере - социально-престижной - суицидальный риск весьма высок.

Заключение: ситуационная реакция оппозиции у акцентуированной чувствительной личности с суицидальной попыткой в недавнем анамнезе; острый пресуицид.

Лечение: феназепам 0,5 мг утр. и дн., 1 мг веч.; индивидуальная, семейная и групповая психотерапия.

На первом этапе терапии было достигнуто раскрытие и отреагирование пациенткой суицидоопасных переживаний. С целью мобилизации личностной защиты и, в частности, повышения самооценки были актуализированы ее прошлые достижения, а также потенциальные резервы личности. Той же цели служили поддержка пациентки ее матерью и женихом, осуществлявшиеся в процессе семейной терапии. В ходе последней были подкреплены такие антисуицидальные факторы, как привязанность к жениху и матери.

В первые же дни после поступления пациентка была включена в кризисную группу, где принимала активное участие в проблемных дискуссиях, в процессе которых была достигнута разделенность ее суицидоопасных переживаний, коррекция их масштаба. На последующих групповых занятиях проявилась склонность пациентки к поддержке лиц, с которыми она идентифицировалась, также занимающих позицию жертвы. Участие пациентки в судьбе других членов группы дало возможность подкрепить ее альтруистические тенденции, играющие роль

важного антисуицидального фактора: вернуться к работе, чтобы и дальше защищать своих воспитанников.

После купирования суицидального риска пациентка привлекалась к участию в ролевых играх, способствующих выявлению у нее неадаптивных установок в коммуникативной сфере. Была начата их коррекция, выработка мотивации к проведению амбулаторной групповой терапии.

В процессе лечения снизилась актуальность служебного конфликта, на первое место выступило недовольство своими достижениями в жизни. Решила готовиться к поступлению в пединститут. Улучшились взаимоотношения с матерью; собирается поддерживать отношения с участниками стационарной кризисной группы, посещать амбулаторную терапевтическую группу.

Катамнез: 4 года. После выписки из стационара в течение трех месяцев посещала групповые занятия в КСПП (кабинете социально-психологической помощи). Вышла замуж, учится на втором курсе дефектологического отделения пединститута, находится в академическом отпуске по уходу за ребенком, которому около года. Полгода назад пережила смерть отчима, много плакала, плохо спала, в течение двух недель принимала феназепам на ночь. Собирается полностью доверить матери уход за ребенком, возобновить учебу и совмещать ее с прежней работой. Отмечает, что после пребывания в Кризисном стационаре и курса амбулаторной групповой терапии стала более самостоятельной и терпимой к окружающим, меньше зависит от их отношения к ней. Актуализации суицидальных тенденций за время катамнеза не выявлено.

Анализ наблюдения. Решающую роль в формировании личности пациентки сыграли условия воспитания: отвержение в раннем детстве единственным родителем - матерью, приучение бабкой к повышенной моральной ответственности, гиперпротекция отчима, влияние группы девиантных подростков в пубертате. Указанные воздействия на личность обусловили ее чувствительную акцентуацию, проявляющуюся в обостренной реакции на отношение к себе и объектам идентификации. Пациентка отличается повышенной привязчивостью, склонностью занимать крайние позиции в общении: или беспомощно принимать опеку или полностью брать на себя ответственность за своих подопечных.

Первый суицидальный эпизод возник на фоне цепи психотравм, в ряду которых выделяется смерть любимой бабушки и самоубийство приятеля; непосредственным поводом для суицидальной попытки явился конфликт с представителем власти, выявивший оппозиционную настроенность пациентки. Весьма характерно для нее в подобной ситуации смешанное переживание страха и агрессии, которая из-за выраженной нормативности трансформируется в аутоагрессию.

Личностный смысл суицида определяется как избегание и протест. Постсуицид следует квалифицировать как аналитический (с ограниченной мотивацией лучше контролировать поведение). Сохраняющаяся после него суицидальная готовность в последующем сыграла роль кризисной predisпозиции, вызывающим событием послужил служебный конфликт. Пресуицид, послуживший основанием для госпитализации, развился остро, личностный смысл данной реакции - протест и самонаказание.

В связи с фокусированием психологических расстройств в эмоциональной сфере акцент в терапии на первом этапе был сделан на кризисной поддержке. Она проводилась в индивидуальной, семейной и групповой формах. После ликвидации суицидального риска на втором этапе с целью профилактики рецидивов суицидального поведения было осуществлено кризисное вмешательство, вскрыты неадаптивные установки пациентки в коммуникативной сфере. На заключительном этапе терапии была выработана мотивация к коррекции неадаптивных коммуникативных навыков, начат тренинг конструктивных способов разрешения межличностных конфликтов.

В результате проведенной стационарной кризисной терапии укрепились нарушенные эмоциональные связи пациентки с окружающими, снизилась актуальность производственного

конфликта, была начата работа по тренингу навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок в коммуникативной сфере, которая затем успешно продолжалась в амбулаторной терапевтической группе.

Как показало катармическое исследование, в дальнейшем наблюдалось повышение уровня социально-психологической адаптации пациентки, она стала менее зависимой и ранимой, заняла активную, оптимистическую жизненную позицию, имеет реальную перспективу для реализации своего личностного потенциала.

## Тесты

Выберите наиболее подходящий ответ на предлагаемые вопросы.

1. *Через месяц после смерти матери от хронического сердечного заболевания у 25-летней женщины, ранее не страдавшей психическими расстройствами, появилась раздражительность, трудность концентрации внимания, внезапные приступы плача и трудность засыпания. Наиболее вероятен диагноз:*

- А. депрессивный эпизод
- Б. дистимия
- В. посттравматическое стрессовое расстройство
- Г. реакция дезадаптации
- Д. реакция острого горя.

2. *Какими из следующих утверждений характеризуется реакция острот горя:*

- А. в типичных случаях она начинается состоянием эмоциональной бесчувственности и отупения
- Б. она обычно протекает тяжелее, если ей предшествовал период ожидания горя
- В. она связана с повышенной частотой болезней и смерти среди лиц, потерявших близких
- Г. использование антидепрессантов значительно укорачивает период проявления симптомов.

3. *Диагноз реакции дезадаптации ограничен пациентами:*

- А. симптомы у которых являются реакцией на определенный стрессовый фактор, имевший место в течение последних 2 лет
- Б. у которых нет нарушений социального функционирования, обусловленных их симптомами
- В. симптомы которых являются экзацербацией ранее существовавшего расстройства, определяемого по оси 2
- Г. страдание которых более выражено, чем можно ожидать в результате стресса
- Д. симптомы которых сохраняются, по крайней мере, в течение года после окончания действия стрессора.

4. *Все следующие утверждения по поводу поддерживающей психотерапии являются верными, кроме:*

- А. регрессивный перенос поддерживается и интерпретируется
- Б. она обычно используется у здоровых лиц в кризисных ситуациях или у пациентов со слабостью Я
- В. основной целью является поддержка в оценке восприятия реальности
- Г. используется внушение и ободрение
- Д. имеет место попытка усиления защитных механизмов.

5. *Какое из нижеследующих описаний является наиболее подходящим для лиц с особенно высоким суицидальным риском:*

- А. они редко раскрывают свои намерения

Б. у них редко есть близкие родственники, покончившие жизнь самоубийством

В. они почти все больны психозами

Г. у них редко отмечаются суицидальные попытки в анамнезе

Д. ни одно из вышеприведенных.

6. *Какими из следующих утверждений можно характеризовать суицид:*

А. до 12 лет суицидальные попытки чаще совершают девочки

Б. до 12 лет девочки совершают более серьезные попытки самоубийства

В. попытки чаще отмечаются у девочек-подростков, чем у мальчиков

Г. в подростковом возрасте попытки чаще заканчиваются летальным исходом у девочек

Д. суицидальное поведение одинаково у девочек и мальчиков-подростков.

7. *В целом групповая терапия предназначена для того, чтобы дать возможность отдельным личностям осуществить следующее, кроме:*

А. научиться новым моделям поведения

Б. показать, что их проблемы не являются уникальными

В. развить чувство принадлежности к группе

Г. развить «базальное доверие»

Д. изменить поведение в соответствии с групповыми моделями.

## Ответы

1. После смерти любимого человека может наблюдаться нормальная реакция на утрату. Она обычно развивается за несколько недель и может длиться до года, хотя в значительной степени симптоматика редуцируется через 2-3 месяца. Состояние отличается от депрессивного эпизода отсутствием болезненных сверценных переживаний малоценности, меньшими нарушениями функционирования и обычно отсутствием выраженной психомоторной заторможенности или бреда. Для описанной пациентки дистимия не является правильным диагнозом из-за отсутствия предшествующих депрессивных проявлений. Симптоматика не отвечает критериям посттравматического стрессового расстройства. Наиболее точный диагноз - реакция острого горя. Правильный ответ Д.

2. Типичная реакция горя начинается с периода шока и бесчувствия, который сменяется тоской и протестом. Следующая фаза характеризуется апатией и утратой цели. Ожидание горя в некоторых случаях может уменьшить тяжесть реакции. Потерявшие близких имеют повышенную заболеваемость как соматическими, так и эмоциональными расстройствами, а также более высокую смертность. Для них может оказаться полезным разумное использование успокаивающих и противотревожных средств (транквилизаторов), но фармакологическое подавление симптомов печали антидепрессантами может оказаться вредным. Верны утверждения А и В.

3. Правильный ответ Г. Эмоциональные и поведенческие симптомы, включающие страх, беспомощность или ужас, должны являться реакцией на стресс, причинять страдания или нарушать функционирование. Симптомы обычно развиваются в течение 3 мес. от начала действия стрессора, хотя в редких случаях могут начаться и значительно позже.

4. Поддерживающая психотерапия обычно используется при кризисных ситуациях, а также у пациентов со слабостью Я или при жизненных ситуациях, исключающих другие виды психотерапии. Психотерапевт пытается поддержать основанное на реальности, помогающее разрешать проблемы, заинтересованное отношение, которое усиливает силы и защитные механизмы Я пациента. Обычно этот подход включает советы, ободрение, внушение и по-

мощь в оценке реальности. Структура терапии не направлена на максимальное проявление переноса, как при психоаналитической терапии. Регрессия не поощряется ни в явлениях переноса, ни в поведении в целом. Правильный ответ А.

5. Чаще всего пациенты, совершающие суицидальную попытку, прямо или намеком сообщают о своих намерениях. Психиатрический анамнез имеет большое значение при определении суицидального риска. У больных с высоким риском наиболее часто встречаются психозы (особенно депрессия) в анамнезе и наличие членов семьи, покончивших жизнь самоубийством. Однако большинство завершённых суицидов наблюдается у лиц, которые не страдали психозами. Предшествующие суицидальные попытки являются наиболее достоверным показателем риска. Правильный ответ Д.

6. Характер суицидальных попыток и завершённых суицидов имеет значительные половые различия как у детей, так и у подростков. В детском возрасте мальчики чаще демонстрируют суицидальное поведение, но существенных различий в серьёзности суицидальных попыток не отмечается. Напротив, девочки-подростки чаще, чем мальчики, покушаются на самоубийство, а попытки у мальчиков чаще заканчиваются летальным исходом. Правильный ответ В.

7. Правильный ответ Г. Было описано много процессов, важных для групповой психотерапии. *Сплочение* является основным процессом, с помощью которого у членов группы развивается чувство сопричастности и терпимости. Желание индивида «принадлежать» группе можно использовать, когда оказывается *групповое давление*, чтобы побудить индивида к началу изменений. Группа также предлагает разнообразие моделей поведения, которые могут имитироваться ее членами. С помощью универсализации, обычного группового феномена, пациенты узнают, что у других существуют проблемы, идентичные их собственным. Целью является не подавление индивидуальности, а помощь пациенту в понимании того, как его индивидуальность влияет на окружающих, и наоборот. Первичные нарушения «базального доверия» обычно не лечатся адекватно с помощью групповой психотерапии.

### Рекомендуемая литература

- Амбрумова А.Г., Старшенбаум Г.В. Психологические аспекты одиночества и методы психотерапевтической помощи // Метод, рек. - М., 1996.
- Ахола Т., Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия (терапия, фокусированная на решении). Пер. с англ. Ялов А.М. Краткосрочная позитивная психотерапия. Методическое пособие. - СПб., 2000.
- Блазер А. и др. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход. Пер. с нем. - М., 1998.
- Менninger К. Война с самим собой. Пер. с англ. - М., 2000.
- Старшенбаум Г.В. Формы и методы кризисной психотерапии // Метод, рек. - М., 1987.
- Старшенбаум Г.В. и др. Купирование кризисных состояний в условиях специализированного стационара // Метод, рек. - М., 1986.
- Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. Тексты. - М., 1984. - С. 203-211.
- Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия // Психология бессознательного. - М., 1990. - С. 382-424.
- Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. Пер. с англ. - М., 2001.

### Дополнительная литература

- Амбрумова А. Г., Полев А. М. Телефонная психотерапевтическая помощь. Телефон доверия в системе социально-психотерапевтической службы // Метод, рек. - М., 1988.
- Аннекен Г. и др. Тренинг уверенности и контакта в группе (на основе когнитивной модели регуляции поведения). Руководство для тренеров и психотерапевтов. Пер. с нем. Мат. Нем. об-ва терапии поведения. - Тюбинген, Германия № 7.

- Ахола Т., Фурман Б. Психотерапевтическое консультирование. Беседа, направленная на решение. - СПб., 2001.
- Большаков В.Ю. Психотренинг. Социодинамика. Упражнения. Игры. - СПб., 1996.
- Бурнар Д.Ф. Тренинг межличностного взаимодействия. - СПб., 2002.
- Васильев Ф.Е. Пережить горе // О человеческом в человеке. - М., 1991. - С. 230-247.
- Васильев Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). - М., 1984.
- Бачков И.В. Основы техники группового тренинга. Психотехники. Учебное пособие. - М., 1999.
- Горобец Т.Н. Социально-психологические и биологические факторы развития явлений массового аутодеструктивного поведения // Основы социального психоанализа. - М., 1996. - С. 146-180.
- Емельянов Ю.Н., Кузьмин Е.С. Теоретические и методические основы социально-психологического тренинга. Учебное пособие. - Л., 1983.
- Захаров В.П. Практические рекомендации по ведению групп социально-психологического тренинга: методические указания. - Л., 1990.
- Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справ, пособие. - Мн., 1999.
- Козлов Н.И. Лучшие психологические игры и упражнения. - Екатеринбург., 1997.
- Конючук Н.В. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями // Метод, рек. - Л., 1983.
- Конючук Н.В. и др. Краткосрочная интенсивная психотерапия в кризисных ситуациях // Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. - Л., 1982. - С. 75-79.
- Коротаева Е.В. Игровые модули общения: учебные материалы к тренингу. - Екатеринбург., 1995.
- Коротаева Е.В. Хочу, могу, умею! Обучение, погруженное в общение. - М., 1997.
- Кэррел С. Групповая психотерапия подростков. - СПб., 2002.
- Лебедев В.И. Общение с богом или... - М., 1986.
- Линдеман Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты. - М., 1984. - С. 212-219.
- Лукас К., Сейден Т.М. Молчаливое горе. Жизнь в тени самоубийства. Пер. с англ. - М., 2000.
- Марасанов Г.И. Социально-психологический тренинг. - 3-е изд. - М., 1998.
- Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. - К., 1994.
- Натаров В.И. Группо-аналитическая социо- и психотерапия: методы и принципы. Учебно-методическое пособие для ведущего группы. - СПб., 1993.
- Петровская Л.А. Теоретические и методологические проблемы социально-психологического тренинга. - М., 1982.
- Петрушинский В. В. (ред.) Игры для интенсивного обучения. - М., 1991.
- Петрушинский В. В. (ред.) Игры - обучение, тренинг, досуг... В 4-х кн. - М., 1994.
- Понизовский А.М., Ротенберг В.С. Психологические механизмы зависимых отношений и методы их коррекции // Психол. журн., 1987. - Т.8. - № 2. - С. 118-124.
- Полов Ю.В. Концепции саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности // Обзор. психиат. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева, 1994. - № 1. С. 6-13.
- Прутенков А.С. Трудное восхождение к себе. Методические разработки и сценарии занятий социально-психологических тренингов. - М., 1995.
- Решетников М.М. Влечение к смерти // Рязанцев С. Танатология - наука о смерти. - СПб., 1994. - С. 5-12.
- Рэйс Ф., Смит Б. 500 лучших советов тренеру. Пер. с англ. - СПб., 2001.
- Сидорова В.Ю. Четыре задачи горя // Журн. практич. психолога, 2001. - № 1-2. - С.110-118.
- Ситников А.П. Акмеологический тренинг: Теория. Методика. Психотехнологии. - М., 1996.
- Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. - М., 1996.
- Старшенбаум Г.В. Групповая психотерапия пациентов с суицидоопасными реакциями // Комплексные исследования в суицидологии. - М., 1986. - С. 196-203.
- Старшенбаум Г.В. Психотерапия острого горя // Соц. и клин. психиатрия, 1994. - № 3. - С. 73-77.
- Старшенбаум Г. В. Психотерапия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями // Автореф. канд. дисс. - М., 1991.
- Старшенбаум Г.В., Гилод В.М. Место гипносуггестивных методов в терапии лиц с конфликтом зависимых отношений // Соц. и клин. психиатрия, 1994. - Т. 4. - № 2. - С. 75-80

- Старшенбаум Г.В. и др. Дифференциальная психокоррекционная и медикаментозная терапия суицидоопасных пограничных транзиторных состояний у лиц с конфликтом зависимых отношений // Метод, рек. - М., 1994.
- Старшенбаум Г.В. и др. Психотерапевтическая реадaptация суицидентов в условиях кризисного стационара// Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. - М., 1984. - С. 98-109.
- Федоров А.П. Методы поведенческой психотерапии. -Л., 1987.
- Фопель К. Психологические группы: Рабочие материалы для ведущего: Практическое пособие. Пер. с нем. - М., 1999.
- Фэйдимен Дж., Фрейгер Р. Теория и практика лично-ориентированной психологии. Методика персонального и социального роста. - М., 1996.
- Хензелер Х. Вклад психоанализа в проблему суицида // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 2. - М., 2001. -С. 88-102.
- Хрящева Н.Ю. (ред.) Психогимнастика в тренинге. - СПб., 1999.
- Хэмбли Г. Телефонная помощь. - Одесса, 1992.
- Цзен Н.В., Пахомов Ю.В. Психотренинг: игры и упражнения. - М., 1988.
- Чепмен А., Чепмен-Сантана М. Проблемно-ориентированная психотерапия. - СПб., 2001.
- Шейдер Р. (ред.) Психиатрия. Пер. сангл. - М., 1998.
- Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. Пер. с англ. - СПб., 1999.
- Ялом И.Д. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. Пер. с англ. - М., 1997.
- Янг Дж. И. Одиночество, депрессия и когнитивная терапия: теория и ее применение //Лабиринты одиночества. Пер. с англ. - М., 1989. - С. 552-593.

## Глава 4

# НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

**Неврозы** - обратимые психические расстройства, проявляющиеся эмоциональными и соматовегетативными расстройствами, вызванными в основном психогенно (конфликтногенно), протекающие с осознанием болезни, без нарушений отражения реального мира.

3. Фрейд разделял *трансферентные неврозы* (истерия страха, конверсионная истерия, невроз навязчивых состояний) и *актуальные неврозы* (невроз страха, неврастения, ипохондрия). В отечественной психиатрии принято деление неврозов на неврастению, истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный и ипохондрический невроз.

МКБ-10 классифицирует невротические расстройства следующим образом:

- тревожно-фобические расстройства (паническое и генерализованное тревожное расстройство, агорафобия, социальные и специфические фобии);
- обсессивно-компульсивное расстройство;
- неврастения.

## Тревожно-фобические расстройства

### Паническое расстройство

Другие названия - *эпизодическая пароксизмальная тревога, невроз страха*. Проявляется в виде повторных приступов (панических атак), возникающих обычно внезапно, без видимого повода. Название происходит от имени греческого бога Пана, появление которого приводило все живое в ужас. Интенсивная тревога или недомогание достигает максимума в течение нескольких минут.

На высоте тревоги больные опасаются остановки сердца, удушья, потери самоконтроля, сумасшествия, смерти; наблюдается деперсонализация-дереализация. Во время приступа больные обычно мечтают, просят о помощи; затем оценивают свое поведение во время приступа как нерациональное и неадекватное. В то же время у них быстро развивается страх повторных приступов, который они склонны скрывать от окружающих.

В соматовегетативный компонент, который может быть ведущим, входят: сердцебиение, одышка, неприятные ощущения в груди и животе, парестезии. Отмечаются также головокружение, слабость, неуверенность при ходьбе, тремор, прилив жара или холода, обильное потоотделение, сухость во рту и тошнота. Приступ нередко заканчивается обильным мочеиспусканием, рвотой или поносом с последующим сном.

До 70 % пациентов с паническим расстройством описывают эпизоды паники во время сна. В типичных случаях в анамнезе отмечаются внезапные пробуждения с симптомами, иден-

тинными таковым во время панических атак, наблюдаемых днем. Они не связаны ни с фазой быстрого сна, ни со сновидениями.

Паническое расстройство начинается, в среднем, после 20 лет, чаще у женщин. Отмечается четкая семейная предрасположенность. В ряде случаев со временем формируется генерализованное тревожное расстройство. Эффективно амбулаторное лечение транквилизаторами и антидепрессантами.

## Генерализованное тревожное расстройство

3. Фрейд описал данное расстройство под названием «свободно плавающая тревога». Отмечаются симптомы не соответствующей реальности, выраженной тревоги по поводу ряда событий жизни и видов деятельности в течение 6 и более месяцев. Наблюдается *синдром напряжения*, беспокойство и неспособность расслабиться, чувство виновности, нервозности. Больные постоянно чем-то озабочены, ожидают неприятностей, пугливы, суетливы, нетерпеливы и раздражительны. Они испытывают трудность сосредоточения, эпизодическое чувство пустоты в голове и затрудненное засыпание в связи с озабоченностью или тревогой. Характерны ощущение внутренней дрожи, двигательное и мышечное напряжение, утомляемость. Нередки также болезненные мышечные зажимы, ощущение кома в горле или затруднения при глотании, расстройства мочеиспускания и стула.

Начинается в детском, подростковом или юношеском возрасте. Заболевают чаще женщины в 20-30 лет; течение хроническое, его не всегда легко отличить от затяжных субдепрессивных расстройств с тревожными включениями. Нередко удается выявить в анамнезе длительные стрессовые воздействия и единичные панические атаки. Как пароксизмальная, так и генерализованная тревога во многих случаях сочетаются с агорафобией. Больные обычно обращаются к интернистам, считая психический компонент расстройства проявлением своего характера.

## Агорафобия

Агорафобия (адога - народное собрание, площадь; рпобоз - страх, греч.) проявляется следующей симптоматикой. Больные испытывают выраженный и стойкий страх перед скоплением людей, общественными местами (особенно метро и самолета), избегают таких мест, выезжают от дома недалеко или с сопровождающим. Заболевание часто начинается с панической атаки в общественном месте. Появляются головокружение, тошнота, страх потери контроля над функцией мочевого пузыря или прямой кишки.

Возникает страх повторения приступа, который затем реализуется в ситуациях, когда больной не может незамедлительно вернуться в безопасное место или получить немедленную помощь в случае развития симптомов. Формируется фобическое поведение с избеганием ситуаций, провоцирующих приступ. Хронизация расстройства может привести к утрате трудоспособности. Нередко присоединяются психосоматические нарушения, депрессивная симптоматика с суицидальными тенденциями, злоупотребление успокаивающими средствами и алкоголем.

## Социальные и специфические фобии

**Социальные фобии** начинаются в подростковом и юношеском возрасте. Ядром расстройства является страх публично совершить что-то неприличное, недозволенное (*контраст-*

*ные влечения*). Типичные фобии: страх не удержать кишечные газы в общественном месте, рвоты во время застолья, невозможности помочиться в общественном туалете, страх внезапно без оснований ударить близкого человека, страх публичной речи (*логофобия*), покраснения на людях (*эритрофобия*) и т. п. Страх оценивается пациентами как необоснованный, они стыдятся обнаружить его, избегают находиться в центре внимания, особенно в малых группах или в интимной обстановке. К среднему возрасту расстройство обычно смягчается.

**Специфические (изолированные) фобии** встречаются чаще социальных фобий, нередко начинаются в дошкольном возрасте. Фобогенным фактором может служить любой объект или ситуация, поэтому наименования фобий образуют своего рода «сад греческих корней»: *клаустрофобия* (боязнь замкнутых пространств), *гипсо-* или *acroфобия* (страх высоты), *мизофобия* (страх загрязнения). Выделяют ряд *нозофобий* (ипохондрических) - таких, как *кардиофобия* (страх за сердце), *канцерофобия* (страх рака), *спидофобия* (страх СПИДа), *радиофобия* (страх лучевой болезни), *алиенофобия* (страх сумасшествия), *танатофобия* (страх смерти) и т. д.

Синдром включает: а) навязчивый страх ожидания фобогенного фактора и последствий его воздействия (фобофобия), б) симптомы панического приступа во время действия этого фактора и в) поведение избегания данного фактора. К навязчивым страхам присоединяются защитные *ритуалы*, символические действия пассивно-оборонительного характера. Последние всегда психологически понятны, обоснованы, конкретны (например, навязчивое мытье рук при мизофобии).

Обычно больные сохраняют критичность к навязчивым страхам, хотя на высоте страха она может утрачиваться. Возможно присоединение фобий другого содержания, obsessions (навязчивых мыслей) и compulsions (навязчивых действий). Течение болезни хроническое, возможны спонтанные ремиссии; нарушения адаптации зависят от содержания фобий. Иногда наблюдается патологическое развитие личности с утратой живого интереса к жизни, нарастанием эгоизма и иждивенчества.

## Обсессивно-компульсивное расстройство

Обсессивно-компульсивное расстройство (обзеззю - осада, сотреНо - принуждаю, лат.) проявляется в четырех основных формах (Ю. В. Попов, В. Д. Вид).

1. *Навязчивое мытье рук* из-за опасений испачкать их физиологическими выделениями или грязью, соприкоснуться с инфекцией. Хотя эти опасения осознаются как чрезмерные, больные вынуждены избегать соприкосновения с «опасными» объектами и часами мыть руки после контакта с ними. Однако в отличие от мизофобии навязчивое мытье наблюдается и в отсутствие подобных объектов. Данная форма встречается в основном у женщин, в ряде случаев как *синдром домохозяйки*. Вместо ритуального мытья рук соблюдается тщательная гигиена квартиры, женщина добровольно посвящает себя домашнему хозяйству, тяжело переживая свою эмоциональную изоляцию; снижается либидо, нарастают астеноипохондрические расстройства.

2. *Навязчивые сомнения* в своих действиях, сопровождаемые компульсивной проверкой: закрыта ли дверь, выключен ли утюг, газ и т. п. Отмечается перфекционизм (стремление к совершенству), педантизм, стремление симметрично располагать предметы, навязчивый счет, склонность к сохранению ненужных вещей.

3. *Навязчивые мысли и представления*, произвольные и неотвязно возникающие живые картины постыдного или нелепого поведения больного по отношению к близким. Характерны опасения по типу магического мышления, что эти представления, мысли или случайные не-

значительные поступки могут иметь роковые последствия для близких людей. Отмечается также навязчивое бесплодное мудрствование.

4. *Навязчивая медлительность*, как результат торможения навязчивостями продуктивной деятельности. Больные могут часами одеваться, есть, собираться куда-нибудь. В этой подгруппе преобладают мужчины.

Больные обсессивно-компульсивным синдромом воспринимают свои симптомы как бессмысленные, чрезмерные и непреодолимые. Они осознают, что эти симптомы исходят из их собственной психики и обычно знают, что убеждения, стоящие за их действиями, безосновательны. Это отличает их от непоколебимых убеждений при бреде. Если пациенты с этим расстройством пытаются затормозить компульсивные действия, напряжение и тревога достигают такой силы, что они больше не могут противостоять. Таким образом, тревога облегчается при выполнении компульсивного акта.

ТЕЧЕНИЕ невроза навязчивых состояний. Начинается он обычно с фобий, затем присоединяются компульсивные расстройства и позднее - идеаторные, обсессивные. При формировании фобий наблюдается три этапа:

1. условно-рефлекторное появление страха в ситуации, где впервые возник страх;
2. появление страха, когда такая ситуация предстоит;
3. страх появляется при одной мысли о фобогенной ситуации.

ПСИХОГЕНЕЗ. Для всей группы в целом характерны повышенная психиатрическая заболеваемость у прямых родственников, неуживчивость в браке, интеллект выше среднего, энергичность и упрямство. Наряду с этим отмечаются впечатлительность и тревожная мнительность, завышенная самооценка в моральной и деловой сфере, заниженная - в интимно-личной. Особое значение имеют маскировка либидинозных импульсов под садистические, конфликт между желанием и долгом, столкновение сексуального влечения к определенному человеку с мыслями о невозможности близости с ним.

По теории обучения тревогу вызывают фрустрация, стресс. Однажды пережитая тревога превращается в условно-рефлекторную реакцию при других, менее серьезных стрессовых и фрустрирующих ситуациях. Тревога может быть усвоена путем идентификации имитации тревожных моделей родителей (теория социального научения). Тревога, связанная с вызывающим естественный страх фактором, привязывается к другому фактору путем возникновения условно-рефлекторной реакции, которая вызывает фобию.

ПСИХОДИНАМИКА. Бессознательные импульсы, особенно неприемлемые для индивида с моральной точки зрения, представляют опасность проникновения в сознание и вызывают тревогу. Чтобы предупредить ее, включаются обсессивные защиты. *Перенесение* и *символизация* вызывают фобии (перемещенный на другой объект или на абстрактный символ страх менее опасен и легче контролируется). *Отрицание* помогает игнорировать опасное чувство, а *изоляция* отрывает его от ассоциированной с ним мысли. *Уничтожение сделанного* с помощью проделывания магических ритуалов предотвращает опасность. *Формирование реакции* подавляет неприемлемый эмоциональный компонент диаметрально противоположным: например, физическое очищение при мизофобии маскирует несознательное желание «нагадить».

Остановка защитного процесса через регрессию вызывает переполнение личности тревогой - паническую реакцию или генерализованное тревожное расстройство. Агорафобия связана с амбивалентным отношением зависимости и враждебности к близким людям, со страхом агрессивных или сексуальных побуждений пациента в отношении окружающих или этих же побуждений в отношении пациента (проекция и перенесение).

## Неврастения

Этот невроз проявляется повышенной возбудимостью в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью. Характерны стойкое и мучительное чувство снижения умственной продуктивности после незначительных умственных усилий или то же в физической сфере. Отмечаются острые или хронические мышечные боли, стягивающие головные боли («каска неврастеника», вызываемая напряжением мышц сухожильного шлема головы), неспособность расслабиться, раздражительность, нарушение сна. В отличие от обычного переутомления состояние не проходит после отдыха. Синдром не является специфическим, наблюдается в начале многих болезней и по выходе из них. В то же время как вариант психогении имеет очерченное течение и психодинамику.

На первом этапе появляются эпизодические вегетативные нарушения, особенностью которых является раздражительная слабость. При волнении или физической нагрузке у больных появляются сердцебиение, потливость, похолодание конечностей, стягивающая головная боль, нарушается сон и аппетит, возможны колебания артериального давления (вегето-сосудистая, нейроциркуляторная дистония).

Затем появляются сенсомоторные расстройства: повышение чувствительности к различным раздражителям, к ощущениям со стороны внутренних органов. Формируется ипохондрическая настроенность, усиливающая тревожные ожидания и еще более понижающая порог ощущений. Истощаемость ухудшает прежде всего внутреннее торможение, больным трудно сосредотачиваться, ждать, выполнять мелкую точную работу. Они становятся нетерпеливыми и неусидчивыми.

В дальнейшем присоединяются аффективные нарушения: снижается эмоциональный контроль, по ничтожным поводам появляются вспышки обиды, раздражения, плача, которые неожиданно быстро проходят. Самочувствие зависит от внешних причин, крайне неустойчиво. По утрам оно плохое, на людях больные «разгуливаются», к вечеру нарастает усталость.

Следующий этап связан с переходом на идеаторный уровень расстройств и свидетельствует о сформировавшемся неврозе (до этого точнее было бы говорить о *невротических реакциях*). На первый план выступают жалобы на нарушения памяти, невозможность сосредоточиться, усвоить новую информацию. Больные пытаются заставить себя работать, строят нереальные планы, берутся сразу за несколько дел. Однако эти попытки не удаются и лишь ухудшают состояние, усиливая недовольство собой и раздражение против окружающих. Больные тревожно анализируют неприятные ощущения, находят у себя признаки то одного, то другого опасного заболевания.

В отечественной литературе принято выделять гипер- и гипостеническую форму (стадию) неврастении. Для *гиперстенической формы* характерны раздражительность, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, склонность к аффективным реакциям, нарушение внимания. При *гипостенической форме* ведущим является снижение трудоспособности, вялость и понижение интереса к окружающему. Обычно развитие неврастении проходит три этапа: гиперстенический, раздражительной слабости и гипостенический.

С учетом этиологии выделяют два варианта неврастении: *невроз истощения*, причиной которого являются непомерные интеллектуальные нагрузки, и *реактивную неврастению*. Последняя обусловлена травмирующими ситуациями с предшествовавшими астенизирующими факторами в виде недосыпания, соматической болезни, утомления. В обоих случаях важную роль играет страх перед неудачей, характерологически обусловленное несоответствие между возможностями, стремлениями и завышенными требованиями к себе («*директорский невроз*»).



ПСИХОДИНАМИКА невращения включает такие защиты, как отрицание и рационализация («у меня нет проблем»; «справился бы, если бы не болезнь»). Соматизированная защита в виде непреходящего чувства усталости играет роль первичной защиты от интрапсихического конфликта (между Суперэго и Ид) и дает вторичную выгоду, вызывая сочувствие у окружающих. Благоприятной почвой для развития невращения являются астено-невротическая и лабильная акцентуация характера.

## Психотерапия

### Психодинамическая терапия

Психоаналитическое представление о невротическом синдроме (который является не просто результатом дезадаптации, а несет определенный диалогический смысл, отражает те или иные стремления, личностные мотивы) нашло свое отражение в концепции *организмичности* как неотъемлемом свойстве индивида. Висцеральные (тесега - внутренности, лат.), сенсорные функции и социальный опыт человека сплавлены в стремление к актуализации и человек, в том числе психотерапевт при работе с пациентом, должен доверять своему организму, его естественным механизмам самокомпенсации и адаптации.

Психоаналитическая, психодинамическая, инсайт-ориентированная, эксплоративная - раскрывающая терапия фокусируется на воздействии прошлого опыта (когнитивные способности, аффекты, фантазии и поступки). Целью ее является понимание функционирования защитных механизмов и трансферных реакций, в частности, в том их виде, в котором они проявляются в ходе общения пациента с терапевтом. Г. Хартман ввел термин *нейтрализация* для описания аналитического процесса, путем которого либидо и агрессивное влечение перерабатываются, освобождая, таким образом, энергию для «Я», которое больше не нуждается в незрелых психологических защитах.

Используются следующие терапевтические приемы: терапевтический альянс, свободное ассоциирование, интерпретация защит и трансфера, высокая частота сеансов (2-3 раза в неделю), длительный курс лечения - от нескольких месяцев до нескольких лет. Проводится она «лицом к лицу».

Диагностическая стадия занимает от 1 до 4 сессий и включает оценку видов поведения, несущих угрозу жизни и здоровью, клинический диагноз, изучение опасений больного в связи с началом лечения. При этом исследуются обстоятельства, в которых возникло заболевание и в которых произошло обращение за помощью, история жизни, важные объекты в прошлом, самые ранние воспоминания, недавние или повторяющиеся сновидения, опыт прежних обращений к психотерапевтам, характер обращения пациента с психотерапевтом.

*Показаниями* для терапии являются расстройства невротического уровня, корни которых лежат в эдиповом конфликте: обсессивные расстройства, тревожные состояния, конверсионные расстройства, психосоматические заболевания, дистимия, слабо и средне выраженные аффективные и личностные расстройства. Для лечения отбираются пациенты, склонные к мышлению в психологических терминах, способные наблюдать за чувствами, не отреагировав их в действиях, способные использовать понимание для облегчения симптомов, обладающие поддерживающим окружением и хорошо взаимодействующие с психотерапевтом.

*В начале лечения* важной задачей является информирование: прошлое как образец настоящего, трансфер, защита, сопротивление, описание и объяснение «пассивной» манеры психотерапевта. Перед пациентом ставятся следующие задачи: установить рабочий альянс с

психотерапевтом, учиться свободно ассоциировать, оценить по достоинству атмосферу безопасности, признать разочарование начальной фазы, достичь понимания трансфера, защиты и сопротивления, научиться работать со сновидениями.

*В процессе лечения* психотерапевт стремится интерпретировать защитные механизмы, которые затемняют старые конфликты, так, чтобы пациент мог вновь, но уже сознательно пережить их вместе с болезненными аффектами, связанными с травмирующим опытом. Оживлению подобных переживаний мешает *сопротивление*, которое ослабляется с помощью интерпретаций в соответствии со следующими принципами. Необходимо признать вклад реальности в сопротивление, относиться к сопротивлению с уважением и пониманием его как механизма защиты и проявления силы характера пациента; дать пациенту испытать работу сопротивления, признать ее и лишь затем интерпретировать - соответственно вначале интерпретируется сам факт сопротивления, а потом его содержание. Необходимо прояснить мотивы и форму сопротивления: какое невротическое чувство заставляет пациента сопротивляться, какой специфический прием использует сопротивление. Выяснить, какие воспоминания или фантазии включают эти чувства. Выявить историю и бессознательные объекты данных аффектов и событий во время анализа, вне его и в прошлом. Проследить историю и бессознательные цели работы сопротивления в данной форме в настоящем и прошлом пациента. Последняя процедура - тщательная проработка выявленной формы сопротивления в реальной жизни.

Движущей силой терапевтического процесса является *трансфер* (*Нап&его* - *переносу*, лат.). Его развитию способствуют такие факторы, как потребность пациента вновь пережить опыт прошлого в настоящей жизни, переноса на психотерапевта чувства, испытанные к первичным объектам, пассивность аналитика, свободные ассоциации пациента, интерпретация защит и трансфера.

*Трансферный невроз* (*невроз переноса*) - старый невроз больного, но в новых, терапевтических условиях. Здесь он осознается и исчезает, в результате больной освобождается от него и в обычной жизни. Аналитик стимулирует развитие трансфера, спрашивая пациента, что он думает о своем аналитике, способствуя оживлению опыта прежних трансферных переживаний, помогая пациенту понять его личностные реакции и актуальные взаимоотношения.

Трансфер может быть положительным и отрицательным, эротическим и агрессивным, эдиповским (отцовским или материнским), доэдиповым, объектным и нарциссическим. Пациенты могут использовать перенос в качестве защиты, чтобы избежать анализа конфликта, который привел их к лечению. В любом случае трансфер нуждается в проработке: познании, понимании и обретении контроля над неосознаваемыми ранее импульсами.

Выделяют два основных вида контртрансферных реакций: согласующийся *контртрансфер* (аналитик эмпатически переживает эмоциональное состояние пациента) и *дополнительный контртрансфер* (аналитик эмпатически переживает эмоциональное состояние какой-то значимой личности в жизни пациента).

Анализ контртрансфера требует от аналитика:

- принимать во внимание собственные прошлые и текущие эмоциональные проблемы, их возможное влияние на терапевтическую ситуацию;
- не принимать на свой счет чувств, выражаемых пациентом, не отреагировать контртрансфером, использовать его для подготовки интерпретаций;
- использовать контртрансферный гнев для понимания враждебности пациента;
- вести поиск согласующегося контртрансфера при переживании дополнительного.

Весьма ценный материал для психодинамической терапии дают *сновидения* пациента, которые по Фрейду являются прямой дорогой к бессознательному. Первичной целью сновидений Фрейд считал исполнение желаний. Современные аналитики на ранних этапах терапии главное внимание обращают на «дневной остаток» и манифестное содержание сновидения. Материал сновидения используют для идентификации и иллюстрации функционирования защитных механизмов и сопротивления; концентрируют внимание на проявлениях трансфера в сновидениях. На более поздних этапах терапии сновидения используются для указания на бессознательные желания, страхи и конфликты.

Таким образом, основные технические рекомендации для психодинамической терапии таковы:

1. определи решающие динамические вопросы с целью локализации и ограничений принимаемых терапевтических действий;
2. не касайся аспектов личности, не имеющих близкого отношения к центральной проблеме;
3. фокусируй внимание на текущих взаимоотношениях пациента и защитных механизмах личности;
4. поддерживай адаптивные навыки и ресурсы;
5. создавай устойчивую, восприимчивую атмосферу поддержки и уважения;
6. поощряй более адаптивные способы устранения болезненных симптомов посредством новых перемещений и идентификаций.

*Критерии завершения терапии:* пациент чувствует облегчение симптомов, они воспринимаются как нечто чуждое, пациент понимает свои характерные защитные механизмы, он способен понять и признать свои характерные трансферные реакции, пациент продолжает самоанализ в качестве метода разрешения своих внутренних конфликтов. В завершающей стадии лечения пациент подводит итоги терапии, переживает чувства разлуки и овладевает ими, вновь переживает трансфер и овладевает им, начинает самоанализ. Вместе с терапевтом он определяет разочарования, границы и неудавшиеся аспекты терапии, обсуждает возможность повторного лечения в будущем и планы на будущее.

Для облегчения прохождения психотерапевта через завершающую стадию необходима дисциплинированная практика самоанализа, знакомство с границами возможностей психодинамической терапии, супервизия и личный анализ.

В современной психодинамической терапии усиливается тенденция к *краткосрочной* форме терапии (Ф. Александер, Д. Малан, П. Сифнеос, Х. Даванлоо). Основным критерием для ее проведения является идентификация главного (фокального) конфликта, способность пациента мыслить в терминах чувств, высокая мотивация, по крайней мере один случай значимых отношений с кем-нибудь, хороший ответ при прямой интерпретации, способность устанавливать эмоциональные отношения с психотерапевтом. К противопоказаниям относятся: тяжелые депрессии, психозы, тенденция к отреагированию действием, пограничные, нарциссические и параноидные расстройства личности.

Главный конфликт высвечивается ранними значимыми травмами и повторяемыми образцами поведения, он активно проявляется в жизни пациента, пробная интерпретация его приводит к эмоциональному ответу. Особого внимания заслуживают конфликты эдиповой природы: соперничество, выигрыш-проигрыш. Для работы выбирается конфликт в отношении какой-то одной трансферной фигуры, прежде всего - конфликт, вызывающий торможение (эмоций, интеллекта, поведения).

От терапевта требуется установить эмоциональный контакт с пациентом, сочетающийся с «добросердечным отсутствием заботы», проявлять больше активности в контакте и интерпретациях по сравнению с классическим психоанализом.

Кратковременная динамическая терапия представляет собой курс из 10-40 сессий на протяжении нескольких месяцев с частотой 1 раз в неделю, с предварительной договоренностью об ограничении по времени и теме (сфера конфликта, который будет в фокусе терапии). Основное внимание уделяется анализу защитных механизмов, интерпретации трансфера и воссозданию полной истории заболевания. Проблемы вне фокуса мягко игнорируются. Дата окончания лечения и число сессий определяются в начале лечения, большое значение придается завершающей фазе. Необходимо разделить с пациентом печаль и тревогу расставания, рассмотреть предстоящую самостоятельную работу как движение к независимости и зрелости. Появление нового фокуса терапии расценивается как причина возобновления лечения в будущем.

Следует отметить основные тенденции современной психодинамической терапии: ранняя интерпретация переноса, его анализ в течение всего лечения, перевод бессознательных конфликтов в терминологию объектных отношений. Внимание больше фокусируется на эмоциональном опыте пациента, повышается значение анализа контртрансфера. Меньше внимания уделяется генетическому (историческому) материалу, особенно на ранних стадиях работы. Изменяется акцент с формирования невроза переноса на его разрешение, в связи с чем возникает проблема трансферентных остатков и замещения аналитика, анализа эстрапереноса, интерпретация сопротивления разрешению переноса, в том числе смещение внимания во вне и в прошлое, а также контрсопротивление терапевта.

## Индивидуальная психология Адлера

Адлер понимает невроз как защитный стиль жизни, сформировавшийся в рамках «невыгодной семейной органической конституции». Определенное значение при этом придается взаимоотношениям между ребенком и родителями, а также другими членами семьи, связанными, в частности, с порядковым номером рождения ребенка и его здоровьем. В процессе воспитания ребенок строит жесткие и неэффективные модели поведения - «ложные апперцептивные схемы». В их основании могут лежать ложные ценности, ограниченное восприятие и понимание жизни, слишком широкое обобщение травматического опыта, чувство неполноценности.

Чувство неполноценности приводит к попыткам добиться превосходства. Подобная компенсация может быть гомогенной, когда объект и средство компенсации находятся в одной сфере, и гетерогенной, когда они не соответствуют друг другу (например, физически неразвитый отличник). Компенсация в упомянутых случаях оценивается обществом позитивно, как находящаяся на полезной стороне жизни. Невротическая симптоматика, делинквентное поведение, алкоголизм, наркомания - примеры компенсации на бесполезной стороне жизни.

Компенсаторная борьба за власть в маскулинном обществе приобретает характер «мужского протеста», когда женщина отрицает свою невыгодную половую роль. Она может сопротивляться лечению, бессознательно стремясь к победе над терапевтом-мужчиной. Понятие «мужской протест» проделало в работах Адлера определенную динамику: стремление к власти - чувство превосходства - стремление к совершенству. Последний вариант является более широким и позитивным.

Динамика личности, по Адлеру, приобретает различную направленность в зависимости от соотношения основных структурных факторов: чувства неполноценности, стремления к пре-

восходству и социального интереса. Если чувство неполноценности не компенсируется чувством превосходства, то возрастает страх перед людьми, враждебность к окружающим. Если же стремление к превосходству преобладает, человек замыкается в своем Я, презирует других людей.

Социальный интерес является врожденной потребностью быть связанным с миром людей. Он проявляется в стремлении к взаимопониманию, сопереживанию, сотрудничеству с людьми, способности идентифицировать себя с группой (ср. с либидо в понимании З. Фрейда). Развитие социального интереса происходит в трех основных сферах жизни: в деятельности, в любви, в отношениях Я - Ты (Бубер).

Человеком по Адлеру движет творческая сила, которая «выражает себя в желании развиваться, стремиться, достигать... Эта сила телеологична, она выражает себя в стремлении к цели, и в этом стремлении должно участвовать каждое телесное и душевное движение». Творческая сила аранжирует главный мотив, дополняет его, оформляет в конкретные жизненные обстоятельства, наполняет специфическими событиями и переживаниями, за которыми порой трудно разглядеть конечную цель. Излечение невроза Адлер видит как осознание индивидом своей конечной цели, понимание ее неадаптивного характера, дискредитацию ошибочной апперцептивной схемы, переориентацию со стремления к превосходству на развитие социального интереса.

В терапевтическом процессе можно выделить три основные линии: выявление травматического опыта, явившегося отправной точкой невроза; анализ аранжировок конечной цели; развитие социального интереса.

В диагностической стадии большое значение придается самому *раннему воспоминанию*, в котором, по Адлеру, кристаллизуется конечная цель и сформировавшиеся в детстве апперцептивные схемы. Раннее воспоминание используется в качестве стимульного материала, который позволяет разглядеть влияние значимого события на формирование жизненного стиля. В этом воспоминании терапевт находит ключи к дальнейшей работе.

Другая проективная процедура - написание *«истории жизни»*. Пациент описывает наиболее значимые моменты своей биографии, поворотные пункты в своем движении к жизненной цели. Эта техника позволяет понять жизненный сценарий пациента и его индивидуальную мифологию. Чтобы уточнить конечную цель, терапевт может спросить: «Каково ваше призвание?» Выясняется, что помешало реализации честолюбивых замыслов пациента, в чем проявляется его склонность доминировать, чего он боится больше всего.

В анализе сновидений особенно информативными считаются повторяющиеся сюжеты, которые отражают попытки удовлетворения фрустрированных потребностей. При этом полет может означать желание повысить свой статус, неподходящая для определенной ситуации одежда - чувство ущербности или страх быть уличенным в обмане. Интерпретация символики сновидений предельно индивидуализирована.

В ходе терапевтического процесса из множества поведенческих проявлений, анализа высказываний, сновидений и фантазий извлекаются ошибочные апперцептивные схемы. Работая с речевыми сообщениями, терапевт переводит высказывания (описания) в скрипты (предписания). Поясняя смысл невербальной и вербальной информации, терапевт формирует гипотезы о причинах невроза, совместно с пациентом подтверждает или отвергает их. Применяется обучение пациента «новым стратегиям»:

*Техника «нажатия кнопки»*, когда пациент по собственному усмотрению вспоминает то приятные, то неприятные ситуации. В результате он понимает, что в его руках находится «кнопка», которая переключает эмоции.

Действие *«как если бы»*. Пациент не может перешагнуть очередной барьер: «если бы я только мог». Терапевт предлагает «примерить» на себя новую роль, как примеряют костюм, и действовать, «как если бы он мог».

Критерием эффективности терапии считается не просто понимание причины невроза, а изменение в реальной жизни пациента. Адлер предупреждает об опасности игры «да, но...» («Я знаю, что мне следует делать, но...»). Невротик не отказывается от фиктивной цели, а находит новые средства для ее достижения. Такая борьба исходит из желания сохранить чувство превосходства над аналитиком в результате срыва лечения. Не имея опыта продуктивных взаимоотношений с людьми, пациент пытается вовлечь аналитика в невротические игры, навязывая ему роли отца, учителя, спасителя и т. п.

Терапевт подчеркивает равенство позиций Я - Ты, демонстрирует принятие пациента, помогает ему снизить чувство неполноценности, понять себя и других в высшей человеческой ценности. Большую роль играет добродушный юмор, дружелюбие и самораскрытие терапевта, моделирующего отношения, основанные на социальном интересе.

*Неоадлерянцы* все шире применяют групповые методы, супружеская терапия стала проводиться не отдельно с каждым супругом, а с парой (ставя, например, клиентов перед выбором, что лечить: комплекс неполноценности мужа или чувство превосходства жены). Чаще применяются поведенческие техники, смещающие акцент с инсайта на изменения в поведении. Вместо борьбы с симптомом (например, с бессонницей) применяются методы негативной практики Денлапа или парадоксальной интенции Франкла. Используются такие невербальные техники, как ролевые игры, техника пустого стула по Перлзу и др.

В свою очередь работа с ошибочными апперцептивными схемами во многом задала модели техник когнитивной и рационально-эмотивной терапии. Методы, основанные на научении, сближают индивидуальную психологию с поведенческой терапией. Экзистенциально-гуманистическая ориентация Адлера (человек сам отвечает за свою судьбу) с течением времени развилась в концепцию самоактуализации Маслоу и терапию, центрированную на клиенте Роджерса.

## Характерологический анализ Хорни

Будучи одним из ярких представителей неопсихоанализа, Хорни снизила значение либидо и мортцдо, как и роль неосознанного стремления к инцесту. Человек, по Хорни, стремится к удовлетворению своих желаний, к самоактуализации. Фрустрация этой потребности приводит к регрессу на уровень всепоглощающего стремления к безопасности - базальной тревоге, формирующейся у ребенка под влиянием среды. Невротическое стремление к безопасности достигается гипертрофией одной из трех типов защитных реакций: *движение к людям* (беспомощность), *против людей* (агрессивность), *от людей* (отгороженность).

Невротическая личность смутно догадывается о своих слабостях и неосознанно презирует себя за них. В сознательном образе все позитивные черты представлены в преувеличенном виде. Идеальное Я заставляет ставить перед собой недостижимые цели, а переживание неизбежной неудачи еще больше снижает самооценку. Безжалостные внутренние требования, терзающие человека, Хорни называет *«тиранией долга»* (ср. с Суперэго Фрейда), Из-за них человек перестает воспринимать и удовлетворять свои истинные потребности.

Цель терапии - раскрыть *Идеализированное Я*, помочь человеку осознать различные факторы всего существования, освободить его тенденцию к самореализации, переориентировать его мысли, чувства и жизненные планы на реальность: «Там, где было идеализированное

Я, должно быть реальное Я» (вместо конфликта Эго с Ид и Суперэго по Фрейд). Аналитическую работу Хорни дополняет самоанализом пациента и психосинтезом - интеграцией конструктивных сил пациента в процессе саморазвития и установления дружеских, эмоционально окрашенных межличностных связей.

## Групповой психоанализ

Психоаналитически ориентированные дискуссии с больными нервно-психическими заболеваниями, родителями и их детьми начал проводить А. Адлер. А. Вольф отводил аналитической группе роль модели первичной семьи, ввел в практику «альтернативное групповое собрание», которое проходило без психотерапевта (ср. с «Алкоголик-Аноним»).

С. Фулкс подошел к группе как к единому целому, что способствовало актуализации и «гомогенизации» конфликтов всех участников. Он сформулировал теоретические основы групп-анализа следующим образом. Суть человека социальна. Невротическая личность приводит к конфликту из-за своей индивидуальности. Для освобождения от невротических симптомов надо научиться выражать их понятно для других. Изучить человека можно лишь внутри его естественной группы. В аналитической группе индивидуальные нарушения можно проследить в процессе межличностных взаимодействий. Группа под руководством терапевта вырабатывает более честные способы коммуникации. При этом пациент активно участвует в общегрупповом процессе, добиваясь понимания другими и одновременно пытаясь также понять их.

Психотерапевт, по Фулксу, активизирует групповой процесс, вербализует в четкой словесной форме то, что группа может понять и разделить, интерпретирует бессознательные аспекты происходящего. Основная цель терапии - приспособление, основное средство достижения этой цели - инсайт. Основной закон групповой динамики: группа лечит потому, что в целом она является эталоном нормы, от которого каждый член группы в отдельности отклоняется. Основная задача психотерапевта - обеспечить активное участие каждого пациента в групповом взаимодействии, освободить группу от зависимости от психотерапевта.

Фулкс выделил 4 уровня общения в аналитической группе:

1. уровень текущих событий - рассказ о своей жизненной ситуации; происходящее «здесь, теперь, с нами»; восприятие психотерапевта как авторитетной фигуры;
2. уровень переноса - группа воспринимается как семья, психотерапевт - как родитель;
3. уровень телесных или психических образов - члены группы проецируют друг на друга отвергаемые части своего Я, значимые объекты или их части; группа в целом символизирует Мать, Тело;
4. первичный уровень - аналогичен коллективному бессознательному Юнга.

Данная схема легла в основу 3-слойной модели группового процесса П. Куттера, по которой в группе воспроизводятся основные проблемы социальной жизни: отношения человек - человек, отношения человек - группа и отношения группа - терапевт. Это отражает диадные (парные) отношения в семье, восприятие матери как удовлетворяющей индивидуальные потребности и отца как авторитетного представителя социальных требований.

Для участия в психоаналитической группе необходимо достаточно сильное эго, т. е. аффективно-поведенческий контроль и определенный уровень оптимизма. Поэтому групп-анализ не показан лицам с выраженной невыносимостью к стрессу и фрустрации, которые могут нанести вред группе или сами стать козлами отпущения. Терапевтический контракт включает основополагающее правило: каждый имеет право говорить свободно и спонтанно (свободная

дискуссия как групповая свободная ассоциация), пациент должен взять на себя обязательство посещать группу регулярно и без опозданий.

Для понимания и объяснения групповых событий руководитель опирается на знание теории влечений, психологии эго и психологии объектных отношений, трех стадий психосексуального развития по З. Фрейду и восьми личностных кризисов по Э. Эриксону.

Л. Ормонт разработал технику *бриджинга* (наведения мостов), которая активизирует групповой процесс и способствует быстрому самораскрытию, заблокированному вначале страхом участников перед новой ситуацией, незнакомыми людьми и пассивно-тревожным ожиданием активности руководителя. Прием бриджинга формирует эмоциональные связи между членами группы путем вовлечения их в значимую для них беседу. При этом можно задать вопрос члену группы, не принимающему участия в беседе, о взаимодействии между двумя участниками. После рассказа пациента о своих чувствах можно спросить, кто чувствует то же, или спросить у группы, что сейчас чувствует переживающий участник. Важно, что, описывая другого, человек невольно описывает себя.

П. Купер описывает работу с переносом, формирующимся в процессе групп-анализа. При этом выделяются такие его формы, как перенос между членами группы, групповой перенос, семейный и идеализированный. Индикаторами *группового переноса* могут быть одинаковое восприятие членами группы психотерапевта и других людей. Упорное отстаивание «общей» точки зрения, чрезмерная реакция на поведение терапевта или другого человека, замещение - реакция на поведение члена группы, возникшая ранее в ответ на поведение другого человека. Групповой перенос отражает чаще базовую категорию зависимости от терапевта (В. Байон). При этом терапевт может воплощать какого-либо члена семьи (семейный перенос) или идеализоваться участниками группы с нарциссическими расстройствами.

Группа больных неврозами быстро разделяется по полу на две враждующие подгруппы, и в фазе групповой агрессии женщины часто атакуют мужчину-терапевта, перенося на него и других мужчин бессознательную злость к мужу, отцу и т. п. Наряду с этим возникают и эротические чувства, вызывающие ревность и соперничество, оживляются эдиповские конфликты.

Основные способы преодоления переносов: фокусирование внимания на переносе, преодоление связанных с ним нереалистических ожиданий, помощь в поиске первичного объекта переноса. Негативный перенос на терапевта обычно проявляется в форме *группового сопротивления*. Оно проявляется в виде коллективных опозданий, избегания самораскрытия или важных тем, выражением общего разочарования в психотерапевте или его методе, агрессии к замещающим объектам. Существуют следующие способы выявления сопротивления: провокация его, опрос группы как единого целого о проявлениях группового сопротивления, выявление пары Агрессор - Жертва, поиск члена группы со сходным сопротивлением.

Чтобы ослабить сопротивление, надо выявить неосознанные чувства, которые лежат в его основе. Основанием для сопротивления обычно являются чувства унижения, стыда, страха наказания. У больных классическими неврозами сопротивление может проявляться в форме защитной реакции вытеснения с соматизацией симптомов и ожидания от врача-психотерапевта медицинской помощи. У истероидных женщин могут развиваться такие защитные реакции, как сексуализация и отрицание травмирующих переживаний. Борьба с сопротивлением включает также анализ тайных желаний, вторичных целей, которые прячутся за сопротивлением.

Освобождение группы от групповой тайны или позиции, устойчиво блокирующей групповую динамику, может потребовать *конфронтации психотерапевта*. Она осуществляется в простой и четкой форме после мысленного анализа ситуации, выработки тактики в ответ на различные возможные реакции группы на конфронтацию. Обычно это «размышления вслух», которые

высказываются не менее чем за 15 мин. до конца сессии. Нельзя использовать конфронтацию для защиты себя или другого участника группы. Согласно М. Клейн ребенок совершает воображаемое отцеубийство, испытывает чувство вины и воскрешает отца в акте реабилитации. Поскольку невроз связан с задержкой развития на одной из этих стадий, группа должна иметь возможность свободно выразить свою враждебность к психотерапевту, убедиться в отсутствии ужасных последствий этого, пережить чувство вины и потребность в репарации.

Агрессивность в группе может быть вторичным симптомом, возникающим как защита при конфронтации группы со своими тревожными или сексуальными импульсами, а также первичным феноменом. Агрессивность может проявляться на эдиповом уровне (в треугольных конфликтах) и доэдиповом (нарциссический гнев и деструктивность). В кризисных групповых ситуациях невозможность открыто выразить агрессию или конструктивно проработать ее может привести к саморазрушению группы. В рабочей фазе групповой динамики наблюдается зрелая, нейтральная агрессивность, когда ненависть выражается как реакция, а не «принципиальное, непримиримое отношение» и уравнивается поиском конструктивного решения конфликта.

Психотерапевт выполняет в группе функцию арбитра, ограничиваясь лишь толкованием сопротивления пациентов, стремящихся противостоять напору влечений (принцип минимального структурирования). Развитие группового невротического переноса требует его последовательного анализа и проработки совместно с группой по мере возникновения конфликтов между терапевтом и группой.

Важнейшим инструментом исследования группового процесса и отношения группы к психотерапевту является *контрперенос* как реакция ведущего на группу в целом и ее участников в отдельности. Во время внутригруппового конфликта терапевт может испытывать противоречивые чувства, желание занять определенную сторону в конфликте. Под воздействием идеализированного переноса терапевт может испытать ранее вытесненное и неприятное ему чувство превосходства. Раздражение против какого-либо участника может привести его к его игнорированию или наказанию (например, путем перевода его в роль аутсайдера или «мальчика для битья»). Скрытая агрессия терапевта на группу может проявиться в чувстве разочарования в группе, психоаналитическом методе, профессии психотерапевта. Ведущий может использовать группу или подходящего участника с целью компенсации собственных травматических детских переживаний. Поэтому он должен сам пройти курс групп-анализа, а в начале профессиональной деятельности приглашать на групповые сессии супервизора или участвовать в балинтовской группе.

Закрывающаяся группа, выполнив поставленные в начале работы задачи, вступает в завершающую фазу. В это время группа освобождается от переноса, а терапевт - от контрпереноса. Это требует проработки боли разлуки, страха расставания, который проявляется разочарованием в психотерапевте (реакция девальвации), кратковременным преходящим обострением симптоматики. Некоторые пациенты ищут различные предлоги, чтобы покинуть «умирающую» группу. Если группа в состоянии самостоятельно анализировать сложившуюся ситуацию, то терапию пора прекращать.

## Психодрама Морено

Причиной невротического развития личности по Морено является нарушение ролевого развития. Выделены 4 категории: соматические, психологические, социальные и трансцендентальные роли. Переход от психологического уровня к трансцендентальному без освоения

социального наолюдается при циального - при психастении. К патологии ведут также ролевые конфликты: интра- и интерролевой, интра- и интерперсональный. Травмирующие события, низкие возможности для развития спонтанности и креативности ведут к эгоцентрической позиции.

Психодрама включает человека в *теле* - отношения, вершиной которых становится встреча, общение на всех уровнях, что обеспечивает реалистичность и взаимопонимание. В современном виде психодраматическое действие включает 4 фазы: разминку, игру, анализ и обсуждение.

В 1-й фазе терапевт выявляет *протагониста*, с помощью физических и других «стартеров» вовлекает его в действие. В ходе разогрева отыскиваются ключи - индикаторы проблемы в вербальном и невербальном поведении протагониста; наиболее распространенный прием - построение *пространственной социограммы*, изображающей ближайшее окружение пациента.

2-я, основная фаза, наиболее продолжительна и динамична. В ней достигаются катарсис и инсайт-в-действии по проблеме (отреагирование и осознание вытесненных чувств). Разыгрываются не только ситуации межличностных отношений пациента, но и фантазии, сны; действующими лицами могут выступить противоборствующие силы человека. Участники группы, выбранные протагонистом на определенные роли, становятся его *Вспомогательными Я*. Они должны опережать протагониста, чутко улавливать указания терапевта и вносить в игру собственное чувство проблемы.

Психодраматист может использовать технику реплик в сторону, зеркала или привлекать *двойника* - Альтер-эго протагониста для отражения и озвучивания скрытых аспектов его поведения. Задача научения решается переигрыванием травмирующей ситуации из прошлого с элементами ролевого тренинга. Данная задача при необходимости облегчается изменением сценария, обменом ролями, изменением состава и поведения действующих лиц, а также поддерживающим реагированием зрителей. Для закрепления используются такие приемы, как проекция на будущее и моделирование реальности.

В 3-й фазе - фазе анализа зрители оценивают точность выражения чувств, высказывают мнения об исполнении ролей. Затем участники описывают свои переживания, возникшие у них во время игры своей роли и при идентификации с протагонистом, и выражают свои чувства в отношении разыгранного конфликта. Терапевт следит, чтобы участники говорили о чувствах, не подменяя их рационализированными интерпретациями, оценками, советами (правила ролевой обратной связи). Затем участники рассказывают о собственных проблемах, которые они осознали во время сессии (идентификация проблем).

Наконец, в завершающей фазе отмечаются проявленные протагонистом ресурсы, достигнутое им понимание проблем и полученные умения. Выделяются новые способы реагирования и обсуждаются возможности применения их в будущем. В конце сессии группа выражает глубокое сопереживание и принятие протагонисту (шеринг), давая ему возможность войти в трансцендентальное измерение.

В. Келлерман выделяет 7 основных терапевтических факторов психодрамы: искусство терапевта, эмоциональное реагирование, когнитивный инсайт, межличностные отношения, поведенческое обучение и обучение действием, имитационное моделирование воображаемого и неспецифические целебные влияния.

Различают следующие формы психодраматерапии: психодрама, центрированная на протагонисте, на теме, направленная на группу (проблему, затрагивающую всех членов группы), центрированная на группе (на межличностных взаимоотношениях в группе). Психодраматические игры по содержанию делятся на импровизационные, ролевые и ситуационные.

Психодраматическое действие определяется следующими правилами:

- разыгрывание вместо описания;
- подлинность коллизий и чувств («здесь, сейчас, с нами»);
- максимальная вовлеченность;
- спонтанное реагирование;
- выборочная фокусировка - изменение временных параметров, драматизация;
- расширение познавательных возможностей - защищенность, эмоциональный опыт, сверхреальность, учет индивидуальных возможностей в продвижении, навык сдерживания;
- последовательность взаимосвязанных разыгрываемых эпизодов.

К ведущему («директору») предъявляются следующие требования: он должен быть методически компетентным, искренним, открытым и мужественным, чтобы справляться с драматическими ситуациями, обладать творческой фантазией. Его главный девиз: «Живи вместе со своим протагонистом!».

В отличие от словесных интерпретаций психоанализа в психодраме используются в основном «действенные интерпретации», которые показывают протагонисту смысл его поведения в форме ролевой игры. При этом перенос выглядит как повторяющееся действие из прошлого, сопротивление - как противодействие, а отыгрывание в действии происходит через коммуникативное действие.

Если в психоанализе отыгрывание в действии не поощряется, то в психодраме оно представляет необходимую фазу терапевтического процесса. Выделяют 6 аспектов отыгрывания: проживание (разыгрывание с помощью движений), эмоциональное отреагирование, помещение в настоящее из прошлого или будущего, выход внутренней реальности вовне, язык действий, заявленные сознательные действия.

Сопротивление в психодраме проявляется в блокировке спонтанности протагониста, барьерах между членами группы и между группой и психодраматистом. Таким образом, участники пытаются избежать таких неприятных чувств, как тревога, вина и стыд. Сопротивление сначала анализируют, а затем нейтрализуют. Анализ сопротивления в психодраме проходит 3 стадии: осознание (идентификация, вербализация), выявление причины (от чего защищается) и отказ от сопротивления (поощрения завершения действия). Для нейтрализации сопротивления организуется «разогревающий процесс, продвигающийся от периферии к центру» (З. Морено).

Спецификой психодрамы является и «инсайт-в-действии» (П. Келлерман), имеющий 3 характеристики (обучение через непосредственный опыт, обучение через действие, некогнитивное обучение) и 4 стадии его достижения: подготовку, созревание, озарение и проверку.

Проработка различных измерений реальности в современной психодраме имеет несколько вариантов: реалистическая (классическая) психодрама, внутриспсихическая («фигуральная психодрама» Я. Гонсета и В. Золлера), «онойродрама» Фретиньи и Виреля, метафорическая драматерапия Р. Дэнди, аналитическая психодрама Д. Анзье, юнгианская психодрама Э. Барц и др.

## Трансактный анализ Берна

По Берну, человек неизбежно запрограммирован неосознанными «ранними решениями», проживает свою жизнь по «сценарию», написанному для него родителями. Цель терапии - осознать непродуктивные, нетворческие стереотипы поведения, выявить собственные потребности и возможности, сформировать новую систему ценностей и переписать свой жизненный сценарий.

Трансактный анализ (ТА) включает в себя:

1. структурный анализ - анализ структуры личности;
2. анализ *транзакций* - вербальных и невербальных взаимодействий с людьми;
3. анализ *нечестных игр* - скрытых транзакций, приводящих к выигрышу;
4. анализ *сценария* (скрипт-анализ).

Структура личности характеризуется тремя *состояниями Я*: *Родитель*, *Взрослый* и *Ребенок*. Родитель может быть Критикующим и Заботящимся. В Ребенке выделяют две конструктивные части (Естественный Ребенок и Маленький Профессор) и две неконструктивные (Споглашающийся Ребенок и Бунтующий Ребенок). Взрослый играет роль арбитра между Родителем и Ребенком, вычисляя наиболее рациональное решение. Девиз ТА: «Будь всегда взрослым». К Взрослому обращается терапевт во время работы.

При взаимодействии людей различают дополнительные, перекрестные и скрытые транзакции. *Перекрестные транзакции* происходят, когда в ответ на стимул активизируется неподходящее состояние Я, что приводит к конфликту. В *скрытой транзакции* неприемлемый стимул маскируется - чаще всего с учетом потребности в признании.

*Нечестная игра* представляет собой серию следующих друг за другом транзакций, ведущих к эмоциональному выигрышу (в том числе «любимых», «коллекционируемых» негативных чувств). В этих играх игрок неосознанно обрекает себя на «рзкетные» чувства, с помощью которых манипулирует окружающими. Описано множество нечестных, манипулятивных игр, которые схематично сводят к четырем (Харрис):

1. Я ОК - Ты ОК (симбиоз)
2. Я не ОК - Ты не ОК (деструктивная позиция)
3. Я не ОК - Ты ОК (депрессия, чувство неполноценности)
4. Я ОК - Ты не ОК (криминальность).

Карпман описывает «*драматический треугольник*» (Палач - Жертва - Спаситель), объясняющий механизм таких игр, как «Алкоголик», «Инвалид» и т. п.

Игры, в которые играют люди, являются частью *сценария*. Он записывается в состоянии Ребенка через транзакции, происходившие в детстве с родителями. Родительские сценарные сообщения (предписания, скрипты) могут быть непродуктивными и деструктивными, вплоть до суицидальных. Это заставляет человека играть роль Лягушки, хотя каждый рождается Принцем. В формировании жизненного сценария человека участвуют и его детские решения (драйверы).

Примером скрипт могут служить выделенные К. Стайнером 5 правил экономии поглаживаний (позитивных подкреплений): не давай поглаживаний, когда их надо давать; не напрашивайся на поглаживания, когда ты в них нуждаешься; не принимай поглаживаний, если ты нуждаешься в них; не отвергай поглаживания, когда ты не нуждаешься в них; не гладь себя сам.

ТА проводится обычно в групповой форме. Достигается осознание того, в пределах какого состояния Я обычно функционируют пациенты (структурный анализ). Это дает возможность участникам группы распознать и отделить друг от друга состояния эго, а затем добиться доминирования Взрослого над Ребенком и Родителем. При этом пациенты исследуют сообщения, которые они получали от родителей, свои ранние решения (Я - Ты ОК - не ОК). Последовательность структурного анализа такова: выделение Взрослого, освобождение Естественного Ребенка и Маленького Профессора, знакомство с Родителем.

Деятельность руководителя в группе ТА определяется тремя составляющими: защита, дозволение и дееспособность. Берн выделил 4 вида действий руководителя:

1. деконтаминация - очищение, выделение Эго-состояний;
2. рекатексис - перемещение психической энергии с одного Эго-состояния на другое;
3. прояснение - контроль Взрослого за другими Эго-состояниями;
4. переориентация - изменение жизненной позиции на Я ОК - Ты ОК с сохранением независимости.

Для облегчения диагностики скрипт и драйверов применяется метод «пустых стульев», на которые участник «рассаживает» свои Эго-состояния и призывает их к взаимодействию. При «репетиции сценария» участник и его партнер(ы) разыгрывают его проблему, остальные члены группы стоят в роли Родителя, сидят на полу в роли Ребенка или, сидя на стульях, комментируют происходящее как Взрослый.

Для анализа игр используется метафора «Футболка», надписи на которой помогают людям находить партнеров по их играм. Надпись спереди отражает то, чего человек сознательно хочет достичь, сзади - скрытое послание психологического уровня. Наиболее распространены такие игры, как «Дай мне пинка», «Если бы не ты», «Да, но», «Динамо», «Посмотри, что ты со мной сделал», «Я лишь пытался помочь тебе». Игры разыгрываются парами, тройками и большим количеством участников. Для анализа игры привлекается вся группа, при этом для наглядности широко используются различные диаграммы, которые чертят мелом на доске или фломастером на листе ватмана.

При анализе сценариев используется формула Берна, отражающая 6 стадий сценарного процесса: Крючок + Клев = Реакция > Переключение > Смущение > Расплата. Применяют также модель Р. Эрскина и М. Зальцман «Система Ракета», которая рассматривает взаимосвязь сценарных убеждений, ракетных подкреплений и подкрепляющих воспоминаний.

Т. Кейлер разработал модель для анализа сценария «Минискрипт». Выявляется один из пяти драйверов: Будь лучшим, Радуй других, Старайся, Будь сильным, Спешу. Находятся лежащий в основе драйвера один из четырех мифов: «Я могу сделать тебе хорошо» (Воспитывающий Родитель); «Ты можешь сделать мне хорошо, если будешь думать за меня» (Адаптивный Ребенок); «Своими словами я могу ранить тебя» (Контролирующий Родитель); «Своими словами ты можешь ранить меня» (Адаптивный Ребенок).

Выявляют также запреты или тупики, которые по Р. Гулдингу имеют 3 уровня:

1. родительский - «Отдохнешь, когда закончишь!»;
2. взаимодействие Детского Эго родителей и Детского Эго ребенка - «Сам во всем виноват, сам и расхлебывай!»;
3. конфликт Адаптированного и Свободного Ребенка - при полном подавлении последнего возникает тяжелая депрессия.

Тупики приводят к чувству беспомощности, от которого человек защищается с помощью игнорирования стимулов, проблем и возможностей. Результатом становится жизненная пассивность и пессимизм.

Главная цель ТА по Р. и М. Гулдинг состоит в пересмотрах ранних решений. Авторы сочетают дидактические приемы Берна с модификацией поведения, психодрамой и гештальт-терапией. При этом члены группы могут заново пережить ситуации раннего детства, в которых они приняли неадаптивные решения и пересмотреть их, что приводит к интеллектуальному и эмоциональному инсайту, улучшению контроля за своей жизнью. Конечной целью ТА является

достижение автономии личности, определение собственной судьбы, принятие ответственности за свои чувства и поступки. Достижению этой цели способствует *терапевтический контракт*. Он включает задачи, которые ставит пациент перед собой, предложения терапевта по лечению и требования к пациенту, которые он обязуется выполнять. Пациент решает, что он должен изменить в себе (убеждения, отношения, стереотипы), чтобы приобрести личностную автономию.

Сильной стороной ТА является его популярный язык, что облегчает формирование терапевтического контакта. Однако он мало эффективен для больных тяжелыми хроническими неврозами.

## Клиент-центрированная терапия Роджерса

Согласно Роджерсу, по мере осознания Я у ребенка развивается потребность в положительной оценке значимыми другими. В дальнейшем удовлетворение или фрустрация данной потребности начинает переживаться независимо от взаимодействий с окружающими и обозначается как *самооценка*. Ради сохранения положительной оценки индивид прибегает к фальсификации своих переживаний, воспринимает их по критерию ценности для окружающих. Как следствия такой неконгруэнтности (несоответствия) между Я и опытом возникают неконгруэнтность в поведении и процесс защиты (в первую очередь - отрицание и искажение). Если степень неконгруэнтности велика, то защита не срабатывает, развивается тревога, которая может стать личностным радикалом.

Роджерс занимает анозологическую позицию, считая любые нозологии лишними и даже вредными. Для формирования *терапевтической триады* психотерапевт:

1. переживает понимание внутренней системы координат клиента (эмпатия);
2. переживает безусловную положительную оценку клиента (*принятие*);
3. является конгруэнтным в отношениях (*аутентичность*).

В терапии акцент делается на эмоциональных взаимоотношениях «здесь и сейчас» между клиентом и терапевтом. Наиболее используемыми приемами являются: *молчаливое принятие*; *отражение эмоций* - повторяются эмоционально насыщенные слова клиента; *вербализация* - эмпатическое перефразирование сообщения клиента с выделением наиболее существенных и «острых углов».

Большое значение придается терапевтическим метафорам, что снижает сопротивление. Учитываются варианты блокировки процесса: вопросы, позволяющие терапевту лучше понять проблему (они приводят к интеллектуализации); любые версии, интерпретации, диагнозы (тогда ведущим становится терапевт); выбор темы терапевтом (давление на клиента); переключение внимания на собственный опыт (не является эмпатическим сопровождением клиента).

Динамика терапевтического процесса следующая. Клиент все свободнее выражает свои чувства, последние имеют все большее отношение к Я, клиент все чаще различает объекты своих чувств (окружающих, собственное Я, взаимоотношения между ними - открытость опыту). Он все чаще замечает несоответствие между каким-либо переживанием и своей концепцией Я, осознает угрозу такого несоответствия, осознает чувства, тот которых раньше защищался отказом или искажением (углубление переживаний).

Неприемлемые ранее чувства включаются в концепцию Я, при этом ослабляются механизмы защиты, различаются реальные угрозы и безусловное положительное отношение терапевта, клиент все отчетливее чувствует безусловную положительную самооценку (самоприня-

тие). Источником его представлений о себе все больше являются его собственные ощущения, его реакция все реже зависит от предполагаемой оценки окружающих (внутренний локус оценки). Все чаще как удовлетворительные оцениваются те стимулы и собственные действия, которые сохраняют и усложняют организм и Я как в настоящем, так и в будущем (вхождение в процесс жизни).

Метод широко применяется в групповой форме. Терапия проводится без каких-либо запланированных процедур на основе спонтанности, открытости и аутентичности участников. К. Роджерс характеризует суть «*группы встреч*» следующим образом: «относительно неструктурированная, обеспечивающая климат максимальной свободы для выражения чувств личности, исследования чувств и межличностной коммуникации. Акцентируются интеракции между членами группы в атмосфере, которая поощряет каждого отказаться от своей защиты и фасадов и таким образом дает ему возможность относиться к другим членами группы прямо и отфито».

Другая разновидность групп встреч связана с концепцией «открытой встречи», разработанной В. Шютцем. По этому автору «встреча есть способ установления контакта между людьми, основанный на открытости и честности, осознания самого себя и своего физического Я, ответственности, внимания к чувствам, ориентации на принцип «здесь и сейчас». Основное внимание в открытой встрече уделяется интеграции души и тела на основе специальных физических упражнений, танцев, массажа. По методу П. Биндрима встреча проводится в обнаженном виде в бассейне с теплой водой.

Независимо от клинических проявлений и конкретных целей, заявленных участниками в начале работы, общими задачами членов группы встреч являются повышение уровня самосознания, достижение радостного мировосприятия, развитие эмоционального потенциала. Клиент-центрированная терапия особенно показана пациентам с установкой на личностный рост. Особенно затруднительна она у тревожно-депрессивных и ипохондрических больных. В психокоррекционную группу, нацеленную на личностный рост, включаются лишь клиенты с достаточно сильным Я. С осторожностью следует включать лиц с повышенной ранимостью, выраженной тенденцией к избеганию конфликтов, нереалистическими надеждами на группу. Необходимо учитывать опасность использования такими лицами группы как «общество № 2» и развития у них «группоголизма» - зависимости от группы. В определенной степени подобная опасность ликвидируется кратковременными курсами и такой формой, как психологический марафон (сессия длится более суток, обычно без перерыва).

## Логотерапия Франкла

В. Франкл относится к представителям экзистенциально-гуманистического направления в психотерапии (Мэй, Фромм, Маслоу и др.). В данном направлении невроз понимается как результат подавления потребности в самоактуализации. Последняя является основным источником деятельности человека, который должен быть тем, кем он может стать, причем от природы он добр, «человечен».

Согласно Карасу рассматриваемое направление характеризуется следующими основными категориями:

1. концепция патологии - основывается на признании существования экзистенциального отчаяния как следствия утраты человеком возможностей, расщепления Я, расогласования с собственными знаниями;
2. здоровье - связано с реализацией потенциала человека: развитием и достижением аутентичности, спонтанности;

3. желательные изменения - непосредственность переживаний, восприятия и выражение ощущений или чувств «здесь и сейчас»;
4. внеисторический подход, сфокусированный на феноменологическом моменте;
5. кратковременное и интенсивное лечение;
6. задача психотерапевта сводится к взаимодействию в атмосфере взаимного принятия, способствующего самовыражению - от соматического до духовного;
7. основной терапевтический метод - встреча с равноправным участием в диалоге, проведении экспериментов, игр, инсценировок или «разыгрывании» чувств;
8. лечебная модель - экзистенциальная диада равных людей или «Взрослый - Взрослый», т. е. равноправный союз Я и Ты;
9. характер отношения человека к лечению - в отличие от психодинамического акцента на переносе он считается реальным и представляет первостепенную важность;
10. позиция психотерапевта - взаимодействующая и принимающая, он выступает во взаиморазрешающей или удовлетворяющей роли.

В отличие от Фрейда с его приматом принципа удовольствия/влечения к смерти Франкл считает основной врожденной потребностью человека стремление к поиску и реализации смысла своей жизни: человеку требуется не гомеостаз, а борьба за достойную цель. Основные человеческие ценности по Франклу - творчество, переживания, отношения. Конфликты между этими ценностями являются нравственными, экзистенциальная фрустрация приводит к *ноогенному неврозу*, коренящемуся в духовной сфере существования человека (классические неврозы развиваются в психологической сфере в связи с конфликтом между влечением и сознанием). Фрустрированная потребность в смысле жизни может компенсироваться в виде стремления к власти или удовольствиям (сексуальным, пищевым и т. д.). Результатом может стать невроз характера по Фрейду (невротическое развитие личности), психосоматическое заболевание, алкоголизм и другие зависимости. Поэтому логотерапия показана для широкого круга нервно-психических расстройств.

Специфическим методом логотерапии является *парадоксальная интенция*, основанная на двух фундаментальных онтологических характеристиках человека: самоотранценденции и способности к самоотстранению. Парадоксальная интенция построена на том, что пациент должен захотеть, чтобы осуществили то (при фобии) или чтобы он сам осуществил то (при obsesии), чего он так опасается. При этом парадоксальное предложение должно быть сформулировано по возможности в юмористической форме, при этом сталкиваются и взаимно нейтрализуются страх перед гиперболизированной опасностью и ирония по поводу доведенной до гротеска тревожной реакции. Метод мобилизует возможности человека к самоотстранению и существенно помогает при лечении «навязчивой ипохондрии».

Процесс нахождения смысла собственной жизни сводится к общепсихологическим закономерностям человеческого познания (в частности, выделения фигуры из фона). Особую практическую ценность представляет поиск смысла страдания в ситуации, которую невозможно изменить. Психотерапевт в логотерапии не навязывает свое мировоззрение. Чтобы подтолкнуть пациента к открытию им собственного смысла жизни, используется *сократовский диалог*. В то же время личность самого психотерапевта играет важную роль в качестве успешного образца свободного, самодетерминирующегося человека. Таким образом может служить сам В. Франкл, организовавший кризисную поддержку для своих товарищей по нацистскому концлагерю и вынесший оттуда свое кредо: «Человечные люди являются... меньшинством. Но именно поэтому каждый из нас чувствует вызов присоединиться к этому меньшинству».



## Поведенческая терапия

Данный вид терапии широко применяется для больных с фобиями и компульсиями, базируется на учении об условных рефлексах И. П. Павлова. Развивая ее, Торндайк и Скиннер, 1953 разработали теорию *оперантного обуславливания*, согласно которой поведение контролируется его результатами и ожидаемыми положительными или отрицательными подкреплениями. Основной путь воздействия на поведение, исходя из этой формулы, - влияние на его результаты. Поэтому здесь большое значение придается этапу поведенческой диагностики или функционального анализа. Оперантные методы используются для формирования нового стереотипа поведения, закрепления уже имеющегося стереотипа и ослабления нежелательного шаблона.

Современные авторы в понятие «поведение» включают не только двигательную активность, но и осознанные мысли и речь. Согласно определению Американской Ассоциации поведенческой психотерапии, главной целью поведенческой терапии является «формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль». При формировании нового стереотипа поведения применяются следующие специфические приемы.

*Шейпинг* - поэтапное моделирование, при котором четко дифференцируется каждый последующий шаг действий в избранном направлении и точно определяются критерии его эффективности.

*Сцепление* использует представление о поведенческом стереотипе как цепи отдельных актов, где последнее звено, ближайшее к цели, рассматривается прежде всего. Плохо сформированная часть цепи создается с помощью шейпинга.

*Фединг*- постепенное уменьшение величины подкрепляющих стимулов для перехода от тренировок с терапевтом к тренировкам с окружающими людьми.

*Побуждение* повышает уровень внимания и фокусировки на желательном стереотипе поведения. Выражается в демонстрации этого поведения и прямых инструкциях, центрированных на значимых объектах или нужных действиях с ними.

Уменьшение нежелательного стереотипа поведения достигается с помощью наказания угашения, насыщения. В качестве *наказания* применяют штрафы, которые сводятся к уменьшению числа позитивных стимулов при нежелательном поведении. *Угашение* основано на исчезновении реакции, положительно не подкрепляемой. Одним из вариантов угашения является лишение всех положительных подкреплений, наиболее эффективна при этом изоляция. *Насыщение* заключается в потере силы положительного подкрепления, если оно применяется слишком долго.

*Систематическая десенсибилизация*. Пациента обучают релаксации и затем составляют иерархию тревожащих образов или ситуаций в порядке их нарастания. Разыгрывая воображаемые ситуации, пациент продвигается, согласно составленной иерархии, от наименее пугающих стимулов до наиболее устрашающих. При этом он учится заменять релаксацией ранее возникшую тревожную реакцию и остается на каждом уровне иерархии до тех пор, пока тревога не исчезнет. Когда процедура используется в условиях реальной фобогенной ситуации, такой метод называется градуированной экспозицией.

*Нагнетание вызывающих тревогу факторов* (наводнение, имплозия). Метод основан на предположении, что избегание фобогенной ситуации подкрепляет тревогу путем обуславливания. Пациент соприкасается с тем, что вызывает страх, в массивных количествах и настолько длительно, сколько может выдержать. Наконец, реакция страха начинает угасать, пока пациент не перестанет ее испытывать. Стимулы могут быть воображаемыми или реальными.

Для закрепления желательного стереотипа поведения используется *положительное подкрепление*. Им может служить ослабление или исключение негативных воздействий, жетоны, комплименты, предоставление определенных льгот.

Используется также эффект *противообуславливания* (реципрокное, взаимоисключающее торможение). Так, иерархическая конструкция часто используется в сочетании с методиками релаксации (Джекобсон, 1929), поскольку установлено, что тревога и релаксация исключают друг друга; это приводит к отрыву представляемых образов от тревожных ощущений.

Методика Вольпе, 1973 включает 3 этапа:

1. овладение приемами прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона;
2. составление иерархии ситуаций, вызывающих страх;
3. десенсибилизация (сочетание представлений о фобогенных ситуациях с релаксацией).

По методу *негативного воздействия Денлапа*, 1942 пациент купирует навязчивые действия путем их сознательного повторения (таким образом сознательный механизм контролирует подсознательный). Больному разъясняют механизм произвольного торможения движений, когда они превращаются в осмысленные действия. Затем пациент под наблюдением терапевта дожидается появления симптома и сознательно воспроизводит его много раз подряд. Метод особенно эффективен для лечения навязчивых действий, тиков, эзофагоспазма, логоневроза.

А. Бек и А. Фримен, 2002 следующим образом классифицируют поведенческие методы:

- контроль деятельности и планирование, которые создают возможность ретроспективной идентификации и перспективного планирования изменений;
- планирование действий по развитию навыков и получению удовольствия в целях повышения личной эффективности и подтверждения успешности изменений в переживаниях и полученного от этого удовольствия (или его недостатка);
- тренировка поведения, моделирование, выработка уверенности в себе и ролевые игры для развития навыков перед первыми попытками более эффективного реагирования как в старых проблемных ситуациях, так и в новых;
- поведенческие методы обучения релаксации и отвлечению внимания, которые используются при угрозе возникновения тревоги в ходе изменения;
- работа в естественных условиях, когда терапевт сопровождает клиента в проблемной ситуации, чтобы помочь ему работать с дисфункциональными схемами и действиями, которые (по какой-либо причине) не поддаются воздействию в обычной ситуации консультирования;
- поэтапная постановка задач, чтобы пациент мог переживать изменения как постепенно возрастающий процесс, в течение которого трудность каждого компонента может быть отрегулирована и мастерство приобретает постепенно.

## Когнитивная терапия

Когнитивную терапию объединяют с поведенческой следующие общие черты: эмпиричность, центрированность на настоящем, ориентировка на проблему, необходимость точно идентификации проблемы и ситуации, в которой она возникает.

Однако в когнитивной терапии учитывается опосредующее звено в поведенческой цепи: стимул - опосредующее звено - реакция. А. Бек, 1999 выявил в генезе неадаптивного поведения патогенную роль следующих когнитивных нарушений: произвольность заключений,

избирательное абстрагирование, сверхгенерализация, преувеличение и минимизация, персонификация, дихотомическое мышление.

Целью когнитивной терапии является коррекция неадекватных когний. Главными задачами при этом становятся осознание правил неверной обработки информации и замена их на правильные. Терапия начинается с принятия пациентом безусловного положения: «чтобы изменить чувства, надо изменить вызвавшие их идеи».

Выделяют 4 этапа терапии:

1. идентификация неадаптивных мыслей методом *сократовского диалога* (*майевтика* - греч. повивальное искусство): вопросы ставятся таким образом, чтобы пациент давал лишь положительные ответы и сам пришел к принятию суждения, которое в начале беседы не принимал или не понимал;
2. отдаление: перевод эго-синтонных мыслей в эго-дистонные;
3. проверка обоснованности неадаптивных мыслей с использованием поведенческих техник;
4. замена неадаптивных мыслей на адаптивные.

Используются специфические когнитивные методы:

- декатастрофикация (коррекция масштаба переживаний);
- сравнение с другими людьми;
- выявление логического несоответствия;
- поощрение заочной вербальной гетероагрессии (при аутоагрессии);
- метод «трех колонок» А. Бека (в 1-й указывается ситуация, во 2-й - возникшие в ней неадаптивные мысли, в 3-й - их сознательная коррекция);
- переопределение (с негативных формулировок проблемы на позитивные);
- децентрация (наблюдение за окружающими вместо тревожного ожидания неудачи).

*Моделирующая психотерапия Бандуры*, 1969 основана на роли наблюдающего (за моделью обучения). Если в классическом обуславливании поведение рассматривается как реакция на стимул, в оперантном - как воспроизводство уже подкреплявшегося спонтанного действия, то в научении по модели участвуют самоконтроль и самоподкрепление. Наибольший эффект моделирующая терапия дает при лечении фобий (боли, медицинских процедур, экзаменов и т. п.) и зависимостей (переедание, курение, начальная стадия алкоголизма).

Терапевтический процесс состоит из следующих шагов:

1. определение формы поведения с описанием специфических реакций;
2. сбор основных данных о вызывающих событиях;
3. разработка программы самоконтроля с использованием самоподкрепления, самонаказания и планированием окружения;
4. выполнение и оценка программы самоконтроля с помощью значимых других и письменного договора с самим собой;
5. завершение программы самоконтроля со снижением частоты поощрений за желаемое поведение.

*Терапия фиксированных ролей Келли*, 1973 основана на следующих постулатах: «Процессы личности - это проложенные в психике каналы (конструкты), в русле которых человек прогнозирует события». Личностные конструкты обозначают те или иные свойства объектов в биполярных терминах сходства и контраста. Несовпадения конструктов у различных людей приводят к расхождениям во взглядах и конфликтам, что заставляет изменять конструкты.

Тревогу Келли определяет как «осознание того, что события, с которыми сталкивается человек, лежат вне диапазона его конструктивной системы» (человек «сражен своими конструктами»). По мнению Келли, «вина возникает, когда индивид осознает, что отступает от ролей, с помощью которых он сохраняет наиболее важные взаимоотношения с другими людьми». Враждебность Келли понимает как «постоянные попытки получить факты, говорящие в пользу такого типа социального прогноза, который уже доказал свою несостоятельность». Депрессию автор связывает с сужением круга восприятия.

Келли разработал «*Репертуарный тест ролевых конструктов*» (*Реп-тест*) для оценки важных конструктов, которые человек использует при интерпретации значимых других. Как показывают исследования, взаимодействия с другим человеком зависят от способности воссоздавать его способы конструирования. Подобное предвидение определяет ролевое поведение индивида.

Суть терапии заключается в том, что пациент активно экспериментирует в своем окружении в роли определенного персонажа. Вначале он пишет сочинение о самом себе, затем после соответствующего анализа этой самохарактеристики терапевт предлагает пациенту перевоплотиться в другой образ, включающий полярные или неопробованные пациентом конструкты. Терапевт регулярно встречается с пациентом для планировки экспериментальных ситуаций и оценки результатов, репетиции поведения и обмена ролями. Через 1-2 недели пациент возвращается в прежнюю роль и обсуждает с терапевтом приобретенный опыт, решая, что он предпримет с его учетом впоследствии.

*Рационально-эмотивная терапия Эллиса*, 1999 фокусируется на опознании иррациональных установок, ведущих к патологическим эмоциональным и психосоматическим реакциям, конфронтации с данными установками, их пересмотре и закреплении рациональных установок. На первом этапе терапии достигается кларификация (прояснение, англ.) - выявление наиболее значимых параметров вызывающих событий. Дифференцируются события, которые могут и которые не могут быть измерены. Достигается осознание системы оценочных когний, затрудняющих разрешение конфликта, происходит перестройка данной системы и принятие решения об изменении ситуации.

Следующий этап - идентификация следствий (прежде всего - аффективных их аспектов). Цель этого этапа - выявление всего диапазона эмоциональных реакций на событие. Терапевт наблюдает за экспрессивными реакциями пациента при рассказах о событии, дает ему обратную связь, говоря о своем восприятии упомянутых реакций, высказывает предположение о чувствах и мыслях у типичного индивида в подобной ситуации. Выявляются иррациональные установки: катастрофические, обязательного должествования, обязательного удовлетворения своих потребностей, глобальные оценочные установки и т. д. Имеются в виду прежде всего убеждения в том, что человеку жизненно необходимы всеобщее одобрение и любовь, что он должен быть компетентным во всем и всегда добиваться любых целей.

Заключительный этап - реконструкция иррациональных установок, которая проводится на трех уровнях: когний, воображения и прямого действия. Большое значение имеют самостоятельные задания, способствующие закреплению адаптивного поведения.

## Супружеская и семейная терапия

*Брачная (супружеская) терапия* широко распространена, поскольку половина больных неврозами участвует в терапии из-за проблем, связанных с браком. Терапия представляет собой эффективный способ помочь каждому супругу достичь самопознания и взаимопонимания

при решении межличностных проблем. В качестве пациента выступает супружеская пара в целом. Терапия может проводиться как в паре, так и в индивидуальной форме, в обоих случаях в фокусе терапии находится супружество, но не личные проблемы одного из супругов или поведение партнера. Терапия охватывает широкий диапазон методов лечения, направленных на укрепление чувства удовлетворенности в супружеской жизни или на коррекцию нарушений, возникающих в браке. Наиболее распространенными являются когнитивно-поведенческие методы терапии (С. Кратохвил, 1991) и коммуникативный тренинг по В. Сатир, 1999. Нередко супружеская терапия выступает в качестве предварительного этапа семейной терапии.

Отечественные авторы Э. Г. Эйдемиллер и В. В. Юстицкий выделяют три этапа **семейной терапии**. На 1-м этапе (ликвидации семейного конфликта) в ходе индивидуальных встреч психотерапевта с пациентом и членами его семьи осуществляется выявление и классификация истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта выработать общепонятный язык, берет на себя роль посредника и передает в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. На этой стадии ведущими оказываются недирективная терапия, нацеленная в основном на вербализацию неосознаваемых отношений личности и специфические методы воздействия членов семьи друг на друга (установление контакта, влияние через механизмы семейной иерархии и др.)

На 2-м этапе (реконструкции семейных отношений) осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах пациентов со сходными проблемами и их родственниками. В этих же группах проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора по С. Кратохвилу.

На 3-м, поддерживающем этапе или этапе фиксации в семейных естественных условиях закрепляются навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, заслушиваются отчеты о динамике внутрисемейных отношений, проводится консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни семьи.

### *Клиническая иллюстрация (собственное наблюдение)*

Д-ва Т. Ш., 32 г., находилась в Кризисном стационаре 40 дней. Анамнез. Отец злоупотреблял алкоголем. Родилась в Грузии, единственный ребенок в семье. Мать после рождения дочери развелась с мужем, оставила дочь своим родителям, переехала в Москву, замуж больше не выходила, преподавала русский язык на Высших курсах КГБ. Пациентка воспитывалась у бабушки с дедом, которые вместе с отцом девочки баловали ее, не хотели отдавать ее матери, судились с ней.

В возрасте шести лет пережила первое в жизни сильное потрясение. Однажды, когда девочка играла во дворе, во двор неожиданно на большой скорости въехала черная «Волга», из которой выскочили несколько мужчин, схватили ее, втащили в машину и увезли. Она громко плакала, звала на помощь, отбивалась от женщины, которая зажимала ей рот так, что она задыхалась (это оказалась ее мать). С тех пор часто видит описанную сцену в пугающих сновидениях, до сих пор испытывает страх замкнутого пространства, не может пользоваться общественным транспортом, особенно метро, где возникают панические приступы с сердцебиением, одышкой, страхом смерти; боится одна далеко отходить от дома.

В Москве мать отдала дочь в детский сад с пятидневным содержанием, где она часто плакала, отказывалась играть с детьми, боялась воспитателей, которые часто наказывали ее

за «капризы». Когда девочка пошла в школу, мать строго контролировала ее учебу, била ремнем за плохие оценки, непослушание, обзывала «отцовским отродьем», заявляла, что «сделает из нее человека». Мать мечтала, что дочь станет, как и она, педагогом, отдавала в различные кружки и секции.

Росла впечатлительной, тревожной, до настоящего времени боится покойников, смерти, из-за страха темноты всегда спит со светом. В 12 лет прочитала фантастические повести Гоголя, часто видит сны из этих произведений в кошмарных сновидениях. Отношения с матерью и преподавателями были конфликтными. Быстро оставляла занятия в кружках из чувства протеста против матери, которое с годами нарастало, превратилось в манеру настаивать на своем, неуступчивость. Стремилась ни в чем не походить на мать, играла преимущественно с мальчиками в шумные игры.

После окончания школы поступила в институт культуры. Мать препятствовала ее встречам с молодыми людьми, настояла на переводе дочери на вечернее отделение, чтобы занять ее вечера. Сдала экзамены экстерном, окончив институт за 4 года. Сразу после окончания вуза вышла замуж за военного переводчика, главным образом для того, чтобы отделиться от матери. Через год родила дочь, посвятила себя уходу за ней.

Муж много работал за границей. Находясь с мужем в Конго, по ночам испытывала сильный страх из-за близости кладбища, во время исполнения ритуала похорон металась от ужаса. Случайно узнала о прежней супружеской неверности мужа, упала от сильного потрясения в обморок, затем обмороки повторялись при волнении. Вернулась с дочерью в Москву, после возвращения мужа отказывала ему в близости, подслушивала его телефонные разговоры, устраивала сцены ревности. Во время ссор громко кричала, рыдала, била посуду, бросала в мужа различные предметы, настаивала на разводе. Муж отказывал ей в этом, угрожал публичным позором на суде, убеждал жену в наличии у нее шизофрении, цитируя ей выдержки из учебника судебной психиатрии.

Сомневалась в своем психическом здоровье, т. к. стала несобранной, запустила домашнее хозяйство из-за безразличия к делам и даже к дочери, быстро уставала. Опасалась, что муж приведет в исполнение свои угрозы по поводу лишения ее материнских прав и жилплощади. Много времени проводила в постели, оплакивала свою судьбу, считала себя несчастной, ненужной. Была готова согласиться на предложение мужа ради его карьеры сохранить семью официально и найти себе сожителя. С целью обрести материальную независимость устроилась работать библиотекарем рядом с домом. Из-за периодически возникающего страха движущегося транспорта и толпы ходила на работу и с работы в сопровождении соседки. Состояние начало улучшаться, строила планы на будущее, окрепла. Однако в конфликт вмешалась мать пациентки, которая настаивала на разводе, обратилась в администрацию и общественные организации по месту работы зятя с дискредитирующими его заявлениями, пыталась оказать давление на мать зятя. Муж в отместку выкрал у пациентки собранные ею с большим трудом документы, необходимые для развода, потребовал, чтобы жена ушла жить к своей матери, оставив ему ребенка, свои вещи и свою часть пая в ЖСК.

Считала ситуацию безвыходной. В течение месяца неуклонно снижалось настроение, нарастала тревога, напряжение, не могла спать из-за кошмарных сновидений, появились ощущения онемения кожи правой половины головы, лица правой руки. Опасалась инсульта, обратилась к невропатологу, принимала по его назначению транквилизаторы. Сон несколько улучшился, снизилась фиксация на тревожащих ощущениях. Однако возникло навязчивое желание самоубийства как избавление от душевных страданий. Опасалась, что потеряет контроль за собой и реализует это желание. Прячала от себя острые предметы, не выходила на

балкон. Много курила, эпизодически алкоголизировалась. Во время очередной ссоры с мужем остро возникло желание отравиться - по типу разрядки невыносимого аффективного напряжения и состояния «бешеной злобы» на мужа. Приняла 20 таблеток седуксена, после этого находилась в состоянии эйфории, мужем была доставлена в ЦНИИ им. Склифосовского и через неделю пребывания в Центре отравлений переведена в Кризисный стационар.

Соматоневрологический: без явной патологии.

Психическое состояние. При поступлении сожалеет о совершенной попытке самоубийства, объясняет ее аффективным напряжением, возникшим на фоне сильнейших переживаний гнева и отчаяния. Фиксирована на супружеском конфликте, удовлетворена, что мужа, по ее мнению, накажут за доведение ее до самоубийства. Вспоминает свои прошлые обиды на него, старается выставить мужа в непривлекательном свете, хотя признает, что продолжает испытывать к нему чувство привязанности.

Жалуется на онемение в правой половине головы, лица, в правой руке, плохой сон и аппетит, повышенную утомляемость, общее недомогание. Постоянно испытывает внутреннее напряжение, тревогу, подавленность; раздражительна, часто плачет, опасается инсульта, утраты контроля за своим поведением, импульсивной попытки самоубийства, сумасшествия. Интересуется своим диагнозом, просит провести ей неврологическое и психологическое обследование, обеспечить ей покой и максимальную изоляцию из-за повышенной чувствительности к внешним раздражителям. Антисуицидальные факторы - положительное отношение к себе, страх смерти, забота о дочери.

Психологическое обследование. Радикал личности сенситивный. При обследовании интеллектуальной деятельности структурных нарушений мышления не выявлено. Отмечается выраженная астенизация, проявляющаяся в быстрой истощаемости, снижении интеллектуального контроля операций и концентрации внимания. Мышление испытуемой характеризуется нечеткостью понятийной структуры. Последняя возникает вследствие эмоциональных оценок и эгоцентрической позиции в суждениях. Так, при выполнении «пиктограммы» и других проективных заданий испытуемая в большинстве случаев игнорирует объективное содержание понятий, фиксируясь на эмоционально значимых, субъективных связях; при этом отчетливо звучит психотравмирующая ситуация. Ориентация на субъективные значения в сочетании со сниженным интеллектуальным контролем может затруднять реалистическую ориентацию в ситуации и приводить к эмоциональной дезорганизации мышления.

В момент исследования фон настроения снижен, испытуемая тревожна, напряжена. Тревожность связана с тем, что психотравмирующая ситуация переживается испытуемой как свидетельство ее неполноценности и личностной несостоятельности, что, однако, не допускается полностью в сознание, т. к. представляет угрозу высокой самооценке, сохранение которой существенно для личности испытуемой. Наличная ситуация трактуется как унижительная и несправедливая: «Ни в ком она не встречает должного понимания и поддержки и вынуждена защищать свои интересы в одиночку». Этот недостаток признания вызывает у нее чувство покинутости, одиночества и отсутствия сил, необходимых для принятия решения. Компенсирующей тревогу является тенденция к ограничительному поведению, стремление к физическому отдыху и готовность избегать обострения конфликта. Характерной для личности испытуемой является гиперсоциальность, проявляющаяся в жесткой «догматической» структуре социальных установок и норм, прямолинейности оценок, суждений и стереотипов поведения.

Заключение. Фобический невроз у сенситивной личности, состояние после ситуационной суицидоопасной реакции.

Лечение: триптизол 10 мг веч., соннапакс 10 мг дн. и веч., феназепам 0,5 мг утр. и дн., ноотропил 0,8 утр. и дн.; индивидуальная, семейная и групповая терапия.

Лечение было начато с кризисной поддержки, которая осуществлялась преимущественно в кризисной группе, где пациентка благодаря своей активности и общительности вскоре заняла одну из лидирующих ролей. Параллельно проводились беседы с мужем пациентки, в процессе которых он осознал неблагоприятное влияние затягивания супружеского конфликта на свою карьеру и дал согласие на развод и выплату алиментов, а также позволил теще перевести к себе внучку и вещи дочери.

В совместной беседе с врачом и пациенткой ее мать согласилась оставить работу, оформить пенсию по возрасту и помогать дочери воспитывать ребенка. Во время этой беседы пациентка приняла окончательное решение развестись с мужем, временно жить с матерью; их взаимоотношения после данной беседы улучшились. У пациентки заметно снизилась аффективная напряженность, выровнялось настроение, улучшились сон и аппетит, восстановилась кожная чувствительность.

Суицидальных тенденций за время пребывания в стационаре не отмечалось. В то же время в травмирующей ситуации оставалась пассивной, терапевтическая установка была симптоматической. Сохранялась эмоциональная лабильность, перед встречей с мужем испытывала страх, рыдала, просила успокаивающее. Конфликтовала с пациентками палаты, нарушала режим. Опасалась ухудшения состояния после выписки, неохотно покидала стационар, заявляя, что он стал для нее «родным домом», обещала регулярно посещать Клуб бывших пациентов, приобрела много друзей в стационаре.

Катамнез: восемь лет. В течение первого года жила у матери, посещала Клуб бывших пациентов. Практически исчезли фобические расстройства, самостоятельно ездила на работу в автобусе; редуцировалась субдепрессивно-ипохондрическая симптоматика. Однако перед оформлением развода вновь стала опасаться конфликтного поведения мужа на суде, усилился страх езды на транспорте, из-за чего не могла ездить на работу. После лечения в клинике неврозов оформила, наконец, развод, добилась присуждения дочери части пая в ЖСК. Искала возможность отделиться от матери, отношения с которой оставались неровными.

Вышла замуж, переехала к мужу за город, тяжело переживала отдаленность от друзей, временное отсутствие телефонной связи. Устроилась работать продавцом книжного магазина рядом с домом, однако через два месяца оставила эту работу из-за грубости покупателей и товарок по работе, выполняла машинописные работы на дому. С мужем отношения были неровные, упрекала его в недостаточном внимании к ней. Тревожилась за дочь-подростка, требовала от нее раннего возвращения домой, отчета о ее отношениях с мальчиками. На улицу выходила только в сопровождении, брала с собой сумочку с набором лекарств.

Прошла курс индивидуальной десенсибилизирующей терапии с обучением приемам релаксации и применением градуированной экспозиции, одновременно занималась в группе ассертивного тренинга. Стала свободно ездить на транспорте, прошла курсы французского языка, до настоящего времени работает экскурсоводом, отдыхает с семьей за границей, перестала курить и злоупотреблять транквилизаторами. Из-за обострившегося конфликта с дочерью, которая вопреки ее воли ушла жить к любовнику, запустила учебу в институте, в течение двух лет проходила психодинамическую терапию. Отреагировала травмирующие переживания детства, пересмотрела свое отношение к близким, стала мягче, терпимее, нежнее и доверчивее с мужем, менее тревожной с дочерью. На заключительном этапе терапии усилилась наблюдавшаяся и ранее зависимость от терапевта, просила участить встречи и одновременно опасалась «надоесть». Конфликт между симбиотическими тенденциями и страхом от-

вержения был проинтерпретирован как актуализация вытесненной детской травмы и успешно проработан.

**Анализ наблюдения.** Невротическая структура личности сформировалась под влиянием ранних психотравм, определенную роль следует отнести и патологической наследственности (алкоголизм отца). С детства пациентка страдала фобическими проявлениями, существенно ограничивающими ее адаптационные возможности. Самооценка страдает противоречивостью, дихотомичностью, что можно поставить в связь с потакающей гиперопекой в раннем детстве и строгим гиперконтролем матери в последующие годы. Ведущими в личности являются черты сенситивности: впечатлительность, тревожность, привязчивость к близким в сочетании с недоверием к другим людям, что играло немаловажную роль в механизме страха езды в общественном транспорте и самостоятельном передвижении по улице.

Суицидоопасные переживания возникли на фоне ситуационной личностной декомпенсации с обострением невротической симптоматики. Характерны для невроза навязчивостей суицидофобический и алиенофобический компоненты состояния, а также страх смерти в качестве антисуицидального фактора. Личностный смысл суицидального поведения можно расценить как протест с трансформацией агрессии против мужа в аутоагрессию. Агрессивные тенденции блокировались жесткими социальными нормами пациентки, страхом перед мужем, эмоциональной и социальной зависимостью от него.

В постсуицидальном периоде обращает на себя внимание сравнительно быстрая редукция в процессе семейной и групповой терапии суицидоопасных переживаний притом, что довольно длительно сохраняется субдепрессивно-ипохондрическая симптоматика. После выписки из Кризисного стационара при ухудшении жизненной ситуации у пациентки не возникает суицидальных тенденций, однако продолжается невротическое развитие личности, снижаются ее профессиональные возможности, ограничивается круг общения, нарастает семейный конфликт. Однако в процессе последующей поведенческой терапии пациентке удалось освободиться от фобической симптоматики, никотиновой и лекарственной зависимости, повысить свой профессиональный уровень и расширить свободу передвижения. Психодинамическая терапия помогла ей окончательно справиться с внутренним конфликтом, обусловленным детскими психотравмами, и улучшить свои взаимоотношения в семье. В завершающей фазе терапии усилились амбивалентные чувства к психотерапевту, которые были проанализированы как оживление вытесненного детского страха расставания - по-видимому, ядра невроза. В результате многолетней, постепенно углубляющейся работы над собой пациентке удалось окончательно справиться с последствиями ранних психических травм.

## Тесты

1. Хотя дифференциальный диагноз между тревожной и депрессией часто затруднителен, обычно у больных с генерализованным тревожным расстройством:

- А. Не наблюдается полного вегетативного синдрома, как при депрессии
- Б. Не наблюдается эффекта при лечении трициклическими антидепрессантами
- В. Не отмечается суточных колебаний настроения, наблюдаемых при депрессии
- Г. Вначале отмечается снижение настроения, за которым следуют симптомы тревоги.

2-4. Обозначьте следующее:

- А. Агорафобия
- Б. Социальная фобия
- В. Специфическая фобия

Г. Как специфическая, так и социальная фобия

Д. Ни одно из перечисленных.

2. Обычно вызывается определенным стимулом

3. Характеризуется выраженным страхом и избеганием мест, где может не оказаться помощи и невозможно оказаться немедленно в безопасном месте

4. Характеризуется постоянным иррациональным страхом унижения или затруднений

5. Какие из следующих методов использует поведенческая терапия:

А. «Наводнение»

Б. Систематическую десенсибилизацию

В. Моделирование

Г. Релаксационные методики

6. Когнитивная терапия тяготеет к сосредоточению на:

А. бессознательном и вытесненных воспоминаниях

Б. ошибочных идеях и установках

В. идеях переноса

Г. проективных идентификациях

Д. ни одном из перечисленных.

7. Психотерапевтические техники, используемые при когнитивной психотерапии, включают следующие, **кроме:**

А. директивных указаний

Б. «совместного вывода»

В. поведенческих методик

Г. интерпретации сновидений

Д. выявления иррациональных установок.

8. Психоаналитическая психотерапия характеризуется основным акцентом на значении следующего:

А. бессознательной мотивации поведения

Б. точного описательного диагноза

В. учета механизмов психологической защиты

Г. феноменологии симптомов.

9. Для успешного лечения психоанализом у больного неврозом должны иметься следующие характеристики, **кроме:**

А. Наличия «базального доверия»

Б. Способности к реальной оценке действительности

В. Возможности интернализации

Г. Способности переносить зависимое положение

Д. Минимального возраста 20 лет.

10. Какими из следующих утверждений может быть описано сопротивление, возникающее во время анализа:

А. оно может проявляться отреагированием

Б. оно включает в себя все виды защит, имеющиеся у пациента

В. оно может быть эгодистоническим или эгосинтионическим

Г. его легко распознать.

11-13. Концепция психологических защитных механизмов является центральной в психоаналитической теории. Подберите нижеследующие обозначения к описанным защитным механизмам:

- А. отреагирование
- Б. рационализация
- В. изоляция
- Г. вытеснение
- Д. сублимация.

11. *Бессознательное исключение мысли или чувства из сознания*

12. *Интрапсихическое разделение аффекта и психологического содержания*

13. *Прямое выражение в поведении бессознательного импульса.*

14. *Согласно психоаналитической теории явление переноса:*

- А. отмечается только в отношениях между терапевтом и пациентом
- Б. препятствует терапевтическому процессу, т. к. искажает реальность
- В. затрудняет реконструкцию прошлого пациента
- Г. включает бессознательное наложение прошлых отношений на настоящее
- Д. в основном проявляется во снах пациента.

15. *Развитие невроза переноса во время психоаналитической терапии:*

- А. типично отмечается на последней стадии лечения
- Б. развивается только у тяжелых больных неврозами
- В. полезно для терапевтического процесса
- Г. обычно представляет собой повторение подросткового протеста против авторитетов
- Д. включает негативные, а не позитивные чувства по отношению к аналитику.

16. *При психоаналитической психотерапии развитие контрпереноса:*

- А. является неизбежным
- Б. практически всегда вредит протеканию процесса
- В. является признаком того, что пациента следует передать другому терапевту
- Г. является признаком того, что терапевт слишком невротизирован
- Д. является признаком того, что терапевту пациент не нравится.

## Ответы

1. Правильные ответы А и В. Разграничение тревоги и депрессии может быть затруднительным, т. к. тревожные больные могут быть депрессивны, а больные депрессией быть довольно тревожны. Пациенты с генерализованным тревожным или паническим расстройством обычно не имеют полного набора вегетативных симптомов, наблюдаемых при депрессивном эпизоде. У них может наблюдаться трудность засыпания, но обычно не отмечается ранних пробуждений, потери аппетита, утраты способности к концентрации внимания или суточных колебаний настроения. У тревожных больных также не отмечается утраты способности получать удовольствие. Кроме того, в анамнезе прослеживается вначале развитие симптомов тревоги, после чего постепенно развивается депрессивный синдром. При депрессии больные обычно описывают первым снижение настроения с последующим развитием симптомов тревоги. Трициклические антидепрессанты (например, amitриптилин) обычно используются для лечения как панического расстройства, так и депрессии.

2-4. Правильные ответы 2-Г, 3-А и 4-Б. Фобические расстройства включают агорафобию, социальные и специфические фобии. Они характеризуются охватывающими, постоянными и бессмысленными страхами, приводящими к сильной потребности избегания объекта или ситуации, вызывающей страх. Агорафобия проявляется выраженным страхом и избеганием одиночества или общественных мест, откуда трудно немедленно выйти. По мере прогрессирова-

ния фобии избегание стимула начинает определять образ жизни человека. Социальные фобии характеризуются избеганием ситуаций, в которых индивид подвергается оценке со стороны окружающих, и страхом унижения или препятствий для его действий. Специфические фобии вызываются определенными объектами - часто животными, высотой или замкнутыми пространствами. Большое количество объектов связано с простыми фобиями. Как социальные, так и специфические фобические реакции обычно включаются определенными стимулами.

5. Верны все ответы. Поведенческая терапия основывается на работах И. П. Павлова, И. Вольпе и др. Она направлена на наблюдаемое поведение пациента, а не на лежащие в его основе психические процессы. Принципы обуславливания и обучения являются важным теоретическим фундаментом этого подхода. Систематическая десенсибилизация, ключевой метод поведенческой психотерапии, позволяет пациенту преодолеть тревогу путем постепенного противостояния стимулам, провоцирующим тревогу, в состоянии релаксации. «Наводнение» является методикой, в которой пациент непосредственно соприкасается с интенсивной стимуляцией, вызывающей тревогу, «наводняется» тревогой и остается в этой ситуации, пока не успокоится и не приобретет чувство самоконтроля. Моделирование включает преодоление тревоги путем наблюдения и имитации модели поведения человека, у которого нет данного симптома. Релаксационные методики являются наиболее распространенным средством в структуре других методов, таких, как десенсибилизация.

6. Когнитивная терапия обычно является активной, структурированной, ограниченной по времени формой лечения. Она основана на том, что способ обработки информации и структурирования опыта определяет наши мысли и чувства. Пациенту помогают идентифицировать, воспринять реальность и скорректировать ложные и нарушающие функционирование установки, искажающие процесс познания. Это приводит к более реалистической и адаптивной переработке информации и, таким образом, облегчает симптоматику и улучшает поведение. Правильный ответ Б.

7. Правильный ответ Г. Когнитивная терапия является директивной и ограниченной во времени психотерапией, которая не включает работу с бессознательным и, следовательно, интерпретацию сновидений. Ее целью является выявление и устранение негативного предубежденного мышления и поощрение развития логического, построенного на реальности мышления. Она первоначально была разработана для непсихотических депрессивных пациентов, но в настоящее время используется при ряде различных состояний. «Совместный вывод» означает активное сотрудничество психотерапевта и пациента для выявления иррациональных установок и нелогичного образа мыслей пациента. Метод является структурированным и имеет 3 компонента: 1) дидактические аспекты, 2) когнитивные и 3) поведенческие (бихевиоральные) методы.

8. Верные ответы А и В. Ряд видов психотерапии основывается на психодинамических принципах. Эти виды терапии включают психоанализ, психодинамическую терапию, коммуникативные методы, некоторые виды поддерживающей терапии и др. Психодинамические принципы делают акцент на силы и мотивации, лежащие в основе мыслей, чувств и поступков человека. Центральное место отводится бессознательной мотивации при психопатологических проявлениях и поведении. Это отражается в том внимании, которое уделяют психодинамические психотерапевты сопротивлению и механизмам психологической защиты у своих клиентов. В отличие от психодинамической психотерапии описательная психиатрия сосредоточена на диагностике и тщательном наблюдении симптомов заболевания и поведении пациента.

9. Критерии возможного успеха лечения анализом невроза у данной личности включают следующее: способность к реальной оценке; чувство доверия по отношению к психотерапевту, а также к собственным возможностям справиться с неприятными аспектами терапии; воз-

возможность перенести зависимое положение; способность к усвоению опыта, а также способность следовать незнакомым путем. Хотя вышеперечисленные качества предполагают наличие зрелой личности, анализ может быть предпринят и у подростков. Правильный ответ Д.

10. Правильные ответы А, Б, В. *Сопротивлением* называется поведение пациента, представленное защитой от импульсов, проявляющихся при терапии. В сопротивление включаются все защитные операции, которые использует пациент. Сопротивление может быть либо эгосинтонным, либо эгодистонным; некоторые его виды - такие, как отреагирование - трудны для классификации.

11-13. Правильные ответы 11-Г, 12-В, 13-А. Психоаналитическая теория утверждает, что каждая личность - нормальная или невротическая - использует механизмы психологической защиты. Некоторые виды защит, такие, как альтруизм (замещающее удовлетворение от служения другим) и *сублимация* (удовлетворение потенциально предосудительного импульса социально-приемлемыми средствами), считаются зрелыми и здоровыми. Вытеснение, изоляция и рационализация являются невротическими механизмами защит. *Вытеснение*, которое играет главную роль в патогенезе истерии, включает бессознательное исключение мысли или чувства из сознания. Оно часто сопряжено с символическим поведением, представляющим собой выражение вытесненного психологического содержания. *Изоляция* включает отделение болезненных чувств от мыслей, вызывающих их. Как мысли, так и сопровождающий их аффект могут быть вытеснены из сознания или аффект может сместиться на другие мысли. *Рационализация* включает поддержание неприемлемых мыслей или поведения в основе своей неверными, но благовидными объяснениями. *Отреагирование* является незрелым механизмом защиты, где внутренний конфликт может частично или временно облегчиться бессознательным выражением и импульсивным действием.

14. Перенос является универсальным феноменом, но он особенно выражен при психоаналитической терапии, т. к. она проводится таким образом, чтобы сделать его развитие максимальным. Открытие переноса З. Фрейдом явилось одним из самых важных. Перенос включает видение и переживание настоящего через «очки прошлого», что дает возможность реконструировать прошлое и понять происхождение конфликтов пациента. Хотя, несомненно, он может окрашивать сновидения пациента, его преимущественные проявления отмечаются во взаимодействии с психотерапевтом в процессе лечения. Правильный ответ Г.

15. Правильный ответ В. *Невроз переноса* обычно наступает на средней стадии аналитического лечения и связан с переживанием пациентом психологической регрессии на ранние стадии развития конфликта. Вследствие переноса пациент переживает то, что является сущностью «невроза замещения», когда ранние желания и конфликты вновь переживаются под наблюдением аналитика. Это представляет пользу для лечения, т. к. помогает выдвинуть на передний план значимые воспоминания, чувства и реакции, которые можно будет интерпретировать и окончательно разрешить в контексте отношения к аналитику.

16. Правильный ответ А. *Контрпереносом* называются бессознательные потребности, желания или конфликты аналитика, которые пробуждаются пациентом. Эти реакции могут привести к развитию либо положительных, либо отрицательных чувств по отношению к пациенту. Контрперенос может определенно оказаться потенциально вредным для терапевтического процесса из-за влияния на объективность суждений и побуждений. Однако он неизменно возникает при психоанализе и, вероятно, всех формах психотерапии. Часто он играет положительную роль, предупреждая аналитика о трудноуловимых и скрытых особенностях поведения пациента или помогая достичь инсайта в отношении понимания поведения и чувств пациента. Единственным примером, когда показана передача пациента другому аналитику, является

случай, когда первый аналитик не может разрешить проблему контрпереноса, что препятствует лечению.

### Рекомендуемая литература

- Адлер А. О нервическом характере. Пер. с нем. - СПб., 1997.  
Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. Пер. с нем. - М., 1995.  
Бек А. Когнитивная психотерапия депрессий // Моск. психотер. журн., 1995. - № 3. - С. 69-92.  
Бек А. Техники когнитивной психотерапии // Психологическое консультирование и психотерапия. Хрестоматия. Т. 1. - М., 1999. - С. 142-166  
Бек А., Фримен А. (ред.) Когнитивная психотерапия расстройств личности. - СПб., 2002.  
Берн Э. Групповая психотерапия. Пер. с англ. - М., 2000.  
Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии: Системная индивидуальная и социальная психиатрия. Пер. с англ. - М., 2001.  
Егоров Б.Е. Психоаналитически-ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных психических расстройств. Пособие для врачей. - М., 1996.  
Егоров Б.Е. Российский клинический психоанализ - новая школа. - М. - Екатеринбург., 2002.  
Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. - М., 1990.  
Кемпински А. Психопатология неврозов. Пер. с польск. - Варшава, 1975.  
Киришбаум Э.И., Еремеева А. И. Психологическая защита. - 2-е изд. - М., 2000.  
Купер П. Современный психоанализ. Пер. с нем. - СПб., 1997.  
Купер П. Элементы групповой терапии. Введение в психоаналитическую практику. Пер. с нем. - СПб., 1998.  
Лапланш Ж., Панталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. Пер. с фр. - М., 1996.  
Лейбин В.М. Словарь-справочник по психоанализу. - СПб., 2001.  
Морено Я. Психодрама. Пер. с англ. - М., 2001.  
Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Пер. сангл. - М., 1998.  
Мертенс В. (ред.) Ключевые понятия психоанализа. Пер. с нем. - СПб., 2001.  
Морено З. Обзор психодраматических техник // Моск. психотер. журн., 1993. - № 1.  
Мэй Р. Смысл тревоги. Пер. с англ. - М., 2001.  
Мэй Р. (ред.). Экзистенциальная психология. Экзистенция. Пер. с англ. - М., 2001.  
Нюнберг Г. Принципы психоанализа и их применение к лечению неврозов. - М., 1999.  
Овчаренко В.И. Психоаналитический глоссарий. - Мн., 1994.  
Психоаналитические термины и понятия: словарь. Пер. с англ. - М., 2000.  
Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. Пер. сангл.-СПб., 1995.  
Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: Монография. Пер. с англ. - М., 1999.  
Самосознание и защитные механизмы личности: Хрестоматия. - Самара, 2000.  
Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство. Пер. с англ. - М., 1992.  
Франкл В. Теория и терапия неврозов. Пер. с нем. - СПб., 2001.  
Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. - СПб., 2001.  
Фрейд З. 0 клиническом психоанализе. Избр. соч. - М., 1991.  
Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. Пер. с англ. - М., 1993.

### Дополнительная литература

- Адлер А. Наука жить. Пер. сангл. и нем. -К., 1997.  
Адлер А. Понять природу человека. Пер. с нем. - СПб., 1997.  
Акерман С. Психодрама, ориентированная на группу // Моск. психотер. журн., 1993. - № 4.  
Алейникова Т.В. Психоанализ: Учебное пособие. - Рост. н/Д., 2000.

Андерсен-Уоррен М., Грейнджер Р. Драматерапия. - СПб., 2001.

Асанова Н.К. Аналитическая психотерапия в случае фобического расстройства у 6-летнего мальчика // Рос. психоаналит. веста., 1993-1994. - №34. -С. 57-63.

Барц Э. Игра в глубокое: Введение в юнгианскую психодраму. Пер. с нем. - М., 1997.

Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. Пер. с англ. - М., 2001.

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. Пер. с англ. - М., 1997.

Блэкбарн И.М. Роль когнитивной психотерапии в лечении тревожных расстройств и депрессии. Медикограф-фия // Журн. мед. информации и междунар. связей, 1994. - Т. 16. - Вып. 56. - № 1.

Браун Д., Педдер Дж. Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики. Пер. с англ. - М., 1998.

Бубер М. Я и Ты. Пер. с англ. - М., 1993.

Варди. Фобия.-М., 2002.

Вацлавик П. Как стать несчастным без посторонней помощи. Пер. с англ. - М., 1990.

Вертманн Г.-Ф. Неузнанные аутистические нарушения при невротических заболеваниях // Рос. психоан. веста., 1993-1994. - № 3-4. - С. 192-205.

Виттельс Ф. Фрейд. Его личность, учение и школа. - Л., 1991.

Гаранян Н.Г. Практические аспекты когнитивной психотерапии // Моск. психотер. журн., 1996. - № 3. - С. 27-48.

Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели // Моск. психотер. журн., 1996. - № 3. - С. 112-140.

Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. - М., 1997.

Гринсон Р.Р. Практика и техника психоанализа. - Новочерк., 1994.

Знаменитые случаи из практики психоанализа. Сб. Пер. с англ. и нем. - М., 1995.

Гранов В. РШТАТ1СМЗ: Будущее Эдипова комплекса. Пер. с фр. - СПб., 2001.

Диалог Карла Роджерса и Мартина Бубера // Моск. психотер. журн., 1994. - № 4. - С. 67-94.

Дрейкурс-Ферпоссон Е. Введение в теорию Альфреда Адлера. - Мн., 1995.

Журбин В.И. Понятие психологической защиты в концепциях З.Фрейда и К. Роджерса//Вопр. психол., 1990. - №4. С. 14-22.

Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия. - СПб., 1998.

Кадыров И.М. Психодрама и психоанализ: два театра для психической драмы //Моск. психотер. журн., 1996.- №1.-С. 5-20.

Калина Н.Ф. Основы психоанализа. - М. - К., 2001.

Калмыкова М.Е. Введение в психоанализ: Теоретический курс. Книга академического авторизованного изложения. - М., 1999.

Карвасарский Б.Д., Ледер С (ред.) Групповая психотерапия. - М., 1990.

Кейсмент П. Обучаясь у пациента. Пер. с англ. - Воронеж, 1995.

Келлерман П.Ф. Психодрама крупным планом: Анализ терапевтических механизмов. Пер. с англ. - М., 1998.

Кеннард Д. и др. Группо-аналитическая психотерапия. - СПб., 2002.

Килборн Б. Когда травма поражает душу: стыд, расщепление и душевная боль// Журн. практич. психолога, 2001.-№1-2. -С. 127-146.

Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама. Пер. с англ. - М., 1993.

Кольев А.Ф. Взаимоотношения «Я» - «Другой» и его значение для практической психологии // Моск. психотер. журн., 1999. - № 2. - С. 48-60.

Кори Дж. и др. Техники групповой психотерапии. Пер. с англ. - 3-е изд. - СПб., 2001.

Коркина М.В. и др. Психиатрия: Учебник. - М., 1995.

Котро Ж., Моллар Е. Когнитивная психотерапия фобий // Моск. психотер. журн., 1996. - № 3. - С. 93-111.

Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: Теория и практика. Пер. с лит. - М., 2000.

Крылов А.Н. Человек в российском психоанализе. - М., 1999.

КэхелеХ., ТомэХ. Современный психоанализ: Исследования. Пер. с нем. - СПб., 2001.

Лакан Ж. Семинары. Книга 1. Работы Фрейда по технике психоанализа. (1953/54 гг.). Пер. с фр. - М., 1998.

Лакан Ж. Семинары. Книга 2. «Я» в теории Фрейда и в технике психоанализа (1954/55 гг.). Пер. с фр. - М., 1999.

Лейбин В.М. Классический психоанализ: история, теория, практика. - М. - Воронеж, 2001.

Лейбин В.М. Эдипов комплекс: инцест и отцеубийство. - М., 2000.

Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама ЯЛ. Морено. Пер. с нем. - М., 1994.

Лойшен Ш. Психологический тренинг умений. Школа Вирджинии Сатир. - СПб., 2001.

Лоренцер А. Археология психоанализа: Интимность и социальное страдание. - М., 1996.

МакМаллин Райан. Практикум по когнитивной терапии. - СПб., 2001.

Марине Р.Ф. История Доктора: Джей Л. Морено - создатель психодрамы, социометрии и групповой психотерапии. Пер. с англ. - М., 2001.

Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. - СПб., 2001.

Морено Дж. Театр спонтанности. Пер. с англ. - Красноярск, 1993.

Марсон П. 25 ключевых книг по психоанализу. Пер. с фр. - Челябинск, 1999.

Менингер В., Миф М. Вы и психоанализ. Пер. с англ. - СПб., 1998.

Михайлова Н.А. и др. Основы клинической и психологической диагностики неврозов в связи с задачами психотерапии. -Л., 1986.

Моллон Ф. Бессознательное. - М., 2002.

Морли С. и др. Методы когнитивной терапии и тренинга социальных навыков. - СПб., 1996.

Мясищев В.Н. Психология отношений. - М. - Воронеж, 1995.

Натаров В.И. Группо-аналитическая психотерапия: Методы, принципы, методики // Психол. журн., 1994. - Т. 15.-№2.-С. 127-134.

Натаров В.И. Группо-аналитическая социо- и психотерапия: методы и принципы. Учебно-методическое пособие для ведущего группы. - СПб., 1993.

Немеринский О.В. Личностный рост в терапевтической группе. - М., 1999.

Ормонт Л.Р. Групповая психотерапия: от теории к практике. Пер. с англ. - СПб., 1998. - Т.1 -2.

Папуш М. Психотехника экзистенциального выбора. - М., 2001.

Папуш М. Работа с субличностями в гештальт-терапии // Моск. психотер. журн., 1994. - № 3.

Папуш М.П. «Я» и «Ты» в гештальт-терапии: аксиологический анализ концепции невротических механизмов // Моск. психотер. журн., 1992. - № 2.

Пачеко К.Б. Азбука аналитической трилогии (интегральный психоанализ). - М., 1994.

Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - СПб., 2000.

Практика психосинтеза: Упражнения, направленные на развитие личности и достижение личностного роста. /Сост. и ред. Дж. Томас. Пер. англ. - СПб., 1992.

Психоанализ в развитии: Сб. переводов. - Екатеринбург., 1998.

Психодрама - вдохновение и техника. Пер. с англ. - М., 1997.

Психотерапевтическая энциклопедия. - СПб., 1999.

Ракер Г. Значение и использование контрпереноса // Моск. психотер. журн., 1998. - № 2.

Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. Пер. с англ. - М., 1994.

Роджерс К. Клиентоцентрированная терапия. Пер. с англ. - М.-К., 1997.

Роджерс К. О групповой психотерапии. Пер. с англ. - М., 1993.

Россохин А. В. Коллизии современного психоанализа: от конфронтации подходов к их динамическому взаимодействию /эволюция теории аналитической техники //Антология современного психоанализа. Т. 1. - М., 2000.-С. 23-80.

Россохин А.В. Эротизированный перенос как защита от проявления агрессии к аналитику. // Психотерапия: от теории к практике - М., 1997. - С. 75-78.

Россохин А.В. (ред.) Антология современного психоанализа. Т. 1. - М., 2000.

Рудестам К. Групповая психотерапия. Пер. с англ. - СПб., 1999.

Руган Дж., Стоун У. Психодинамическая групповая психотерапия. - СПб., 2002.

Сандлер Дж. и др. Пациент и психоаналитик: Основы психоаналитического процесса. Пер. с англ. - Воронеж, 1993.

Сахакиан У.С. (ред.) Техники консультирования и психотерапии. Тексты. - М., 2000.

Сидоренко Е.В. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру. - СПб., 2000.



Сидоренко ЕВ. Экспериментальная групповая психология комплекса «неполноценности» и анализ ранних воспоминаний в концепции Альфреда Адлера: Учебное пособие. - СПб., 1993.

Смит М.Дж. Тренинг уверенности в себе. Пер. с англ.-СПб., 1995.

Стрэнчи Дж. Характер терапевтической работы в психоанализе //Антология современного психоанализа. Т. 1. - М., 2000.-С. 81-106.

Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. Пер. с англ. - СПб., 1996.

Тобин С. Сравнение психоаналитической Я-психологии и личностно-центрированной терапии К. Роджерса // Ин. психологии, 1993. -Т. 1. -№ 1.

ТомэХ., КэхелеХ. Современный психоанализ. Пер. с англ.-М., 1996. Т. 1-2.

Траурнет А. Что такое психоанализ сегодня? // Соц. и клин. психиатрия, 1994. - Т. 4. - С. 55-72.

Тэхэ В. Психика и ее лечение: Психоаналитический подход. Пер. с англ. - М., 2001.

Уолен С.И. и др. Рационально-эмотивная психотерапия. Пер. с англ. - М., 1997.

Усков А.Ф. Фрейд о позиции психоаналитика: знаменитые метафоры и практические рекомендации 1912-15 гг. // Моск. психотер. журн., 1996. - № 2. - С. 113-124.

Фанч Ф. Пути преобразования. Общие модули процессинга. Пер. с англ. - К., 1997.

Фанч Ф. Преобразующие диалоги. Пер. с англ. - К., 1997.

Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. - СПб., 2002.

Ференци Ш! Интроспекция в неврозе// Психоанализ в развитии: Сб. переводов. - Екатеринбург., 1998. - С. 43-58.

Ференци Ш. Теория и практика психоанализа. Пер. с нем. - М.-СПб., 2000.

Франкл В. Психотерапия на практике. Пер. с нем. - СПб., 1999.

Франкл В. Теория и терапия неврозов. - СПб., 2001.

ФрейдЗ. Избранное. - Рост. н/Д., 1998. -С. 43-176.

Фрейд З. Толкование сновидений. - Обнинск, 1992.

Фрейд З. Тотем и табу //«Я» и «Оно». -Тбилиси, 1991.Т. 1.-С. 193-350.

Хайгл-ЭверсА. идр. Базисное руководство по психотерапии. Пер. с нем. -СПб., 2001.

Харрис Т.Э. Я - о'кей, ты - о'кей. Пер. с англ. - Екатеринбург. - М., 2001.

Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию. Пер. с англ. - СПб., 1997.

Цапкин В.Н. Личность как группа - группа как личность// Моск. психотер. журн., 1994. - № 4.

Человек-Волк и Зигмунд Фрейд. Сб. Пер. с англ.-К., 1996.

Шалиро Д. Невротические стали. Пер. сангл. - М., 1998.

Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. Пер. с англ. - СПб., 1999.

Эмануэль Р. Страх. - М., 2002.

Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. Зигмунд Фрейд: жизнь, работа, наследие. - М., 1998.

Энциклопедия глубинной психологии. Т. 2. Новые направления в психоанализе. Психоанализ общества. Психоаналитическое движение. Психоанализ в Восточной Европе. - М., 2001.

Ягнюк К.В. Сессия Карла Роджерса с Глорией: анализ вербальных вмешательств//Журн. практич. психолога, 2001. - № 1-2. - С. 45-64.

Ялом И.Д. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. Пер. с англ. - М., 1997.

Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. Пер. с англ. - СПб., 2000.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. Пер. с англ. - М., 1999.

Янг Р. Эдипов комплекс. - М., 2002.

## Глава 5

# СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

В МКБ-10 в данную группу включены: соматизированное и ипохондрическое расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция, хроническое соматоформное болевое расстройство. Ближе к перечисленным стоят аггравация, симуляция и психосоматические расстройства: бронхиальная астма, язвенный колит, ревматоидный артрит, эссенциальная гипертония и мигрень, пептическая язвенная болезнь, нейродермит, диффузный токсический зоб, коронарная болезнь.

Соматизированные расстройства отличаются периодическими жалобами на соматическое состояние, хотя обследование не выявляет патологии. Больные ипохондрическими расстройствами убеждены в наличии у них соматической болезни, хотя объективные данные отсутствуют. Термином соматоформная вегетативная дисфункция обозначают неврозы органов (вегетоневрозы). Диагноз хроническое соматоформное болевое расстройство ставится, когда боли не обусловлены соматическим заболеванием, не соответствуют иннервации, тесно связаны с конфликтом. Аггравацией (от лат. *addaugere* - усиливать тяжесть) называют произвольные попытки усилить симптоматику, симуляцией (от лат. *zīti1at.ю* - притворство) - намеренное изображение определенной болезни, нередко с помощью препаратов.

Понятие *соматизация* было введено ближайшим учеником З. Фрейда В. Штекелем в 1943 г. для обозначения конверсионных расстройств - истероформных соматических нарушений, рассматриваемых в психоанализе как символическое выражение бессознательного конфликта, как правило, скрыто сексуального. В настоящее время конверсионными (истероформными) называют двигательные и чувствительные псевдоневрологические расстройства, при которых симптомы не соответствуют ожидаемой локализации, символически и позволяют пациенту получить «вторичную выгоду». Термином соматизация обозначают процесс реальных органических изменений, возникающих в результате воздействия определенных стрессов, с которыми не удается справиться на психологическом уровне.

Сексуальная революция привела к уменьшению числа грубых конверсионных расстройств. Зато настоящим бичом индустриального общества с его ускоренным темпом и ломкой традиционного уклада жизни становятся социальные стрессы и на их фоне - *соматоформные расстройства*. Их отличительная особенность - особая устойчивость перед медикаментозным лечением и выраженная тенденция к хронизации.

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

ные часто испытывают неопределенные и буквально неопишуемые страдания. Они составляют четверть всех больных и каждый из них обходится государству в среднем в 10 раз дороже обычного. Не находя помощи у врачей, они обращаются к представителям парамедицины и парапсихологии. Установить психогенное происхождение расстройств мешает характерная для этой группы больных *алекситимия* - нарушения аффективной и когнитивной сфер, которые проявляются трудностью в осознании и описании эмоций, общим ограничением аффективной жизни и фантазии. Им тяжело подобрать слова для описания чувств, они редко плачут и почти не видят снов. Аффект обычно неадекватный. Доминирующим способом достижения цели являются действия, нередко импульсивные. Личностный склад нарциссический, избегающий, пассивно-агрессивный или пассивно-зависимый. Моторика ригидна. Межличностные отношения бедные, с выраженной зависимостью или одиночеством, слабыми связями с социальным и культуральным фоном. Зависимое отношение к определенному медицинскому учреждению, которое становится центром жизни пациента, получило название синдрома *альбатроса*. Зависимое отношение к хирургам с многочисленными ненужными операциями - *синдрома Мюнхгаузена*. Под действием стресса алекситимики проявляют склонность к абюзам (абизе - злоупотребление, оскорбление, англ.) - пищевым, алкогольным, лекарственным. У них могут развиваться маскированная депрессия с суицидальными тенденциями и сексуальные перверсии (реп/егзиз - извращенный, лат.).

### Соматизированное расстройство (синдром Брикe)

- Желудочно-кишечные симптомы: дурной привкус во рту или необычно обложенный язык, трудности при глотании, тошнота, отрыжка и рвота, боли и ощущения тяжести в животе, переполнения и вздутия, поносы.
- Сердечно-сосудистые симптомы: одышка без нагрузки, боли в грудной клетке.
- Мочеполовые симптомы: задержка или учащение мочеиспускания, неприятные ощущения в гениталиях или вокруг них, необычные или обильные влажливые выделения, осложнения во время месячных и беременности.
- Кожные и болевые симптомы: появление пятен или изменение цвета кожи, боли в конечностях или суставах, неприятное онемение.

Соматическая патология, если и выявляется, не может объяснить выраженность, многообразие, стойкость и изменчивость симптоматики, а также степени социальной дезадаптации. В анамнезе многочисленные стационарные обследования и диагностические операции, конфликты с врачами. В личности преобладают демонстративность, навязчивость, обидчивость и склонность к манипулятивному поведению. Расстройство возникает чаще у женщин с началом менструаций.

### Ипохондрическое расстройство

Болеют чаще мужчины, пик заболевания приходится на 40-60 лет. Название происходит от греч. *Нуроспойпа* - подреберье, поскольку древнегреческие врачи связывали это состояние с болезнью печени (отсюда и *меланхолия* - греч. *melas*, черный и *chole*, желчь). У больных наблюдается стойкое убеждение в наличии одного (у некоторых - нескольких) определенных заболеваний или дефекта внешности. Они многократно пытаются убедить в этих диагнозах специалистов, занимаются самолечением. Они становятся профессиональными медиками или, наоборот, с пренебрежением относятся к медицине и к собственному здоровью.

Свои жалобы на здоровье больные излагают детально, сопровождают их демонстрацией обширной медицинской документацией, ссылаются на прочитанную в популярной литературе информацию. При этом они игнорируют занятость врача, ожидающих других больных, одновременно жалуются на предыдущих специалистов, близких, начальство и т. п. Их монолог отличается монотонностью, эмоциональной невыразительностью, однако при попытке прервать его или не согласиться с каким-то утверждением они проявляют бурное негодование.

Выделяют *сенесто-ипохондрический синдром*, развивающийся из сенестопатий - крайне тягостных необычных ощущений: жжения, переливания, разбухания и т. п. Эти ощущения трудно поддаются описанию, изменчивы, не имеют определенной локализации и связи с конкретными органами.

### Соматоформная вегетативная дисфункция

Диагностируется также как *вегето-сосудистая или нейроциркуляторная дистония*, вегетоневроз, невроты органов. Больные связывают свое состояние с патологией определенного органа или системы. Наблюдаются следующие вегетативные симптомы: приступы сердцебиения, приливы жара или покраснение, эпизоды потливости, тремор, сухость во рту, ощущение давления в эпигастрии («под ложечкой») или перемещения в животе. Могут быть также боли в груди или ощущение давления в области сердца, одышка и выраженная утомляемость при незначительной нагрузке, отрыжка воздухом, икота, жжение по ходу пищевода и в эпигастрии, ощущение вздутия, неустойчивый, учащенный стул, учащенное или прерывистое мочеиспускание и другие эпизодические мочеполовые расстройства.

Выделяют такие невроты органов, как невроз сердца (кардионевроз), невроз желудка, психогенное раздражение толстого кишечника (психогенная диарея - поносы), психогенная одышка и кашель, психогенная дизурия («мочевое заикание»).

### Хроническое соматоформное болевое расстройство

Чаще встречается у женщин в возрасте 40-50 лет, занимающихся сидячими профессиями. Боли тяжелые, длительные, частые, с определенной локализацией, находятся в центре внимания пациента. Типично, что боли реагируют не на анальгетики, а на нейтральные лекарства - *плацебо* (понравлюсь, лат.). Начинаются боли внезапно, за несколько недель нарастают настолько, что существенно ограничивают повседневную активность. Для беременных и кормящих женщин характерны такие симптомы, как вздутия, тошнота и рвота. Наблюдаются депрессивные проявления - возможно, вторичные: ангедония, снижение либидо, нарушения сна и раздражительность. Состояние связано не с какой-либо соматической патологией, а с актуальным межличностным конфликтом; длительность течения зависит от возможности получать вторичную выгоду.

### Психосоматические болезни

#### Гипертоническая болезнь и мигрень

Гипертонической болезнью считается состояние, когда наблюдается стойкое повышение артериального давления выше 160/95 мм рт. ст. В отличие от симптоматической (например, при первичных почечных и эндокринных заболеваниях) диагноз эссенциальной гипертонии

ставят 90% всех гипертоников. Это самая распространенная болезнь населения развитых стран. В США ею больны 47% женщин старше 60 лет и 25% мужчин этого возраста. Чаще это люди с повышенным весом тела. На поздних стадиях болезни наступают органические изменения в сосудах головного мозга, сердца, почек, что приводит к отложению атеросклеротических бляшек и развитию таких осложнений, как кардиocereбральный атеросклероз и нефросклероз. Больные обычно умирают от инсульта или инфаркта.

Начало болезни незаметное, проявляется периодическими состояниями головокружения и оглушенности, ослабления психических и физических возможностей, приступами головной боли. Повышенное АД чаще обнаруживается при случайном измерении. Провоцирующими ситуациями обычно бывают состояния сдерживаемой тревоги, цейтнота, нарастающего напряжения.

Личностный профиль больных включает следующие черты: перфекционизм, престижность, стремление к самоутверждению, интровертированность, эмоциональную лабильность и истероидность, хронический внутрличностный конфликт между агрессивными импульсами и потребностью от значимого другого. Сочетание этих черт приводит к повышенной готовности к психосоматическому реагированию, особенно при необходимости адаптироваться к смене жизненного стереотипа. Указанные психологические проблемы могут быть усилены семейным окружением больного.

В детстве пациенты обычно склонны к приступам ярости, затем становятся подчеркнуто уступчивыми из опасений потерять благосклонность других людей. Они не отступают перед трудностями, непреодолимые препятствия вызывают у них лишь раздражение и готовность «биться до конца». Став начальником, они избегают приказывать подчиненным, сами выполняют работу за них, проклиная в душе за «лень и безответственность». Даже если они недовольны работой и отношением к себе, они редко меняют место работы.

В период хронического стресса больные испытывают подавленный гнев, чувство вины за враждебные импульсы, потребность в одобрении со стороны авторитетных лиц. В состоянии острого стресса интенсивно освобождается адреналин, возникает спазм сосудов и повышается давление крови.

При внешней послушности больные часто не вербализуют свое несогласие с врачом, скрывая свое болезненное самолюбие и тенденцию к соперничеству. Они без видимых причин обрывают лечение, испытывая при этом чувство вины и страх наказания. Поэтому для контролеров терапевта важно, чтобы он чувствовал оппозиционный настрой пациента, не упрекал его за это и не чувствовал себя ущемленным, а вызывал пациента на открытый разговор о негативных чувствах.

Следует обратить внимание на образ жизни пациента, обучить приемам аутотренинга, назначить на время психотравмирующей ситуации транквилизаторы. Важно приучить больного к регулярному контролю АД и веса, соблюдению режима сна и отдыха, убедить его перейти на вегетарианское питание с ограничением острого, соли и жидкости. На поздних стадиях болезни, когда постоянный прием гипотензивных препаратов становится жизненно необходимым, этому могут помешать опасения по поводу побочного действия лекарств. Подобные опасения чаще связаны с нежеланием чуждого (химического) контроля, чем с ипохондрическими тенденциями. Справиться с ними помогает подход, при котором больной сам измеряет АД с целью контролировать действие препаратов и подбирать адекватные дозировки.

## Коронарная болезнь

Другие названия: *хроническая ишемическая болезнь сердца, стенокардия*. Профиль личности характеризуется как «коронарный»: перфекционизм, престижность, торопливость в ве-

дении дел, нетерпение, чувство цейтнота, повышенная ответственность за порученное дело, трудоголизм. Наблюдается эмоциональный отрыв больного от семьи, который вначале проявляется в неинформированности о жизни семьи, а затем - в переносе стиля своих профессиональных отношений в семью. Эффективна гипнотерапия в индивидуальной и групповой форме (в диагностически однородной группе больных). Формулы внушения желательнее строить в неимперативном стиле, в виде разъяснений, убеждений.

Малогипнабельным больным с установкой на повышение способности к саморегуляции больше показана аутогенная тренировка, которую целесообразно проводить в группе. Занятия необходимо проводить не реже 3 раз в неделю с рекомендацией регулярных самостоятельных занятий после обеда и перед сном; курс лечения рассчитан на 1 месяц. При составлении формул самовнушения следует исключить ощущения, связанные с тяжестью и скованностью в теле, поскольку они могут приводить к усилению тревоги за работу сердца и появлению неприятных ощущений в груди. Более эффективны внушения ощущений тепла и легкости, свободы в груди. Немаловажно, что в группе аутогенной тренировки больные имеют возможность отреагировать свои негативные эмоции во время бесед на тему о применении навыков аутотренинга в текущей жизни, что способствует снижению психовегетативного напряжения и переключает внимание больного на приятные ощущения и события.

## Бронхиальная астма

Приступ астмы включает спазм бронхов, судорожное сокращение диафрагмы, отек слизистой дыхательных путей и повышенную секрецию слизи. У больного особенно затруднен выдох, который становится громким, длительным. Больной испытывает острую нехватку воздуха, он задыхается, «борется за воздух». В это время он полностью поглощен своим дыханием, с ним трудно установить контакт. При хронической астме у личности нарастает тенденция к самоизоляции, часто выявляются истероидные черты, повышенная ипохондричность и неосознаваемая тревожность.

Симптом бронхоспазма расценивается как символическое выражение личностного конфликта между потребностью пациента в нежности и страхом перед ней, а также противоречивости в решении проблемы «брать и давать». Астматическое свистящее дыхание рассматривается как сдавленная мольба о любви и защите. В раннем детстве мать обычно запрещала ребенку кричать, плакать и т. п. Больные переживают сильную тревогу, связанную с зависимостью и разлукой. Приступы могут быть обусловлены стрессом, инфекцией дыхательных путей, аллергией.

Следует изучить взаимоотношения в семье пациента, при чрезмерной опеке необходимо побудить пациента к самостоятельной деятельности в трудных ситуациях.

## Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Поражено 10% населения, в основном - мужского пола, начинается обычно в 30-40 лет, течение рецидивирующее. Часто входит в состав триады: пептическая язва, бронхиальная астма, ревматоидный артрит. Развивается у впечатлительных, робких, но честолюбивых личностей, попавших в зависимое положение. Символический смысл расстройства - уничтожение плохого «кормильца». Отмечаются глубокая неудовлетворенность поддержкой со стороны близких, неспособность выразить гнев, недостаточная самостоятельность. Выражены аскетические проявления, поскольку любое стремление что-то иметь

отвергается чувством вины. В состоянии тревоги, стресса повышается кислотность желудочного сока и уровень пищеварительного фермента пепсина с раздражением слизистой оболочки.

Выделяют 2 варианта болезни.

1-й вариант. «Тиранический пациент» со слабым Я, внутренней зависимостью от окружения и в то же время выраженным страхом перед этой зависимостью, стремлением к тираническому подавлению окружающих со вспышками агрессивности в случае неудач. В фантазиях и мечтах часто фигурируют женщины с большой грудью и жертвенные существа. Часть пациентов склонны к алкоголизации. В детстве больного один или оба родителя подавляли его, что вызывало у ребенка страх с дальнейшим формированием психологической защиты в форме тирании (гиперкомпенсация, идентификация с агрессором, подражание). Зачастую тираническое поведение пациента актуализируется в супружеской семье пациента.

Показана семейная терапия, нацеленная на осознание пациентом переживаемого им страха тех ситуаций, в которых наиболее сильно возникает этот страх и гиперкомпенсаторно появляется стремление уйти от переживаний с помощью тиранического поведения. Семейная терапия должна также способствовать повышению эмпатии у членов семьи и созданию альтернативных способов взаимодействия. Занятия проводятся по принципу «здесь и сейчас» с использованием техник гештальт-терапии. Терапевт и родственники больного поочередно проигрывают роли «агрессивного», а затем «испуганного» человека; затем обсуждается аутентичность пребывания в этих ролях.

2-й вариант. Больные с «неврозом характера», компульсивно-депрессивными чертами и тенденцией к постоянному «рассеиванию» агрессивного напряжения на окружающих. Они «язвят» близких ироническими замечаниями, выражают постоянное недовольство, брюзжат, что создает негативное отношение к ним со стороны членов семьи и других лиц. Это, в свою очередь, усиливает вербальную агрессию пациента - формируется порочный круг.

Показано применение техники «конструктивного спора» по С. Краптохвилу, 1991. Полезны также гипносуггестивная терапия и аутогенная тренировка, направленные на релаксацию и улучшение кровообращения желудка.

## Неспецифический язвенный колит

Хроническое воспалительное заболевание толстого кишечника, протекающее в виде приступов и приводящее в выраженных случаях к его изъязвлению. Во время приступа наблюдаются схваткообразные боли и кровавый понос. Воспалительный процесс начинается с прямой кишки и поднимается вверх. Начало болезни приходится обычно на возраст 20-30 лет, независимо от пола. Манифестация болезни и ее рецидивы связаны с недостатком изживания печали по поводу утраты значимой ценности у лиц с повышенной привязчивостью.

Характерны запугивание в детстве, страх наказания, маскированная враждебность, пассивность. Меркантильная практичность прикрывается проповедью альтруистической морали и скромности, в характере уживаются сентиментальность и гневливость, типично стремление подчеркнуть свое трудолюбие. Заболевание возникает после тяжелого стресса, развиваются раздражительность, тревога, ослабляется активное внимание, возникают истероидные поведенческие расстройства. Формируется obsessivno-компульсивный характер с настороженной эффективностью и инфантильными чертами. Характерны эмоциональные расстройства, страх смерти и боязнь дальнейших страданий.

Необходима поддерживающая психотерапия.

## Диффузный токсический зоб, гипертиреоз

Развивается у лиц, переживших утраты близких в детстве, длительно находящихся в трудной жизненной ситуации при ее утяжелении. Им свойственна гиперсоциальность с повышенной требовательностью к себе, выраженным чувством долга и ответственности. Обычно это старшие дети в семье. Мужчины этой группы становятся трудолюбивыми, женщины - многодетными детьми. Они сами организуют ситуации перенапряжения сил, постоянно находятся в состоянии повышенной мобилизации и страха смерти.

Больные нуждаются в поддерживающей психотерапии; иногда эффективно вскрытие первичного конфликта, что переводит заболевание в невротическое русло с возможностью последующей долгосрочной динамической терапии.

## Ревматоидный артрит

Ревматоидный артрит (хронический полиартрит) поражает в основном женщин старше 40 лет. Начало болезни медленное, с утренней скованностью и болезненностью суставов и околоуставных мышц, тонус которых повышен. Больные долго не обращаются за помощью. Болезнь длится годами и необратимо деформирует мелкие суставы. Психотравмирующее влияние обычно оказывают межличностные конфликты, утраты близких людей, проблемы брака и личного авторитета. Для личности больных характерны следующие стойкие черты:

А. Стойкие проявления сверхсовестливости, обязательности, терпеливостью и внешней уступчивости, сочетающиеся со склонностью к подавлению всех агрессивных и враждебных импульсов;

Б. Мазохистски-депрессивные проявления с сильной потребностью к самопожертвованию и чрезмерным стремлением к оказанию помощи, сочетающиеся с честолюбием, сверхнравственным поведением и склонностью к депрессивным расстройствам настроения;

В. выраженная потребность в физической активности до развития заболевания (профессиональный спорт, интенсивная подвижная работа).

В детстве пациентка испытывает страх перед властной матерью и подавляет свое стремление к бунту. У нее рано возникает агрессивность, проявляемая в двигательной активности, которая компенсирует фрустрации эдиповой фазы. Тенденция выражать вытесненные агрессивные устремления через скелетную мускулатуру проявляется и в сновидениях пациентки. Она выходит замуж за слабовольного, как и ее отец, мужчину, и тиранит его, так же как ее мать отца. С другими людьми она демонстрирует самоотверженный альтруизм и терпеливость, скрывая подавляемую враждебность и страх проявить ее. Они трудолюбивы, объединяют семью, решительно преодолевают все трудности, становятся самоотверженными матерями и неутомимыми воспитателями. Агрессивные импульсы высвобождаются с все большим трудом и все хуже поддаются контролю. Пальцы все больше походят на когтистую звериную лапу, капканом для которой становится обездвиженность.

Необходимы различные формы двигательной и телесно-ориентированной терапии.

## Нейродермит

Экзема возникает у пациентов, находящихся под воздействием множественных психосоциальных стрессов, особенно таких, как смерть любимого человека, сексуальные конфликты, сдерживаемый гнев. Зуд усиливается в состоянии тревоги; расчесывание кожи связано с подавляемой враждебностью и аутоагрессией, а также выполняет функцию мастурбации. Выделяют локальный зуд половых органов и заднего прохода - *пруртус* (ршгкю - чесаться, похоть, сладострастие, лат.).

Заболевание начинается и обостряется в конфликтных ситуациях, связанных с фрустрацией потребности больного в телесной близости. В личности больных преобладают истерошизоидные черты, эксгибиционизм и страх отвержения. При попытках раскрывающей терапии больные проявляют нетерпеливость, пытаются сами определять ритм лечения, быстро переходят от интимности к отчуждению, склонны к аффективным реакциям.

В ряде случаев эффективным оказывается симптоматическое лечение гипнозом. При обострении назначают антигистаминные препараты: пипольфен, супрастин, диазолин, тагевил.

## Крапивница, ангионевротический отек

Остро возникающее поражение кожи с четко ограниченными красными, сильно зудящими волдырями, как при ожоге крапивы. С детства наблюдается конфликт между стремлением к мазохистской зависимости и независимости, неосознанное чувство вины, зуд как символическая форма мастурбации. Развитие приступа может быть обусловлено стрессом, усилением хронической тревоги, депрессией. Заболевание поддерживается мазохистским отношением к объекту привязанности, который позволяет сохранять аффективную связь при условии направленности агрессии больного на его собственную личность.

Приступы купируют антигистаминными препаратами, гипносуггестией. Мотивированным больным показана раскрывающая психотерапия.

## Этиология и патогенез

Роль неотреагированных эмоций в развитии психосоматических расстройств в настоящее время является общепризнанной. Дж. Браун, 2001 пишет: «При эссенциальной гипертонии повышенное кровяное давление поддерживается под влиянием сдерживаемых и никогда не высвобождаемых полностью эмоций, подобно временному состоянию у здоровых людей, вызванному влиянием свободно выражаемой ярости. Эмоциональные влияния на регуляторные механизмы углеводного метаболизма очевидно играют значительную роль при диабете. Хронически повышенное мышечное напряжение, вызванное длительными агрессивными импульсами, оказывается патогенным фактором при ревматоидном артрите. Воздействие этого типа эмоций на эндокринные функции можно наблюдать при тиреотоксикозе. Реакции сосудов на эмоциональные напряжения играют важную роль в некоторых формах головных болей. Во всех этих примерах определенные фазы вегетативной подготовки к сосредоточенному действию хронически задерживаются из-за того, что лежащие в их основе мотивационные силы невротически подавляются и не высвобождаются в соответствующем действии».

В отечественной литературе одним из ведущих подходов, объясняющих возникновение соматоформных расстройств, является концепция нервизма и условных рефлексов (И. П. Павлов). Кортико-висцеральная теория Быкова - Курцына рассматривает висцеральную патологию как результат нарушения кортикальных функций. При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. Влияние последней на внутренние органы опосредуется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами. Указанная теория явилась основой разработки особых методов терапии 50-х годов: лечение сном, лечебно-охранительный режим и т. п.

В. Кэннон в 30 - 40-х гг. нашел, что экстремальная ситуация вызывает у человека *реакции борьбы или бегства* с определенными эмоциональными и телесными составляющими. Если угроза для организма сохраняется, защитные механизмы (нейрогуморальные, висце-

ральные, двигательные) должны сохраняться активными более длительно. Тем самым могут вызываться функциональные, а затем и органические нарушения затронутых систем.

Г. Селье, 1946 описал патогенез *стресса*, расширив данные Кэннона понятием *адаптивного синдрома* - неспецифической реакцией, в которой можно различить три фазы: тревоги, сопротивления и истощения. В то время, как в фазе сопротивления осуществляется собственно адаптация организма (в частности, с гормональной реакцией со стороны коры надпочечников), в следующей фазе она истощается; происходит слом регулирующих нейрогуморальных механизмов с необратимыми соматическими последствиями - *дистресс*.

В. Райх, 1933 связал механизмы конверсии с особенностями выделенного им истероидного характера, а различные формы сопротивления характера - со специфическими мышечными зажимами. Разработанные Райхом диагностические критерии и методики дыхания, эмоционального раскрепощения, усиления напряжения в заблокированных мышцах (характерологический анализ) легли в основу телесно-ориентированной терапии.

Ф. Данбар в 40 - 50-х гг. обратила внимание на связь той или иной болезни с определенным личностным типом, дав описание восьми таких типов, соответствующих восьми психосоматическим заболеваниям. Она придавала большое значение семейной и личной истории больных (потеря родителей, болезни и несчастные случаи, разводы). Ф. Данбар описала два типа личностного преморбида при кардиофобическом неврозе.

*Тип А - тип простой зависимости*, с пассивным переживанием страха, стремлением подчинить близких, навязать семье удобный для себя образ жизни. Пациенты испытывают симбиотическую потребность в близости, уходе и к роли больного; при опасности ослабления симбиотической связи они заболевают или их болезненное состояние усиливается. Они постоянно беспокоятся о своем благополучии и при любом недомогании - своем или близких - впадают в панику. Они не скрывают своих страхов, но в остальном сдержаны и скрытны; педантично соблюдают правила поведения.

*Тип Б - контрафобический тип*, встречается гораздо реже. Такие лица отрицают свое желание защиты и зависимости; скрывают свои страхи, не менее сильные, чем у типа А, преодолевают их с помощью повышенной двигательной активности, спорта, трудоголизма. Для них типичны спазмы коронарных сосудов, вплоть до инфаркта на высоте приступа, поэтому другое название данного типа - коронарный.

Александр, 1951 выдвинул векторную теорию, основанную на общих направлениях конфликтных импульсов, заложенных в самом заболевании. Он описал три вектора:

1. желание объединить, получить, принять (соответствует орально-сосущей стадии по К. Абрахаму, удовлетворяющей либидозную потребность);
2. желание исключить, удалить, напасть, причинить вред, разрядиться (соответствует орально-садистической стадии);
3. желание сохранить, накопить (соответствует анальной стадии).

Соматические функции нарушаются в результате конфликта между указанными векторами. Так, при спастическом колите у ребенка могут бороться любовь и агрессия к младшему брату или сестре и одновременно желание сохранить безраздельную любовь родителей.

Ф. Александр, основываясь на различии Фрейдом конверсионных синдромов (например, истерических двигательных нарушений) и вегетативных картин, сопровождающих актуальные неврозы (например, кардионевроз), выделил *вегетоневроз*, симптомы которого не символизируют подавленные чувства, а являются физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Причем неотреагированная агрессия приводит к дли-

тельному возбуждению симпатoadреналовой системы (гипертония), а неудовлетворенное пассивное ожидание помощи перенапрягает парасимпатическую систему (пептическая язва). При отсутствии направленного воле действия, сбрасывающего напряжение, функциональные расстройства переходят в необратимые изменения в органах. Причиной блокады действий являются ситуации, в которых актуализируются специфические конфликты из превербальной жизни индивида. Модель Александра называют поэтому «теорией специфических для болезни психодинамических конфликтов». Автор выделил семь интрапсихических конфликтов, соответствующих семи классическим психосоматическим болезням.

Шур, 1955 предложил концепцию *десоматизации-ресоматизации*, в которой рассматривал развитие как возрастающую способность эго реагировать на процессы, происходящие на психическом уровне (десоматизация), а переход на соматический уровень реагирования (ресоматизация) - как регресс, обусловленный стрессовыми ситуациями, которые не удается адекватно переработать на психическом уровне.

Мичерлих, 1966 разработал модель *двухфазной защиты*. «Не отраженный кризис хронифицируется в первой фазе вытеснения или иной защиты с невротическим формированием симптомов. Если эти психические средства оказываются недостаточными, во второй фазе происходит сдвиг в динамике телесных защитных процессов». Эта модель объясняет, почему невротические симптомы отчетливо отступают при формировании телесной болезни и возвращаются при выздоровлении от нее.

Энгель, 1967 связал включение механизмов соматизации с ослаблением иммунной защиты в результате психологического *отказа от будущего* и переживания безнадежности, беспомощности. Этому отказу предшествует потеря значимого объекта.

Сифнеос, 1972 ввел понятие *алекситимии* - неспособности осознавать и вербализовать свои эмоции, различать чувства и ощущения, проявлять эмпатию. Алекситимия ведет свое происхождение из семейной среды, в которой нет места словесному выражению чувств, переживаемых в данный момент. Эта позиция может затем подкрепиться многолетним наблюдением у врачей-интернистов, также нередко страдающих алекситимией.

Мак-Даугалл, 1980 выдвинул положение о *дефиците эго-идентичности* как основной причине психосоматических расстройств. Нечеткие границы эго вызывают спутанность и неопределенность в различении физической и психической сфер жизнедеятельности, поэтому психологическая угроза одновременно воспринимается психосоматикой и как физическая. Защитная функция болезни состоит в фиксации внимания на ощущениях, определяющих границы тела, что уменьшает архаический страх быть поглощенным симбиотической или быть брошенной неземпатичной матерью. Кроме того, наличие физического заболевания защищает от экзистенциального страха смерти: болею - значит существую.

Аммон, 1979, развивая теорию Эго-идентичности, углубил анализ симбиотических отношений будущего психосоматика с симбиотической матерью, которая воспринимает ребенка сквозь призму постоянной опасности его заболевания. Только болея, ребенок получает доступ к матери и строит свою Эго-идентичность как большой человек, жертвуя «здоровыми» эмоциональными функциями на границе своего Я. Так образуются «дыры» в эго, которые компенсируются развитием инструментальных функций (интеллект, память, деловые навыки), культивируемых психосоматической семьей, школой, производством.

Шефер, 1966, осуществляя системный подход к пониманию соматоформных расстройств, ввел понятие «*социопсихосоматика*». На первый план при этом выступает рассмотрение социальных и межличностных конфликтов, которые заявляют о себе на языке тела. Социопсихосоматика начинается тогда, «когда тот, кто озабочен состоянием здоровья, кто болен или чув-

ствует себя больным, во взаимодействии с врачом или медицинским работником осознает свою уязвимость относительно своих человеческих и социальных проблем» (Делиус, 1975).

Минухин, 1975 описал типичные паттерны *психосоматической семьи*:

1. симбиотическая связь с культивированием зависимости ребенка;
2. гиперпротекция со сверхчувствительностью к дистрессу членов семьи;
3. ригидность правил и норм с нарушением адаптации к новым ситуациям;
4. конфликтофобия с накоплением скрытых семейных конфликтов;
5. «триангуляционная» (1папди1ит - треугольник, лат.) роль ребенка, при которой его болезнь становится буфером в супружеском или семейном конфликте.

Соматическая болезнь подкрепляет описанные паттерны, становясь привычным способом «решения» скрытых семейных конфликтов.

Либерман, 1976 отметил, что психосоматические семьи отличаются слабыми границами между поколениями, недостаточной автономностью отдельных членов и вместе с тем родительской разобщенностью. Подобная семья функционирует как ригидная система, неспособная к эффективному разрешению конфликтов, совместному поиску выхода из проблем и со-владанию с фрустрирующими ситуациями. Болезненные симптомы становятся условно выгодны как больному, так и семье в целом, давая возможность сфокусироваться на недомоганиях идентифицированного пациента и тем самым избежать конфронтации с внутрисемейными межличностными конфликтами.

Э. Г. Эйдемиллер и В. В. Юстицкий, 1999 выделяют 3 типа отношений родительских семей у психосоматических больных:

1. «связывание» - характеризуется жесткими стереотипами коммуникаций; дети инфантилизируются, отстают в эмоциональном развитии;
2. «отвержение» - ребенок вынужден отказываться от своей личности, развиваются аутистические тенденции;
3. «делегирование» - родители ожидают от детей реализации собственных несбывшихся надежд, манипулируют ими как проектами своего Я.

## Психодинамика

Фрайбергер, 1976 описал следующие ведущие психодинамические факторы психосоматических больных: депрессивность после потери объекта и нарциссической обиды, орально-агрессивные черты, агрессивная защита, ограничение способности к интроспекции. Он объединил эти факторы понятием «*прегенитальное нарушение созревания*», на основе которого проанализировал «психосоматическую линию развития».

Фиксация на оральных потребностях приводит к негибким способам удовлетворения потребностей: псевдонезависимости и манифестирующей зависимости. При *псевдонезависимости* трудно осознать «позорное» желание заботы и зависимости, а также успеха. Такие люди, с одной стороны, берут на себя преувеличенную, хотя и обезличенную «профессиональную ответственность» за других, а с другой стороны, в своих межличностных связях проявляют интимофобию с раздражительностью и скрытой враждебностью. Необходимость лечиться они признают лишь при официальном назначении им постельного режима или госпитализации. Профессиональные успехи, как и женитьба, рождение ребенка, они воспринимают как угрозу, сколько радоваться для них означает зависеть от запретных когда-то и поэтому опасных **•маний**.

*Манифестирующее зависимое поведение*, напротив, обусловлено желанием быть окруженным заботой. При осуществлении этого желания пациенты могут быть как раболепны, так и требовательны. Сознательно они могут стараться заслужить заботу подчеркнутым вниманием к партнеру, на самом деле неосознанно обнаруживают рентные установки и тенденцию к манипулированию.

Прегенитальное нарушение созревания выражается в двух базисных конфликтах. Конфликт *зависимости-независимости* проявляется в сильном развитии инфантильных желаний зависимости, которые интерферируют с интенсивным желанием независимости и тем самым вызывают у пациента трудности в общении. Конфликт *близости - дистанцирования* отражается в сочетании инфантильной зависимости с противоположным желанием межличностного дистанцирования, в результате значимый другой одновременно сильно притягивает и отталкивает. Вокруг упомянутых базисных конфликтов развиваются следующие психодинамические факторы:

7. *Эмоциональная сдержанность*, скрывающая недостаточное принятие и самопринятие, а также неосознанный страх высвобождения вытесненных ранее психотравм. Типичны следующие психологические защиты, инфантильная регрессия орально-нарциссических желаний, отвращение, подавление агрессии, перенесение реакций на другой объект, проекция, формирование реакций, медиански ориентированное самообеспечение.

2. *Нарциссические обиды, кроме эмоциональной сдержанности/недостаточности*, включают переживание утраты и фрустрации со снижением самооценки. Объектами утраты могут быть как значимые другие, так и здоровье, оперативно удаленные органы, материальные возможности, престиж и т. п. Утраты могут быть реальными, угрожаемыми, представляемыми.

3. *Фрустрационная агрессия* возможна в результате переживания нарциссической обиды по поводу утраты. Агрессия направлена на значимый объект, но из-за страха окончательного его лишения в результате уничтожения переносится на другие объекты, в том числе на собственное тело и медицинских работников. На эрзац-объекты переносятся и другие переживания фрустрации - страх и печаль. Хрупкая личность пациента с ее сложными эмоциональными связями и проблемами таким образом выводится из конфликта.

4. *Депрессия*. Результатом описанной динамики является:

- а) депрессивный страх отторжения, проявляющийся в чувстве одиночества, непонятое - ти, ненужности;
- б) депрессивное чувство беспомощности с переживанием собственной неполноценности, упадком духа;
- в) депрессивное чувство безнадежности - от апатически-угрюмой покорности до взрывов отчаяния с суицидальными попытками.

## Психотерапия

### Рациональная психотерапия

«Рациональной психотерапией я называю ту, которая имеет своей целью действовать на мир представлений пациента непосредственно и именно путем убедительной диалектики», - так определяет эту форму терапии ее основоположник Дюбуа. Сегодня рациональная терапия является одним из наиболее распространенных подходов в психотерапии больных с соматоформными расстройствами.

В рациональной психотерапии используется способность пациента проводить сопоставление, делать выводы, доказывать их обоснованность. Основная терапевтическая мишень

рациональной психотерапии - искаженная «внутренняя картина болезни», основная терапевтическая задача - снятие неопределенности, коррекция противоречивости и противоречивости в представлениях пациента о его болезни. В своем классическом варианте рациональная психотерапия особенно эффективна для лечения психастеников с болезненными сомнениями и ипохондрическими расстройствами.

Основными приемами рациональной психотерапии являются: объяснение и разъяснение, включающее истолкование сущности заболевания, причин его возникновения с учетом его психосоматических механизмов, до этого игнорируемых больным и не включаемых во «внутреннюю картину болезни», а также логически аргументированная коррекция неверных умозаключений больного. При необходимости пациента обучают законам формальной логики. Терапевтическая беседа строится по методу сократовского диалога (майевтика).

### Суггестивная терапия

По-прежнему сохраняют свое традиционное значение гипносуггестивные методы терапии психосоматических расстройств. Сравнительно недавно А. М. Кашпировский, 1993 применил эриксоновский гипноз в коллективной форме (в том числе телевизионной) для лечения соматических расстройств. Бесконтрольное расширение показаний и невозможность обратной связи с огромной аудиторией привели к неизбежным негативным эффектам, что, к сожалению, послужило дискредитации метода.

Мы в своей практике широко применяли суггестию для купирования психосоматических расстройств. Приступы *психогенной головной боли* удается быстро снять с помощью следующих формул внушения.

*Внимательно, не мигая, смотрите мне в глаза. Вы чувствуете, как сосредотачиваетесь и успокаиваетесь. Старайтесь не мигать. Ваш взгляд становится все спокойнее и сосредоточенней. Вы в состоянии сейчас почувствовать малейшее движение воздуха у своего лица. Вы чувствуете сейчас легкую прохладу возле своего лба. Чувствуете, как свежий воздух из приоткрытой форточки освежает ваш лоб. Лоб становится приятно прохладным. Голова свежее, проясняется. Она освобождается от всего мешающего, от всех тяжелых мыслей и забот. Голова становится свободной и легкой. Голова чистая, ясная, как хрусталь. Свежая, как вода в роднике. Голова хорошо отдохнула, успокоилась. Мысли текут свободно и легко. Все теперь легко и просто. Все будет хорошо! Головная боль перестала вас беспокоить. Голова совершенно спокойная!*

При *неврозе сердца и психогенных расстройствах пищеварения* мы использовали следующие формулы внушения в состоянии гипнотического сна.

*Загораете на мягком теплом песке. Голова в тени. Солнце светит слева. Греет вашу грудь. Ласковое тепло разливается по сердцу. Сердце купается в тепле. Ему тепло и уютно, приятно и удобно. Сердце спокойное, мягкое, теплое. Работает незаметно, спокойно. В груди тепло и спокойно. Перестаете замечать работу своего сердца, оно работает автоматически. Вы вполне полагаетесь на свое сердце, и оно легко, незаметно справляется с привычной нагрузкой. При любом волнении в груди тепло и спокойно, сердце работает мощно и ровно. Сердце сейчас успокаивается, отдыхает. Слова лечения надежно защищают его от волнений и забот, от любых неприятных ощущений. Волнения перестают мешать работе сердца. Реакция спокойная и уверенная. При любых обстоятельствах сердце работает незаметно. Мелочи, пустяки, которые раньше принимал слишком близко к сердцу, теперь легко оставлять без внимания.*

*Солнечные лучи ласкают кожу живота. Кожа становится розовой. Живот мягкий, теплый, раскрасневшийся, расслабленный. Глощаете глоток приятно горячей, густой вкусной жидко-*

сил. Приятное густое тепло опускается по пищеводу в желудок. За грудиной и под лопаткой разливается глубокое внутреннее тепло. Как будто рефлектор включился внутри и разогревает внутренности. Желудок мягкий, теплый, расслабленный. Сосуды стенки желудка расширены. Желудок получает дополнительную порцию горячей здоровой крови. Улучшается питание слизистой желудка. Нормализуется выработка желудочного сока. Движения мышц желудка становятся спокойными, незаметными, безболезненными. Пища в желудке хорошо перерабатывается и без задержек переходит в кишечник. Желудок работает спокойно и натощак, и после еды. Любая привычная пища переваривается и усваивается спокойно, незаметно, легко. Нормализуется аппетит. Вид пищи, запах пищи вызывает нормальный, здоровый аппетит.

Глубокое густое тепло разливается по всему кишечнику, по всему животу. Согревается низ живота, таз. Пища проходит по всему кишечнику свободно, без задержек, без неприятных ощущений. Пища переваривается и усваивается нормально. За ночь кишечник хорошо подготавливается к стулу. Наутро - регулярный стул, свободный и безболезненный. Кишечник опорожняется легко. При любом волнении в животе тепло и покой.

При лечении больных с невротической одышкой и логоневрозом эффективными оказываются следующие внушения в гипнозе.

Отдыхаете на свежем воздухе. В спокойном красивом месте. Вам тепло и уютно. Щеки овеивает прохладный ветерок. В груди тепло и спокойно. Дышите чистым, свежим, приятно прохладным воздухом. Вдох успокаивает. Выдох спокойный. Легко и свободно струится воздух, приятный и освежающий. Дышится совершенно спокойно, спокойно и непрерывно. Так приятно струится воздух, совсем свободно, свободно и легко. Дыхание свободное, ровное. На душе спокойно и легко. При волнении легко перевести дыхание, дать расслабиться голосовым связкам. Вдох спокойный и беззвучный. В груди и горле легко и свободно. Речь начинается на выдохе сразу, льется легко, неторопливо, свободно. Выдох долгий, непрерывный. Во время начинается новый вдох, спокойный и глубокий. При любом разговоре дышится свободно и легко.

Для повышения общего и сосудистого тонуса у больных с гипотонической формой вегето-сосудистой дистонии использовались следующие формулы внушения при выходе из состояния гипнотического сна.

Сейчас вы чувствуете себя хорошо отдохнувшими, спокойными. За время лечебного сеанса ваше тело, ваши внутренние органы и сосуды, ваш мозг, весь организм хорошо отдохнули. Накопился большой запас сил и энергии, выдержки и самообладания, бодрости и оптимизма. Этот запас тратится постепенно. Его с избытком хватает до следующего сеанса. Лечебные внушения глубоко, прочно закрепились в памяти. Они действуют очень точно и сильно при любых обстоятельствах. Надежно охраняют вас от любых неприятностей.

Все время до следующего сеанса сохраняется спокойное, уверенное настроение, бодрое жизнерадостное самочувствие, хорошая работоспособность, а ночью - глубокий освежающий сон с приятными, ободряющими сновидениями. Через несколько минут вы легко проснетесь, как просыпается человек, вполне напившийся недолгим, но приятным безмятежным отдыхом. На душе спокойно и легко, большой запас сил и уверенности. Голова свежая, ясная, чистая. Мысли работают четко, они спокойные и уверенные. Вы легко владеете собой, своими мыслями, чувствами и поступками. Вам легко поступать так, как подсказывает разум.

Сейчас вы будете мысленно повторять за мной мои слова. В это время нужные ощущения будут приходить автоматически. Повторяйте. Тело отдохнувшее. Мышцы наливаются спокойной силой. Излишнее напряжение уходит само собой. Полный покой во всем теле. Полный покой на душе. Реакция спокойная и деловая. Сонливость рассеивается. Лоб овеивает свежий ветерок. Лоб становится приятно прохладным. Голова чистая, свежая, ясная. Хорошо отдохнула, успокоилась. Мысли о здоровье, о будущем спокойные и уверенные. Я спокоен. Я уверен.

Я легко владею собой. Силы прибывают. Состояние улучшается. У меня много сил и терпения. Я верю в свои силы. Я легко начинаю любое дело. И довожу его до конца.

Сейчас я буду считать от 5 до 1. В это время ваше тело будет сжиматься в туговую пружину. На счет 1 пружина слегка подбросит вас. Вы полностью проснетесь, откроете глаза и легко сядете. После сеанса никакой сонливости, вялости, тревоги, ничего неприятного незаметно. Чувствуете себя бодрым, энергичным, уверенным, жизнерадостным человеком. Начинаете просыпаться. 5 - голова свежает, проясняется. Мысли спокойные, уверенные. 4 - на душе большой запас выдержки и самообладания. 3 - тело наливается силой, энергией. Оживает каждая мышца, каждая клеточка тела. 2 - большой запас бодрости и оптимизма. 1 - ТОЛЧОК! Проснулись полностью, сонливости нет! Открыли глаза, сели! Отлично.

## Аутогенная тренировка

Аутогенный тренинг (АТ) по сравнению с гетеросуггестивной терапией требует более активной установки пациента, исключает его зависимость от терапевта. Лечебный механизм аутогенного тренинга связан с развивающейся в результате мышечной релаксации нейтрализацией стрессового состояния и уменьшением общей тревожности. Выделяют две ступени АТ: низшая (вегетативная саморегуляция) и высшая (аутогенная медитация, психическая саморегуляция в состоянии транс).

Низшая ступень, АТ-1, состоит из шести стандартных упражнений Шульца, которые выполняются в позе кучера на облучке, полулежа или лежа:

1. тяжесть в конечностях,
2. тепло в конечностях,
3. регуляция сердечного ритма,
4. регуляция дыхательного ритма,
5. тепло в области живота,
6. прохлады в области лба.

Работа над каждым упражнением занимает примерно две недели, весь курс АТ-1 длится около 3 месяцев. Упражнения выполняются путем мысленного повторения соответствующих формул самовнушения.

Клейнзорге и Клюмбис, 1965 внедрили в терапевтическую практику направленную организаторскую - модификацию АТ-1, при которой больные, разделенные на группы по синдромам, проходят курс расширенных упражнений, соответствующих их расстройствам. Комплекуются такие группы, как «покой», «сосуды», «сердце», «легкие», «живот», «голова». АТ-1 наиболее эффективна при психосоматических заболеваниях со спазмами гладкой мускулатуры: начальная стадия гипертонической болезни, коронарная болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и толстого кишечника, спастический колит, мочеполовые расстройства.

АТ-2 является по сути аутопсихоанализом и состоит из 7 упражнений «высшей школы» Шульца:

1. фиксация спонтанных цветовых представлений;
2. вызывание определенных цветовых представлений; визуализация конкретных предметов; сосредоточенность на зрительных образах - символах абстрактных понятий; концентрация пассивного внимания на произвольно вызываемых эмоционально значимых ситуациях; вызывание образов других людей;



7. «ответ бессознательного» на вопросы «Чего я хочу?», «В чем моя проблема?» и т. п. Бессознательное отвечает потоком образов, в которых пациент видит себя со стороны в различных ситуациях. В результате наступает катарсис и аутогенная нейтрализация, т. е. излечение.

В. Луге, 1974 дополнил аутогенную нейтрализацию двумя элементами: аутогенным отреагированием и аутогенной вербализацией. Психотерапевт, как во время психоаналитической сессии, сохраняет полную нейтральность, а пациент в состоянии релаксации с закрытыми глазами рассказывает обо всех появляющихся сенсорных образах (при аутогенном отреагировании - с визуализацией представлений). Суть метода близка к ассоциативному эксперименту К. Г. Юнга для выявления вытесненных влечений.

## Символдрама

Близка к АТ-2 символдрама или кататимно-имагинативная терапия (Ката - сообразно, туппоз - дух, греч.; 1тадо - образ, лат.) Х. Лейнера - краткосрочный метод, основанный на свободном фантазировании в форме образов на заданные темы - направляемых сновидениях наяву, которые соотносятся с проблематикой личности, ее аффективными нарушениями, в том числе с периодом детского развития. Терапевт выполняет контролирующую, сопровождающую функцию. Курс лечения занимает 20-30 сеансов с обычной для психодинамической сессии продолжительностью 50 минут, при этом первая половина сессии посвящена собственно кататимной имажинации, а вторая - проработке вскрытого материала. Ниже приводится таблица стандартных мотивов и техник, расположенных в порядке их эмоциональной заряженности™.

	Стандартные мотивы	Терапевтические техники	Операции с символами
Начальная ступень	1. Луг 2. Текущий ручей 3. Гора 4. Дом 5. Опушка леса	А. Тренировочные приемы Б. Развертывание творческих имажинации \\	Примирение Питание
Средняя ступень	6. Знакомые личности 7. Сексуальность (розовый куст) 8. Агрессивность (лев) 9. Я-идеал	В. Ассоциативные приемы Г. Обычное сновидение Д. Фокусирование острых конфликтов Е. Осмотр внутренних органов Ж. Удовлетворение архаических потребностей З. Проработка И. Анализ переноса	Внутренний лидер Сопоставление символов
Высшая ступень	10а. Пещера 10б. Лужа 11. Вулкан 12. Фолианты	К. Комбинация с конвенциональным психоанализом Л. Рисование имажинативных содержаний	Истощение и ослабление Магические жидкости
Музыкальные образы	1-8	В. Ассоциативные приемы	
в группах	1 -8	Индивидуальные фантазии Групповые фантазии	Техники обратной связи

Методика эффективна для лечения адаптационных реакций, кризисных состояний, неврозов, соматоформных расстройств, психогенных нарушений сексуальных функций, психогенной депрессии. Применяется в форме индивидуальной, супружеской, семейной и групповой терапии. Противопоказанием является хрупкое Я у тяжело депрессивных, истероидных и пограничных личностей из-за опасности внезапного затопления эго избыточным количеством импульсов. Работа с высшими ступенями требует дополнительной тренированности психотерапевта (Базисное руководство по психотерапии, 2001, с. 521).

## Гештальттерапия Перлза

Под гештальтом Перлз понимает результат интеграции множества факторов, действующих в данный момент. Когда человек осознает свои насущные потребности и желания, из них выстраивается четкая фигура, для которой потребности прошлого и будущего являются фоном. Если потребность не удовлетворяется, гештальт остается незавершенным, возникает фиксация на фигуре, которая мешает воспринимать и удовлетворять и другие потребности, неуправляемость незавершенных гештальтов мобилизует интеллектуально-волевой контроль, который все больше подавляет спонтанные эмоции и потребности. Так, по Перлзу, развивается невроз.

Нормальная саморегуляция предполагает полное осознание. Перлз выделяет три зоны осознания: внешний мир, внутренний мир тела, мир мыслей и фантазий. Последний должен быть посредником между внешним и телесным миром, однако при неврозе он искажен травматическим опытом и скорее мешает саморегуляции. Перлз различает 5 механизмов нарушения процесса саморегуляции: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия и конфлуенция.

Наиболее ранние *интроекты*, родительские поучения, некритически усвоенные и неотличимые от собственных убеждений. Интроекцию дополняет проекция, при которой человек отчуждает присущие ему качества, не соответствующие его «Я-концепции». Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются проектами.

*Ретрофлексия* - «поворот на себя» происходит при блокаде потребности, с превращением межличностного конфликта во внутриличностный, что сопровождается мышечными зажимами. Дефлексия - это уклонение от реальных контактов, замена их ритуальными формами общения, болтливостью, сглаживанием конфликтов. Конфлуенция - полное слияние, выражающееся в стирании границ между Я и окружением, конформности и симбиозе.

В результате действия описанных механизмов личность дробится на упрощенные дихотомии: мужское - женское, активное - пассивное, зависимость - отчужденность, рациональность - эмоциональность, эгоизм - бескорыстие и т. п. В ряду подобных дихотомий Перлз придает особое значение такой игре, как «Собака сверху - Собака снизу», т. е. нападающее и защищающееся начало (ср. Суперэго и Ид Фрейда, Родитель и Ребенок Берна). Фрагментированная личность диагностируется по рассогласованию между вербальными и невербальными проявлениями.

Терапевтический процесс движется с поверхности вглубь.

- уровень - *клише*, где действия заменены ритуалами;
- уровень - *игра роли* с поиском подходящего по сценарию партнера;
- уровень - *тупик*, когда человек оказывается без роли и переживает чувство пустоты и страха смерти (антиэкзистенциальный уровень или уровень фобического избегания);
- уровень - *внутреннего взрыва* (подавленных чувств: горя, гнева, радости, оргазма).

Основные принципы терапии:

- принцип «сейчас» - прошлое и будущее существуют лишь как акты воспоминаний или фантазий;
- принцип «Я - Ты» - прямая конфронтация мобилизует «настоящность» переживаний;
- принцип субъективации высказываний - «что-то давит в груди» переводится как «Я подавляю себя»;
- континуум сознания - концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний со всеми его составляющими: ощущениями, чувствами, мыслями, действиями.

Технические процедуры терапии называются играми и представляют собой эксперименты с различными ролями, отождествления со значимыми чувствами, отчужденными сублимностями и интроектами. Цель игр - закрытие гештальтов; критерием достижения цели является «ага-переживание» (ср. с инсайтом). Наиболее известны следующие игры.

» Фокусирование на той части, которая выражает неосознанное переживание (клиенту предлагают говорить от ее имени).

« Идентификация одной из трех зон осознания.

» Челночная техника: клиент садится то на «горячий стул», обращаясь к воображаемому собеседнику на «пустом стуле», то усаживается на «пустой стул», меняя роль на значимого другого или собственную сублимность.

» Незаконченное дело: клиенту предлагают покончить с каким-то чувством - например, начать диалог со слов «Я обижен...».

» Проективная игра: клиент заявляет, что он жалеет кого-то; ему предлагают сыграть роль человека, вызывающего жалость - «разыграть проекцию».

» Реверсия или выявление противоположного: «душечке» предлагают сыграть роль «стервы».

» Упражнения на воображение (наиболее популярна игра «Антикварная лавка», в которой пациент идентифицируется с определенными предметами).

Важное значение придается осознанию позиций, проявляющихся в речевых конструкциях; их предлагают заменять в сторону большей личной ответственности. Вводятся следующие правила:

- Употребляй местоимение Я вместо Мы, Он, Они.
- Глагол «не могу» заменяй на «не хочу», «должен» - на «предпочитаю».
- Говори: «Я выбрал» вместо «Мне сделали».
- Говори: «Я хочу» вместо «Человек должен, мне следует».
- Расшифровывай слово ЭТО.
- Вопрос «почему» заменяй на «как».
- Вопрос превращай в утверждение.
- Исключай минимизацию: «я устал» вместо «я немного устал».
- Используй настоящее время.

Широко применяются *метафоры*. Примером может служить метафора интеграции. После того, как челночным методом выявлены конфликтующие сублимности пациента, на одинаковом расстоянии от «горячего» и «пустого» стула ставится 3-й стул, на который усаживается пациент. Он берет все хорошее (качества, умения) с 1-го стула левой рукой, затем все хорошее со 2-го правой рукой. После этого руки соединяются, наступает интеграция сублимнос-

тей. Эта же метафора может быть визуальной: представить сумку, куда складывается все нужное для сотрудничества обеих частей.

Большое внимание уделяется *сновидениям и фантазиям*, которые переносятся на реальную почву, в настоящее время, с возвращением личности тех их фрагментов, которые были спроецированы на вымышленные образы. Сновидения рассматривают как проекцию, как возможность осознания актуальных взаимоотношений с другими и терапевтом для понимания экзистенциальной позиции индивида. Дж. Цинкер использует «Театр сновидения», где участники гештальт-группы разыгрывают части сна под управлением сновидца, который распределяет роли и задает нужное ему направление или предоставляет участникам свободу импровизации.

Основные цели фантазирования - контакт с неприятными событиями, чувствами или личными качествами, контакт с отсутствующим человеком или незавершенной ситуацией, исследование неизвестного, исследование новых или неизвестных аспектов личности. Одним из наиболее распространенных упражнений при этом является «*Антикварная лавка*», идентификация с каким-либо предметом в лавке, рассказ от его имени о своих ощущениях, предистории, прежних хозяевах.

Гештальт-терапевт обычно работает с одним (реже - двумя) из участников. Взявший на себя роль пациента усаживается на «горячий стул» рядом с терапевтом. Остальные члены группы могут идентифицироваться с работающим участником, оказывать ему эмоциональную поддержку и обеспечивать обратную связь. Доброволец, находящийся на «горячем стуле», должен соблюдать принцип «здесь и сейчас» и рассказывать о содержании своего сознания. Терапевт, не прибегая к интерпретациям, следует за пациентом, всячески поддерживая его в попытках осознать, «что значит сейчас быть им».

Если пациент недостаточно осознает свои очевидные особенности, ему предлагают сыграть роль, где они выступают в утрированной форме. Если он хочет избавиться от определенного поведения, ему поручают роль человека с желательными чертами характера и в преувеличенной форме (техника «сделать наоборот»). Для игры дается 5-10 мин., затем участники делятся впечатлениями.

Некоторые упражнения выполняются в парах или всей группой. Используется прием «блуждающего стула», когда на нем оказывается то один, то другой участник. В современной групповой гештальт-терапии уделяется внимание также социальному взаимодействию участников и различным уровням функционирования группы: внутриличностному, межличностному, групповому (Е. Кепнер).

М. Каплан описывает 5 основных функций гештальт-группы: средство психологической поддержки участников, основа для получения участниками опыта «здесь и сейчас», условия для осознания участниками переживаемого ими «здесь и сейчас» опыта, группа как активный соучастник индивидуальной работы каждого члена группы, группа как динамичный и актуальный процесс межличностных отношений.

Руководитель должен придерживаться принципа «Здесь и сейчас», быть аутентичным (самим собой) при взаимодействии с членами группы, не нуждаться в поддержке и восхищении со стороны группы. Он должен подбирать и применять гештальт-упражнения творчески, в соответствии с актуальными потребностями группы.

Руководитель группы определяет порядок и темп ее работы, для начала он может предложить участникам серию упражнений, которые фокусируют внимание на сознании текущего момента и на взаимодействии с окружением. Затем он предлагает добровольцу занять место на «горячем стуле» и подробно описывать, что ему удается осознать. На текущем моменте сосредотачиваются и остальные члены группы.

Руководитель помогает участникам осознать их невербальное поведение (язык тела), задавая вопросы: «Вы осознаете свою улыбку?», «Как, по-вашему, звучит ваш голос?», «Что делает ваша нога?» и т. п. При этом может выявиться важная тема для групповой дискуссии. Если невербальное поведение одного участника является реакцией на другого члена группы, его просят обратиться ко второму прямо. Таким образом облегчается осознание скрытых чувств и эмоциональных блоков.

Анализ переноса заменяется *фокусированием на контакте*: с собственными функциями, с терапевтом, с членами группы. Для расширения границ контактов применяются специальные упражнения: длительное жевание, многократное открывание и закрывание глаз, фокусирование взгляда, оглядывание по сторонам, прислушивание к звучанию речи, повторение сказанного, прочувствование собственных движений (например, вращение глазами, головой, тазом). Одновременно повышается доверие к другому человеку совместными физическими упражнениями: прикосновениями, взаимными толчками и т. п. Применяют также релаксацию, дыхательные упражнения, приемы телесной терапии, психогимнастики, танцевальной терапии. Работа с контактом по И. и М. Польштер проходит через 8 этапов: выявление потребности, попытка развернуть потребность, мобилизация внутренней борьбы, утверждение темы (объединяющей потребность и сопротивление), тупик, катарсис, озарение, признание.

Одна из целей упражнений на осознание состоит в том, чтобы помочь члену группы проанализировать свои чувства. Различают 4 уровня выражения чувств: блокированный (человек не знает о чувстве), заторможенный (знает, но не проявляет), эксгибиционистский (проявляет неадекватно), спонтанный (нормальный). Задача терапевта - довести пациента до 3-го уровня и помочь ему поупражняться на этом уровне, пока он не перейдет на 4-й. В это время происходит работа с *отыгрыванием*, которое проявляется в 4 основных вариантах: отыгрывание незаконченной ситуации из далекого прошлого, отыгрывание незаконченной актуальной ситуации, отыгрывание особенностей характера, отыгрывание полярности (противоположного чувства и поведения).

При работе с сопротивлением учитываются его варианты: *интроекция* (пассивное усвоение чужого), *проекция* (приписывание своего другому), *дефлексия* (хаотичные связи с окружающими), *конфлюэнция* (симбиоз). Задачи гештальт-группы состоят в ассимиляции интроектов, замене проекций прямым самовыражением, ослаблении ретрофлексивного напряжения, установлении целенаправленных равноправных связей с окружающими.

Гештальттерапия (последние годы - в сочетании с транзактным анализом) широко применяется для групповой терапии неврозов, а также для лечения психосоматических расстройств и личностного развития.

## Биоэнергетический анализ

А. Лоуэн на основе характероанализа В. Райха разработал свой биоэнергетический анализ. Он описал 9 типов характера: оральный, два мазохистских, два истерических, фаллически-нарциссический, шизоидный и шизофренический. Терапевтический эффект в концепции Лоуэна обусловлен нормализацией биоэнергетических процессов. Так, при лечении конверсионных проявлений предлагаются приемы, направленные на освобождение энергетических каналов, при лечении соматизированной депрессии ставится задача повышения энергетического потенциала.

Биоэнергетический анализ проводится на всех уровнях:

- на уровне 1 слоя (слой эго) - традиционная аналитическая работа;

— на уровне 2 слоя (слой мышечного напряжения) - специфическая работа по снятию мышечных блоков;

на уровне 3 слоя (слой отрицательных эмоций) - катартические техники.

Аналитическая и телесная работа занимают примерно одинаковое время. Феномены неосознанной экспрессии вытесненных чувств страха, гнева (плач, рвота) анализируются, упражнения наполняются осмысленным содержанием, после проработки которого переходят к следующему упражнению.

Анализ телесной организации позволяет получить важную дополнительную информацию. Мышечные блоки являются эквивалентами эмоциональных фиксаций и проявляются различным образом: в напряжении мышц или их вялости, болезненности или ощущении щекотки при прощупывании. Блок круговой мускулатуры глаз с подключением мышц глазного яблока подавляет слезы («сухой плач»), но вызывает головную боль. Напряжение мышц плеч, задней части шеи и верхней части спины блокирует удары рукой, агрессию, но ограничивает движения и вызывает болевой синдром. Блокируются мышцы груди и таза, перекрывая любовь. Хронические функциональные заболевания кишечника Лоуэн рассматривает как «плач кишечника» при напряженном животе. Заблокированные колени, плохой контакт стоп с землей говорят о плохом заземлении, укоренении (нет почвы под ногами, чувства безопасности и уверенности).

Применяются следующие специфические приемы снятия мышечного и эмоционального напряжения: усиление укоренения, вибрация, выпускание живота, лук, глубокое дыхание с валиком под поясницей, выдох со стоном и рыданием, вращение бедрами, движения тазом, ляганье, удары по мату. Имеются также специальные упражнения для мышц лица. Метод применяется индивидуально и в группе.

В нашей стране применение биоэнергетической терапии нередко основано на идее мистической природной биоэнергии (космической, экстрасенсорной, колдовской и т. п.). При этом используются эффекты самовнушения и веры в сверхъестественное, распространенные среди малообразованных людей и усилившихся в связи с «магическим настроем» в период затяжного социально-экономического кризиса.

## Психодинамическая терапия психосоматических больных

Сохраняет значение анализ сновидений, которые по Фрейдю являются прямой дорогой в бессознательное пациента. А. Минделл, 2001 приводит случай женщины, у которой в груди было много молока (гиперлактация) при отсутствии грудного ребенка. Она была совершенно резистентна к терапии, категорически отказывалась отвечать на вопросы о своей жизни, однако мимоходом пожаловалась на мужа, которого она ненавидела за то, что он никогда не мог ее приласкать. В ответ на предположение терапевта о недостаточной нежности и чуткости у нее самой, она обвинила его в собственной тупости. После этого она рассказала о сне, где она была брошенным ребенком, и проинтерпретировала его так: «Я знаю, почему у меня так много молока: потому, что я отказываюсь быть ребенком, мне следует больше нянчиться с собой».

Большое значение автор придает выявлению символического значения телесного симптома. Так, мужчина с огромным зубом, не поддающимся лечению, отказался отвечать на вопрос о своем отце, сильно разволновался и начал бить себя по колену. Терапевт предложил пациенту боксерскую грушу, которую тот бил до изнеможения с криками ненависти к отцу. Наконец, выдохшись, он прошептал, что именно отец всегда запрещал ему драться и кричать - отец как бы зажал ему горло, и теперь пытается контролировать его изнутри.

Фрайбергер, 1991 разработал **4-ступенчатую психодинамически ориентированную терапию психосоматических больных**.

1. Восстановление орально-нарциссических связей со значимым другим и стабилизация лабильного самосознания. Гарантия помощи, поддержка и ободрение. Вербализация переживаний уменьшает их поверхностный, ипохондрический слой, снижает уровень тревоги, что приводит к улучшению самочувствия, повышает доверие к психотерапевту и способствует созданию мотивации ко 2 стадии терапии.

2. Развитие способности больного к восприятию собственных чувств и переживаний, особенно фрустрационно агрессивных. Ассоциативный анамнез проясняет связь соматических симптомов с биографией больного. Необходима эмпатическая поддержка, вдумчивое и прочувствованное присоединение к тому, что говорит больной, - таким образом ему легче прочувствовать и осмыслить свою ситуацию

3. Закрепление и улучшение саморефлексии, осознание конфликта, понимание связи между соматическими симптомами и конфликтной ситуацией. Выработка позитивной мотивации к конфликтоперерабатывающей терапии, которая ведется с учетом психологических возможностей пациента.

4. Если возможно - полная переработка конфликта в ходе длительной раскрывающей терапии.

Маурер, 1986 применяет **сомато-ориентированную психотерапию**, теоретической предпосылкой которой служит сочетание аналитической и экзистенциальной психологии в рамках холистической (психофизиологической) модели. Этапы терапии:

1. установление эмоционального контакта;
  2. интеграция в сознании терапевта разрозненных впечатлений;
  3. осознание им того состояния больного, которое должно быть достигнуто в результате терапевтических воздействий;
  4. непосредственная переработка больным терапевтических вмешательств, интеграция переработанного материала в собственное содержание психики больного;
  5. осуществление больным спонтанных действий, связанных с уже приобретенной в результате терапии новой ориентацией в собственной личности и своей жизни.
- От терапевта требуется:
- многомерность мышления, целостное восприятие поведения больного на его соматическом, психологическом, социальном, экологическом и трансцендентном уровне;
  - умение устанавливать эмпатическую коммуникацию;
  - умение находить общий язык в речевом взаимодействии с больным.

## Позитивная психотерапия по Н. Пезешкиану

Данная форма терапии также включает 5 ступеней: наблюдение, инвентаризация, ситуативное ободрение, вербализация и расширение системы целей.

1. Применяются:
  - А) висбаденский опросник, выявляющий симптомы, симптомообразующие факторы, включая первичную травмирующую ситуацию;
  - Б) выслушивание больного и членов его семьи, наблюдение за их взаимоотношениями, выяснение собственных эмоциональных реакций;
  - В) позитивное тлокование: позитивная переинтерпретация психосоматического расстройства с учетом его значения для больного и его семьи; в результате терапевт дистанцируется от собственного восприятия и модели мышления;

Рассматриваются: конфликты за последние 5 лет, механизмы реакций на конфликты - в том числе механизмы телесных реакций и их значение для больного и его близких. Анализируются модели для подражания, нормы и обычаи, транскультуральные аспекты; актуальные способности и их развитие, отношение значимых других. Выясняется позитивное значение симптоматики, способов разрешения конфликтов для сплочения семьи.

Достигается осознание и проговаривание скрытых конфликтов; анализируются отношения сдержанности/открытости в семье.

Привлекается внимание к другим сферам жизни, потребностям и возможностям, происходит расширение круга общения, постановка новых целей.

## Семейная терапия

Семейная терапия психосоматических больных имеет важное значение, поскольку родительская семья играет ведущую роль в формировании таких патогенетических факторов психосоматических заболеваний, как алекситимия, конверсия, незрелость когнитивных и эмоциональных структур личности. Родительские семьи больных характеризуются сдержанностью в проявлении эмоций. Родители стремятся контролировать и подавлять инициативу своих детей, блокировать несанкционированные эмоциональные проявления. Эти паттерны пациенты переносят в созданную ими семью, поддерживая таким образом невротизирующую атмосферу.

Основной задачей семейной терапии является достижение осознания пациентом собственных эмоциональных проблем, тех ситуаций, которые поддерживают неконструктивное их разрешение в семье, и стереотипов поведения, уводящих пациента от его эмоциональных проблем.

Коррекция нарушений в рамках семейной терапии осуществляется по двум направлениям: развитие и усиление эмоциональных коммуникаций в семье с использованием невербальных техник В. Сатир, 1999; разыгрывание ролевых ситуаций в аспекте поведенческой семейной терапии следующего содержания: «просьба», «требование», «благодарность» и другие, которые в дальнейшем обсуждаются. На семейных сессиях больные с помощью родственников учатся расширять диапазон социально-психологических ролей за счет приобретения и углубления ролей «мужа и отца», «жены и матери».

Важно найти для пациента «союзника», наиболее заинтересованного в разрешении сложившейся ситуации члена семьи (это может быть супруг или супруга, дети). С помощью «союзника» проводится работа по повышению коммуникативной компетентности больного: повышение внешней привлекательности, организация досуга, вовлечение в различную совместную деятельность, просьбы помочь, обнаружение своей неуверенности в роли воспитателя и т. п.

### *Клиническая иллюстрация (собственное наблюдение)*

Г-д, 48 лет, консультант американской компьютерной фирмы, лингвист по образованию, разведен, детей нет. Родители 70 лет живут в США, отец бывший инженер-электронщик на пенсии по возрасту, мать заведует школьной библиотекой. Брат на 4 года моложе, преуспевающий юрист, имеет большую дружную семью. Приехав на работу в Москву, Г-д в течение года лечился в Американском медицинском центре по поводу психосоматических расстройств с недостаточным эффектом и был направлен на консультацию.

**Жалобы при поступлении:** пониженное настроение, постоянное внутреннее напряжение, чувство одиночества, утрата жизненной перспективы, снижение работоспособности, а также

затрудненное прерывистое мочеиспускание с частыми позывами, болезненная сухость губ, набухание слизистой носа с затруднением дыхания.

Анамнез болезни. Больным себя считает последние 20 лет, с того времени, как отец начал лечиться у уролога. У пациента в этот период развилась фиксация на мочеиспускании, возникли его нарушения, лечился у уролога спазмолитиками, часто приходилось удалять мочу катетером. Временное улучшение наступило лишь после оперативного рассечения сфинктера мочевого пузыря, после чего возникло забрасывание эякулята в мочевой пузырь. Воспринял это как «самоплодотворение». Все 20 лет посещал психотерапевтов, часто меняя их. Постоянно принимает антидепрессанты, транквилизаторы, спазмолитики, капли в нос, пользуется гигиенической помадой; каждый вечер занимается социально-психологическим тренингом с помощью курса на аудиокассетах.

Анамнез жизни. Дед по линии отца - выходец из Литвы, правоверный еврей, учил Г-да русскому языку, относился к внуку нежно и уважительно.

Отец - «порядочный человек», общий любимец, очень мягок с окружающими и вспыльчив с женой и детьми (домашнее прозвище - Ы11у, хулиган). Построил большую загородную усадьбу, «настоящий хозяин, мужик». Всегда возвращался домой с работы в 6.30, отказывался работать по вечерам и выходным, не ездил в командировки, в 62 г. вышел на пенсию. Последние 20 лет страдает почечно-каменной болезнью с расстройством мочеиспускания. Вечером обычно смотрел телевизор, держа маленького Г-да на коленях и угощая шоколадом, который поглощал в это время в больших количествах. В школьные годы много занимался с сыном, но быстро раздражался, кричал, обзывал тупицей, бил по голове. Считает психологию и психотерапию ерундой. Не интересуется переживаниями других и не делится своими. Считает себя всегда правым, яростно спорит с сыном при попытке возразить. Его кредо: думай по-своему, но делай по-моему.

Мать в детстве отставала в развитии; не может объяснить, чем ей понравилась прочитанная книга. В своей библиотеке держится очень уверенно с учениками, но теряется с директором. Дома во всем подчиняется мужу, без его помощи не может выбрать одежду для выхода из дома. Свое раздражение проявляет очень редко и робко. Никогда не защищала сына от гневных нападок отца. Не поверила, что он сам написал в 10 лет рассказ, который получил высокую оценку учителя.

Брат жизнерадостный, обаятельный, хитро обходил в детстве запреты отца; хороший спортсмен, удачливый бизнесмен, счастливый семьянин.

Г-д в школьные годы боялся сверстников, мечтал скорее стать взрослым среди взрослых - они не дерутся. Стеснялся мочиться публично, казалось, что его пенис меньших размеров, чем у других мальчиков. На улице играл с хулиганом (ЫНУ!) из бедной семьи, который требовал приносить ему сладости; он никогда не защищал Г-да, но в его присутствии Г-д чувствовал себя увереннее. В подростковом возрасте Г-д оборудовал себе лабораторию в подвале дома, собирал там электроприборы, радиоприемники, делал химические опыты. Засиживался в своем убежище, мать приносила туда ему молоко с печеньем и ухаживала. Играл преимущественно с младшим братом, обижал его, тот жаловался отцу, после наказания Г-д мстил брату, тот вновь жаловался и т. д.

В университете сначала выбрал ветеринарный факультет, но из-за трудностей с органической химией перешел на факультет славянских языков, поскольку благодаря деду с 10 лет знал русский язык. Владеет языком в совершенстве, однако часто говорит о себе в женском роде, о женщинах - мужском; говоря о других мужчинах, не ошибается. На первых курсах ему неоднократно предлагали гомосексуальные отношения. Играл в любительских спектаклях «му-

хиков», отпустил бороду, которую носит до сих пор. Занимался в секции тайквандо, получил красный пояс, но прекратил занятия, испугавшись перехода к боевым занятиям. По окончании университета 2 года проработал младшим ассистентом на кафедре, не устраивала низкая зарплата, конфликтовал со старшей преподавательницей, не испытывал интереса к научной карьере. Окончил курсы по языкам компьютерного программирования, работал консультантом в ООН, затем в американской фирме по продаже компьютерных программ в Европе. Был направлен в Москву для открытия филиала фирмы в СНГ.

Половая жизнь с 25 лет с молодой замужней женщиной, которая вскоре оставила его. Через год женился на разведенной женщине с 9-летним сыном, прожил с ней 8 лет (9 + 8!). Постоянно конфликтовал с сыном, который вел себя независимо, с женой, которая ждала от него роли друга, а не сына. Затем встречался с женщинами эпизодически по принципу: грей меня и уходи. Последние 2 г. довольствуется мастурбацией с порножурналом или порнофильмом. Иногда знакомится с женщиной, берет телефон, но не звонит - «какой смысл?».

Яркие воспоминания. В 2 г. Г-д сидит на кухне в высоком креслице, отец кормит его кашей. Г-д пытается встать, отец шлепает его по голове и кричит: «5е1 йот!» До сих пор приглашение сестры воспринимается как приказ; боится вышестоящих, не хотел расти.

В 2 - 3 г. утром в выходной, родители долго не встают; вошел к ним в спальню и помочился на ковер, был наказан. Вскоре после этого, зайдя в родительскую спальню и услышав крик отца, опорожнил кишечник на тот же ковер.

В 3 - 4 г. летом в загородной усадьбе на уик-энде, много родственников, в том числе любимая молоденькая тетка и очень строгий дядя, которого Г-д боялся. Все столпились у постели, где на животе лежит Г-д, которому ставят клизму от запора; ему больно и стыдно.

1-й класс, учительница ругает его за несделанное задание с цветными картинками, кричит, что из него никогда ничего не выйдет. От страха обмочился, испытал жгучий стыд. Дома отец долго занимается с ним, наконец выходит из себя и громко кричит: «51ир1с1!»; вновь обмочился. Через некоторое время выясняется, что Г-д - дальтоник. После этого стеснялся попроситься на уроке в туалет, в то же время опасался не удержать мочу. Однажды долго терпел, не мог сосредоточиться на задании и, когда учительница накричала на него, пустил мочу.

В 8 лет поздно вечером отец занимается с ним математикой. Г-д засыпает от усталости, никак не может при сложении 8 + 9 перейти через десяток. Отец вновь обзывает его тупицей и бьет по голове. Эти две цифры затем стали для пациента символическими, а когда он не может справиться с какой-нибудь задачей, кричит «51ирй!» и в ярости бьет себя по голове.

В 9 лет испытал первый оргазм: двигался в постели в старых штанах, не зная о мастурбации. Штаны порвались, это очень возбудило его. Порвал новое нижнее белье с мыслью, что он первый овладевает женщиной. Сшил переднюю и заднюю часть для большей стимуляции ануса. В 9-10 лет в ванной на полу с книгой «Том Сойер и Гекльбери Финн» мастурбирует, вставив в анус матрешку. В этом же возрасте попросил у мальчика на перемене печенье, тот заявил: «Поцелуй меня в зад!», и Г-д непроизвольно сделал это. В этом же возрасте отец ведет его за руку на секцию бокса, хотя Г-д просил записать его на тайквандо. Г-д очень боится, глотает слезы.

8-й класс; девочка отказывается дружить с ним: «Ты приторный!» Школьный психолог советует родителям сменить школу для Г-да или даже переехать, чтобы изменить сложившийся у него стереотип отношений со сверстниками, но они отказываются сделать это.

17 лет. Отец провожает Г-да в университет в другой город, вздыхает: «Ты еще не знал женщин, у тебя с этим будут проблемы, как были у меня».

Повторяющееся сновидение. Несколько хулиганов (БиНу) с палками предлагают ему завладеть домом. Выходит хозяин - порядочный человек, хулиганы прогоняют его. Г-д входит в дом, там живет мексиканка, 8-9 ее детей, спят ее родители; слабое освещение от включенного телевизора. Г-д испытывает сильное сексуальное желание, ложится с женщиной, у него два пениса: один входит в нее, другой всегда виден. Слышен голос отца: «Женщина и ее родители, нехорошо вместе». Испытывает стыд перед родителями женщины и перед ней, т. к. не собирается на ней жениться. Говорит мексиканке, что она его не интересуется и уходит, но тут же возвращается. Мексиканка и ее родители упрекают его и превращаются в его собственных родителей. Ощущает себя блудным сыном и просыпается с чувством раскаяния, затем всплывает сильный страх перед шайкой хулиганов.

Психотерапия. На первой встрече заявил, что его терапевтическая цель - избавиться от невроза, а жизненные цели - найти пару и работу по душе. Отметил, что невроз нужен ему для получения суррогатов тепла - жалости и восхищения: он героически преодолевает тяжелые страдания, а также для самонаказания. «Злоупотреблял» предыдущей терапией, добиваясь, чтобы терапевты или целиком поддавались его манипуляциям или «кастрировали» его. В Москве искал терапевта-еврея, зрелого мужчину, успешного профессионала и хорошего семьянина, чтобы перенять его механизмы адаптации.

Проводилась индивидуальная и групповая динамическая терапия на протяжении 4 лет. Индивидуальные сессии (на кушетке) по просьбе пациента были двойными (по 90 минут), первые 2 года - 4 раза в неделю, групповые - 1 раз в неделю 110 минут. Часто пропускал сессии из-за командировок, звонил из других городов и стран, напоминая о намеченной встрече. Ни разу не отменил и не перенес назначенного времени. Первое время пытался начать сессию на 15-30 минут раньше. Ревновал терапевта к другим пациентам, завидовал им, критиковал и соперничал, пытался анализировать и интерпретировать их поведение. На индивидуальных сессиях говорил без умолку, жаловался на состояние, свое поведение, свой характер, неприятную неинтересную работу, на невнимательное некомпетентное начальство, на несамостоятельных подчиненных, на недостаток эксклюзивного отношения терапевта. С другой стороны, часто отмечал, как его любят, восхищаются его профессиональными достижениями; ожидал от терапевта одновременно жалости и комплиментов, взятия ответственности за его решения и помощи в развитии самостоятельности; упрекал группу, что на него не обращают внимания. Был склонен к интеллектуализации и рационализации, предпочитал обсуждать события, а не чувства.

Первые месяцы терапии прятал большие пальцы в кулаки. После интерпретации этого симптома как страха кастрации, скрытой сексуальной агрессии и тайной мастурбации стал свободнее говорить о перечисленных проблемах, поглаживая при этом галстук. Часто мазал губы гигиенической помадой, закапывал нос, массировал его, усиленно тер глаза, испытывая сладострастные ощущения. Осознал мастурбационную символику этих действий; оценил их и как проявления «сухого плача», т. к. он давно научился плакать по-настоящему. Начал обходиться без помады и капель. Часто внезапно прерывал свой монолог, чтобы сходить помочиться. По возвращении из туалета жаловался, что долго не мог начать мочеиспускание, струя была прерывистой, не возникло ощущения опорожнения мочевого пузыря. Эти жалобы оставались без комментариев; через год ходил в туалет лишь перед началом и после сессии.

К концу 2 года терапии ночью во время мастурбации представлял себя с секретаршей, которую ревнует к мужественному и явно более симпатичному для нее сотруднику. Вдруг возникло представление, что он лежит обнаженный у меня на кушетке, я сижу в изголовье также голый; ярко вспомнился голый отец, загорающий в шезлонге во дворе усадьбы, увидел

его полузерегированный член, испытал сильное желание усесть к нему голым на колени. Сознательно переключил свои фантазии на секретаршу, испугавшись гомосексуальных желаний. После этого сновидения просил, чтобы я ругал его, а не молчал во время редких пауз: это так холодно... На комментарий терапевта: «Грей меня и уходи?» возразил: «Мне нужно испытать боль от твоей ругани, это было бы основанием для обиды и сопротивления или (что опаснее) - открытой агрессии; но для этого требуется от боли потерять голову. Необходимо повысить уровень боли, иначе я застрял. Или ери, или вставай с горшка». Понял, что ожидает от терапевта и от коллег в первую очередь любви и агрессии, подчиняет этой невротической потребности деловые интересы. Из-за этого не получает ни творческого удовлетворения, ни интимного, которое следует удовлетворять в другом месте, причем мастурбация способна удовлетворить лишь эротическое желание.

Третий год терапии начался с осознания того, что долгие годы использовал терапию, чтобы искать объяснения своих проблем в прошлом и таким образом «не расти». Акцент терапии впервые был сделан на проработке достигнутых инсайтов. Сессии проводились 1-2 раза в неделю, сидя лицом к лицу; перед завершающей фазой по инициативе пациента был сделан перерыв на месяц. Купил автомашину (раньше боялся садиться за руль, хотя имел права и опыт вождения). Вырос по службе до поста директора Московского отделения фирмы, отношения с коллегами стали более искренними и дружественными. Снял другую квартиру, чтобы иметь возможность принимать большие компании гостей. Если раньше холодильник был заполнен йогуртами, соками и сладостями, теперь в нем появились мясные и рыбные деликатесы. Приобрел кошку, о которой заботился, как о ребенке, брал ее на ночь в постель. Начал встречаться с молодой женщиной, предупредив ее о временном характере отношений. Сбрил бороду, «чтобы не прятать больше от людей свое настоящее лицо»; к его удивлению, стал выглядеть более мужественно.

Завершающая фаза терапии (6 мес.) проводилась в ожидании перевода пациента на более высокую должность в главный офис фирмы в США. Последние встречи были фокусированы на страхе расставания и тревоге по поводу дальнейшей жизни. Уверенному и оптимистичному настрою способствовал обзор достижений пациента в деловой сфере и личной жизни; был сделан акцент на отсутствии необходимости сохранять невротическую симптоматику. В заключение были актуализированы нереализованные писательские способности пациента как возможность дистанцироваться от прошлого и сублимировать импульсы, оставшиеся неотреагированными.

фрагмент сессии. Конец 1 г. терапии, на кушетке. Почти всю сессию Г-д жаловался на утомительную работу, мешающую работать над собой, на языковой барьер, затрудняющий общение со мной, на собственную пассивность, зависимость и трусость. Провоцировал меня на критику. Приводится окончание сессии.

- Каждый день я об этом фантазирую по несколько раз. Я лежу в ванне с пистолетом и выстрелю себе в рот, и не испачкаю ничего, потому что вся кровь стечет в канализацию. Не оставлять записку, не объяснять ничего.
- Может быть, ты смог бы объяснить мне...
- (Раздраженно) Есть боль, и я хочу избавиться от боли.
- От БиНу...
- Ну. Я могу убить двух зайцев одним камнем. (Долгая пауза.)
- Так важно не испачкать ничего...
- Да, потому что я ношу мешок говна. Воняет. Неважно, куда я иду с этим мешком.

Тяжело, невкусно. Я ем это? Что это значит?

- Мм? (Пауза.)

- Я был в 3 классе и на моем письменном столе обнаружил какое-то коричневое пятно. Я понюхал, это было говно. Кто-то испачкал мой письменный стол ровном. Я только что вспомнил, это давно забыто. (Пауза.) Когда я был в университете, была традиция: в день рождения студента общежития парни хватили его, несли в общественный душ и мочили прямо в одежде под душем. Когда наступил мой день рождения, меня тоже потащили в ванную. Я ухватился за какой-то столб, они не смогли оторвать меня - или не захотели? - и бросили. Они ушли, я остался один, мне было жалко. Было бы не так плохо, они по-дружески хотели сделать это.

- Это случилось бы в ванной.

- В 9 классе несколько парней пытались затащить меня в дамский туалет. Хотя я смеялся, я очень не хотел. Я пригрозил, что донесу. И сразу, на пороге туалета юни меня покинули. И с тех пор у меня были очень плохие отношения с этими одноклассниками, они меня очень мучили. Я просто хотел бы, чтобы люди оставили меня в покое. Грей меня и уходи. И до сих пор у меня нет нормальных отношений с людьми.

- Я понимаю, как это больно. И я хочу заметить насчет ванной: она была в твоём рассказе о мастурбации с книгой о Томе Сойере и Гекльберри Финне. Что-то тайное и гомосексуальное...

- С ума сойти... (Пауза.) Пистолет во рту - это сексуальный символ?

- Может быть... К сожалению, наше время истекло.

После сессии Г-д вышел в туалет и вернулся со словами: «Первый раз за 20 лет нормальное мочеиспускание».

Катамнез 4 года. Успешно справляется с работой, вошел в мировую сотню лучших специалистов своей профессии. Занимается в литературной школе, пишет автобиографический роман. Посещает секцию тайквандо, повысил свой разряд. Состоит в гражданском браке с женщиной, с которой установил автономные отношения. Заботится об отце, оперированном по поводу рака мочевого пузыря, с пониманием относится к его характерологическим особенностям. В период перед операцией отца у Г-да появились канцерофобические переживания, возобновилась дизурия. Отказался от предложенных транквилизаторов и спазмолитиков, прошел курс биообратной связи, мочеотделение нормализовалось.

Анализ наблюдения. Личность сформировалась как невротическая под влиянием особенностей воспитания и детских психотравм. Определенную роль могли сыграть нейрофизиологические особенности (далтонизм). С детства проявлял впечатлительность, тревожность, неуверенность в себе - т. е. черты сенситивной личности. Сиблинговый конфликт наложился на эдипов. В результате невротического поведения отца у пациента сформировалась фиксация на анальной эротике, что привело к своеобразной форме мастурбации, страху гомосексуализма и манере «подлизываться». Сухость губ - возможно, реактивное формирование, набухание носа, по-видимому, перемещение эрекции, а смазывание губ помадой и сладострастное потирание носа и глазных яблок - перемещенная мастурбация. Закапывание носа, катеризация уретры и удовлетворение от заброса эякулята в мочевого пузырь, а также называние себя в женском роде являются, вероятно, проявлением сексуального аутизма, при котором мужские органы и символы могут использоваться как женские.

Эпизоды недержания мочи и кала, перемежающиеся с трудностями мочеиспускания и запорами, имеют значение сдерживаемой, скрытой анальной, уретральной и фаллической агрессии, трансформирующейся в аутоагрессию. Последняя выполняет функцию собственного контроля за своими тазовыми функциями, самонаказания за агрессивные, гомосексуальные и инцестуозные импульсы, а также амбивалентной идентификации: с агрессором - отцом и одновременно с жертвой - матерью. Амбивалентная половая идентификация тормозит сек-

суальное развитие, что позволяет надеяться сохранить раннедетские эротические отношения с отцом, оттеснив мать и младшего брата. Кроме того, сохраняется надежда смягчить садизм сверстников ролью женоподобного мальчика.

Во время терапии речь пациента поначалу напоминает словесный понос, при одновременном «запоре» испытываемых в этот момент чувств - тревожных и враждебных из-за страха отвержения и вербальной агрессии. Позитивные чувства также блокированы из-за интимно-инцестуо- и гомосексуальной фобии. Важным элементом является страх кастрации, выраженный в дисморфоманическом представлении малых размерах члена и компенсированный в повторяющемся сновидении о втором пенисе, не исчезающем в поглощающей вагине. Еще более явный психосоматический компонент - дизурия в определенной степени является аналогом кишечных расстройств. Актуализация этого механизма произошла во время манифестации подобного расстройства у отца 20 лет назад; он вновь включился перед тяжелой операцией, предстоящей отцу, - возможно, чтобы разделить его страдания.

## Тесты

1-7. Для каждой концепции «психосоматической медицины», приведенной ниже, подберите имя, наиболее тесно с ней связанное:

- А) Э. Кюблер-Росс
- Б) Ф. Александер
- В) З. Фрейд
- Г) В. Райх
- Д) Ф. Данбар.

1. Психосоматические заболевания связаны со специфическими неразрешенными невротическими конфликтами.

2. Существует семь психосоматических заболеваний: бронхиальная астма, язвенный колит, ревматоидный артрит, эссенциальная гипертония, пептическая язвенная болезнь, нейродермит и диффузный токсический зоб

3. Истерический невроз является следствием вытесненных воспоминаний.

4. Психосоматические заболевания характеризуются специфическими чертами личности.

5. Лица, которые переносят заболевания, угрожающие жизни, проходят отчетливые фазы психологической адаптации.

6. Психоанализ наряду с симптоматикой должен быть адресован к лежащему в основе типу характера.

7. Истерическая личность характеризуется кокетливостью, возбудимостью и поверхностными межличностными отношениями.

8. Правильные утверждения по поводу соматизированного расстройства включают следующие, **кроме:**

- А. оно называется синдромом Брика
- Б. оно чаще встречается у мужчин
- В. оно обычно характеризуется многочисленными соматическими жалобами
- Г. оно наиболее распространено у представителей низших социальных и экономических групп
- Д. отмечается семейная предрасположенность.

9. Пучковая головная боль отличается от мигрени тем, что (несколько верных ответов):

- А. не имеет известных средств облегчения

- Б. чаще отмечается у мужчин, чем у женщин  
В. больные во время приступа возбуждены и иногда бьются головой  
Г. наблюдается очень медленное начало с типичной продромальной фазой.  
10. Человек получил плацебо в связи с умеренной болью и через 30 мин, сообщает, что боль прошла. Наиболее вероятным заключением является то, что он:

- А. страдает конверсионным расстройством  
Б. страдает диссоциативным расстройством  
В. симулирует  
Г. изначально не имел никакой боли  
Д. реагирует на плацебо.

11. Правильные утверждения по поводу биообратной связи (биоподкрепления) включают то, что она (верны несколько ответов):

- А. обычно использует оборудование  
Б. предназначена для облегчения саморегуляции соматических процессов  
В. может быть применена для модификации биоэлектрической активности головного мозга  
Г. является эффективным лечением недержания кала.

12. Синдром Мюнхгаузена является:

- А. эндокринным расстройством  
Б. органическим заболеванием головного мозга  
В. соматоформным расстройством  
Г. расстройством сна  
Д. симулятивным расстройством.

13. Наиболее частыми данными, выявляемыми у больных с симулятивными расстройствами, являются:

- А. сочетание с тяжелой психической патологией  
Б. агрессивный, самоуверенный тип личности  
В. частые выписки из больницы  
Г. самолечение или инъекции, сделанные самим больным  
Д. отсутствие медицинских знаний.

14-18. Обозначьте следующее:

- А. соматизированное расстройство  
Б. обсессивно-компульсивное расстройство  
В. диссоциативная fuga  
Г. дисморфофобическое расстройство  
Д. посттравматическое стрессовое расстройство.

14. 32-летняя женщина после того, что она увидела, как сгорел ее дом, испытывает повторяющиеся сновидения об этом происшествии.

15. 20-летний студент огорчен тем, что его нос кажется ему кривым, хотя окружающие считают нос нормальным.

16. Монахиню обнаруживают в далеком городе работающей в кабаре и не способной вспомнить свою прежнюю жизнь.

17. 35-летняя мать очень переживает и тревожится из-за невозможности отделаться от постоянного желания ударить своего ребенка.

18. Учащийся колледжа в течение трех лет страдает эпизодами амнезии и слепоты, а также многочисленными нарушениями со стороны органов грудной клетки и желудочно-кишечного тракта без какой-либо органической причины.

## Ответы

1-7. Правильные ответы 1-Б, 2-Б, 3-В, 4-Д, 5-А, 6-Г, 7-Г. З. Фрейд разработал концепцию психологического конфликта и вытеснения. Он считал, что больные истерическим неврозом страдали от подавления и вытеснения воспоминаний и эмоций, связанных с ними. Его оригинальные идеи привели к развитию психоанализа и заложили фундамент психосоматической медицины. Ранние работы Фрейда касались, главным образом, симптомов.

В. Райх, ученик Фрейда, привлек внимание к значению типов характеров в диагностике и лечении. Один из описанных им типов личности назван истероидной; он охарактеризовал ее как кокетливую, легко возбудимую и поверхностную в межличностных контактах.

Тип личности и психологический конфликт рассматривались как патогенетический фактор в развитии соматических симптомов и психосоматических заболеваний. Ф. Данбар считала, что лица, страдающие психосоматическими заболеваниями, обладают определенными чертами личности.

Ф. Александер делал основной упор на учение о том, что семь классических психосоматических заболеваний (бронхиальная астма, язвенный колит, ревматоидный артрит, эссенциальная гипертония, пептическая язвенная болезнь, нейродермит и диффузный токсический зоб) характеризуются специфическими неразрешенными невротическими конфликтами. Например, он полагал, что лица, больные пептической язвой, страдали конфликтом оральной зависимости. Более поздние исследователи, однако, поставили под вопрос специфичность его положений, частично потому, что многие невротические конфликты бывают связаны с большим числом заболеваний, чем семь, перечисленных Александером. Действительно, большинство - если не все - соматические и хирургические заболевания включают психологический фактор; в этом смысле все они являются по своей природе психосоматическими.

Э. Кюблер-Росс дала подробное описание психологической адаптации к приближающейся смерти.

8. Правильный ответ Б. Соматизированное расстройство ранее называлось истерией или синдромом Брике. Оно представлено многочисленными соматическими жалобами, поражает, главным образом, женщин и обычно впервые появляется в молодости. Имеется семейная предрасположенность, и чаще это расстройство наблюдается у больных из низших социальных и экономических групп. Оно часто сосуществует с другими психическими расстройствами.

9. Правильные ответы А, Б, В. Пучковые головные боли имеют определенное сходство с мигренью, но отличаются рядом признаков. При пучковых болях отношение женщин к мужчинам составляет 2:3, что противоположно соотношению 3:1 при мигрени. Обычно отмечаются внезапные приступы без какого-либо провоцирующего фактора. Начало обычно острое и тяжелое. При мигрени начало более постепенное, но оба вида этих головных болей могут сопровождаться тошнотой и рвотой. Больные мигренью предпочитают спокойно лежать, т. к. движения усиливают боль. Пациенты с пучковыми головными болями часто возбуждены и могут даже биться головой в попытке облегчить боль.

10. Правильный ответ Д. Единственное заключение, к которому можно прийти по поводу описанного человека, является то, что он реагирует на плацебо. Его реакция ничего не говорит о том, является ли его боль «истинной» или психогенной. Было показано, что плацебо уменьшает боль как психологического, так и соматического происхождения.

11. Правильны все ответы. Биообратная связь (биоподкрепление) обычно использует оборудование, предназначенное для обеспечения пациента визуальной или звуковой обратной связью в отношении физиологических процессов. Например, электроэнцефалограмма



может записываться таким образом, чтобы появлялся определенный звук, когда при релаксации достигается появление альфа-ритма (покоя). Электромиограф может использоваться для мониторинга активности определенной группы мышц с визуальным или звуковым сигналом, пропорциональным степени достигаемой пациентом релаксации. Биообратная связь оказалась эффективной дополнительной терапией при таких состояниях, как мигрень, гипертония и хронические боли. В случае головной боли, обусловленной спазмом мышц или при недержании кала вследствие слабости сфинктера или нарушения восприятия растяжения прямой кишки, этот метод часто является терапией выбора.

12. Симулятивное расстройство заключается в добровольном изображении симптомов заболевания для того, чтобы играть роль больного. Синдром Мюнхгаузена является тяжелым расстройством, которое характеризуется патологической лживостью, периодическим вызыванием или симуляцией болезней и бродяжничеством. Большинство случаев описано у мужчин из низших социальных и экономических слоев, часто с пограничными или антисоциальными личностными чертами, наблюдающимися на протяжении всей жизни. У них можно обнаружить многочисленные рубцы после предшествующих хирургических вмешательств, и они охотно идут на различные диагностические процедуры и операции. Верный ответ Д.

13. Правильный ответ Г. Пациенты с симулятивными расстройствами часто являются профессиональными медиками или имеют отношение к медицине. Введение или прием препаратов или других средств (например, инсулина, инфекционных агентов или неизвестных смесей препаратов) являются обычными способами симуляции болезни. Эти люди обычно пассивны и незрелы и создают много тревог и споров у персонала, заботящегося о них. Когда этим больным выставляется диагноз симулятивного расстройства, их аномальное поведение лучше объяснять им как «крик о помощи». Случаи суицидальных попыток и выписки из больницы редки даже после установления диагноза. Эти пациенты не являются социопатами и обычно не болеют психозами.

14-18. Правильные ответы: 14-Д, 15-Г, 16-В, 17-Б, 18-А. Одной из наиболее характерных черт посттравматического стрессового расстройства является появление повторяющихся снов и воспоминаний о травмирующем событии. Наблюдаются многие другие симптомы, а расстройство должно наблюдаться не менее 1 мес. для установления диагноза.

При дисморфоманическом расстройстве пациент с нормальной внешностью имеет сверхценную фиксацию на воображаемом дефекте внешности. Убеждение упорное и иногда достигает бредового уровня. Диагноз исключает нервную анорексию (когда пациенты на самом деле худые, считают себя толстыми) и транссексуализм.

Больные обсессивно-компульсивным расстройством страдают постоянными мыслями, желаниями или повторяющимися действиями, которые мучительны, но пациенты не могут им противостоять. Эти симптомы воспринимаются как чрезмерные и бессознательные продукты собственной психики. Они являются источником страдания и нарушения нормального функционирования.

При соматизированном расстройстве имеются соматические жалобы, включающие четыре болевых симптома, два желудочно-кишечных симптома, один сексуальный симптом и один псевдоневрологический.

Больные с диссоциативной фугой обнаруживают внезапное и временное изменение личностной идентификации, памяти или сознания. Они могут быстро утратить воспоминания о своей прошлой жизни и понимание того, кто они есть. Эти больные могут покинуть свой дом, семью и работу и не помнить о них.

## ;- Рекомендуемая литература

- Александр Ф. Психосоматическая медицина. - М., 2000.  
Браун Дж. Психосоматический подход. - М., 2001.  
Бройтигам В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. Пер. с нем. - М., 1999.  
Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (Клиника, дифференциальная диагностика, лечение). - М., 2000.  
Знаменитые случаи из практики психоанализа. Сб. Пер. с англ. и нем. - М., 1995.  
Кискер К.П., Фрайбергер Г. и др. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. - М., 1999.  
Лоуэн А. Язык тела. Пер. с англ. - СПб., 1997.  
Любан-Плоцца Б. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. - 6-е изд. Пер. с нем. - СПб., 2000.  
Перлз Ф. Практика гештальттерапии. - М., 2001.  
Перлз Ф., Гудмен П. Теория гештальттерапии. - М., 2001.  
Райх В. Характероанализ. - М., 1999.  
Символдрама. Сб. н. тр. - Мн., 2001.  
Смулевич А.Б. (ред.) Ипохондрические и соматоформные расстройства. - М., 1992.  
Фрейд З. Фрагмент анализа истерии (История болезни Доры)// Фрейд З. Избранное. - Рост. н/Д., 1998. - С. 177-336.  
Шульц И. Аутогенная тренировка. Пер. с нем. - М., 1985.

## Дополнительная литература

- Ануфриев А.К. (ред.) Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимподобных состояниях. - М., 1979.  
Бурно М.Е. Психотерапия «сомневающейся» ипохондрии // Моск. психотер. журн., 1994. - № 1.  
Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий // Психол. журн., 1997. - № 2.  
Ващенко Ю. Эго-идентичность как этиологический фактор психосоматических расстройств // Журн. практич. психолога, 1999, № 5-6. - С. 3-12.  
Вертманн А. Регрессивный кризис в случае нейродермита и нарушений работоспособности // Моск. психотер. журн., 1997. - №1. С. 62.  
Вертоградова О.П. и др. Кардиофобический синдром (клиника, динамика, терапия) // Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. М., 1994, с. 19-28.  
Гараньян А.Б., Холмогорова А.Б. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками// Моск. психотер. журн., 1996. - № 1. - С. 59-72.  
Гингер С., Гингер А. Гештальт-терапия контакта. 2-е изд. Пер. с фр. - СПб., 2001.  
Гройсман А.Л. Медицинская психология: Лекции для врачей - слушателей курсов последипломного образования. - М., 1998.  
Дунаевский В. В. Психиатрия и психосоматическая медицина. - СПб., 1995.  
Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. - СПб., 2000.  
Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. - Кишинев, 1988.  
Кемпински А. Психопатология неврозов. Пер. польск. - Варшава, 1975.  
Кермани К. Аутогенная тренировка. Пер. с англ. - М., 2000.  
Линдеман Х., Селье Г. Система психофизического саморегулирования. Когда стресс не приносит горя. Пер. с нем., англ.-М., 1992.  
Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка. - Л., 1986.  
Лоуэн А. Биоэнергетика. Пер. с англ. - СПб., 1998.  
Лоуэн А. Предательство тела. Пер. сангл. - Екатеринбург, 1999.  
Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера. Пер. сангл.-М., 1996.  
Лугэ В. Аутогенная тренировка с применением обратной связи // Психическая саморегуляция. - А.-Ата, 1974. - Вып. 2. - С. 61-67.  
Минделл А. Работа со сновидящим телом. - М. - Мн., 2001.

- Минченков А.В., Еллидифоров Н.Б. Методы структурной психосоматики. - СПб., 2001.
- Митюшкина О.Т. Методы, ориентированные на йогу, в комплексном лечении больных с невротической реакцией//Клин. психол. и психотер., 1999. -№ 1. -С. 115-128.
- Наранко К. Гештальт-терапия: Отношение и практика атеоретического эмпиризма. Пер. с англ. - Воронеж, 1995
- Немеринский О.В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств // Моск. психотер. журн., 1997. - № 1. - С. 84-91.
- Никитин В.Н. Психология телесного сознания. - М., 1999.
- Обухов Я.Л. Символдрама: Кататимно-имажинативная психотерапия детей и подростков. - М., 1997.
- Обухов Я.Л. Удовлетворение архаических потребностей - использование методов символдрамы // Клин. психол. и психотер., 1999. - № 1. - С. 129-154.
- Палеев Н.Р. и др. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней // Вести. Рос. акад. мед. наук, 1998. - №4.
- Папуш М. Психотехника экзистенциального выбора. - М., 2001.
- Папуш М. Работа с субличностями в гештальттерапии // Моск. психотер. журн., 1994. - № 3.
- Папуш М.П. «Я» и «Ты» в гештальттерапии: аксиологический анализ концепции невротических механизмов // Моск. психотер. журн., 1992. - № 2.
- Пашенков С.З. Ипохондрия. - Ташкент, 1974.
- Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Межкультуральные и междисциплинарные аспекты на примере 40 историй болезни. Пер. с нем. - М., 1996.
- Рад М., фон. Психоаналитическая психосоматика // Ключевые понятия психоанализа. Пер. с нем. - СПб., 2001.-С. 188-194.
- Ромэн А.С. Самовнушение и его влияние на организм. - А. -Ата, 1970.
- Рыбин В.И. Инсайт и гештальт// Моск. психотер. журн., 1997. - № 3. - С. 85-104.
- Саргаутиде Р., Семенова Н.Д. Опыт психотерапии с большими ревматоидными артритами // Моск. психотер. журн., 1996. - № 4. - С. 99-105.
- Семке В. Я. и др. Ипохондрические состояния в общесоматической практике. - Томск, 1991.
- Смулевич А.Б. и др. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели). // Ипохондрические и соматоформные расстройства. - М., 1992.
- Соколова Е.Т. «Где живет тошнота?» (Краткое описание случая из практики) // Моск. психотер. журн., 1994. -№1.-С.86-100.
- СтраумитА.Я. Патогенез и диагностика невротозов с функциональными нарушениями сердечной деятельности: Метод, письмо. -Л., 1969.
- Филатов А.Т. Аутогенная тренировка. - К., 1979.
- Холмогорова А. Б., Гаранян Н.Г. Групповая психотерапия невротозов с соматическими масками, //Моск. психотер. журн., 1994. -№ 2. - С. 29-50.
- Холмогорова А. Б., Гаранян Н.Г. Интеграция когнитивного и динамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств// Моск. психотер. журн., 1996. - № 3.
- Холмогорова А., Гаранян Н. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Моск. психотер. журн., 2000. - № 2.
- Холмогорова А., Гаранян Н. Эмоциональные расстройства и современная культура /на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств // Моск. психотер. журн., 1999. - № 2. - С. 61 -90.
- Холмогорова А. и др. Взаимодействие специалистов в комплексном лечении психических расстройств // Моск. психотер. журн., 2001. - № 4.
- Хржановски Г. Ипохондрия // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. - М., 1998. - С. 719-728.
- Шаттенлоэр Г. Рисунок и образ в гештальттерапии. Пер. с нем. - СПб., 2001.
- Эйдмиллер Э.Г., Юстицкий В. В. Психология и психотерапия семьи. - СПб., 1999.
- ЭнкрайтДж. Гештальт, ведущий к просветлению. Пер. с англ. - М., 1988.
- Эриксон М. Гипнотическая техника «рассеивания» для коррекции симптомов и облегчения боли // Психологическое консультирование и психотерапия. Хрестоматия. Т. 1. - М., 1999. - С. 201 -224.
- Якубзон А.М. Дифференцированная терапия невротических кардиофобии //Акт. вопр. диагностики и лечения погр. нервно-псих. заболеваний и алкоголизма. - М., 1988. - С. 204-206.
- ЯкубикА. Истерия. Методология. Теория. Психопатология. Пер. польск. - М., 1982.

## Глава 6

# РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И СНА

В указанные расстройства входят: нервная анорексия, нервная булимия, бессонница, гиперсомния, расстройство режима сна-бодрствования, снохождение, ночные ужасы и кошмары.

## Нервная анорексия

Нервная анорексия (гр. *orexis* - аппетит, жажда, желание). Встречается у девочек-подростков и девушек, опасаящихся растолстеть. Вопреки названию на ранней стадии аппетит сохранен и даже повышен после периодов голодания. Лишь на поздних стадиях аппетит исчезает, т. к. вследствие постоянно вызываемой рвоты снижается кислотность желудочного сока, и происходят общедистрофические нарушения. Наблюдается физическое истощение, аменорея, понижается давление и температура, появляются пушковые волосы. В трети случаев наблюдается хроническое течение, возможна смерть в результате истощения

Характерна патологическая, несокрушимая убежденность в «излишней полноте» своей фигуры, противоречащая развитию дистрофии (*дисморфомания*). Важным симптомом является диссимуляция: больные скрывают от окружающих как мотивы отказа от еды, так и факт отказа. Типично стремление перекармливать других членов семьи, а также интерес к приготовлению блюд. Они избегают высококалорийной пищи и еды в присутствии людей. После еды вызывают рвоту, принимают слабительные. Отношения с родителями обычно сложные, психосексуальное развитие заторможено, хотя месячные у них начинаются в среднем на год раньше, чем у сверстниц. Радикал личности обсессивно-шизоидный, интеллект развит выше среднего. Больные старательны и успешны в учебе, избирательно общительны или замкнуты, ранимы, излишне требовательны к себе, до изнурения занимаются физическими упражнениями, сохраняют повышенную активность даже при долгом голодании.

Различают две формы расстройства: *аскетическую* и *булимическую* (Би11т1а - бычий, неутолимый голод, греч.). Первая описана выше, вторая отличается следующим. Больные прячут и воруют еду, тайно объедаются по ночам и затем вызывают рвоту. В личности выражены депрессивно-истероидные черты, экстравертированность и склонность к зависимости: наркомании, промискуитету, клептомании, суицидомании. Это сближает булимическую форму нервной анорексии с аддиктивным (зависимым) поведением. Потеря веса при данной форме меньше, течение легче, прогноз благоприятнее.

**ПСИХОДИНАМИКА.** Расстройство рассматривается как реакция незрелой личности на преждевременные требования независимости и социальной или сексуальной активности. У пациентки может быть амбивалентное отношение к родителям после пережитого в раннем Детстве и не переработанного абьюза. Выявляется неспособность психологически отделять свою личность от материнской, страх забеременеть, сдерживание сексуальных или агрессивных побуждений. Сниженный вес и худоба, отсутствие вторичных половых признаков и месяч-

ных ассоциируется с возрастом латентной (асексуальной) фазы. Характерно, что месячные у многих больных исчезают задолго до появления эндокринных осложнений, и это не вызывает у них беспокойства. Определенную роль играет и мода на субтильную фигуру девушки, культивируемая в промышленно развитых странах. Во всяком случае психологическая защита использует двойное перемещение внутриличностного конфликта: путем соматизации и регресса к оральной фазе развития.

ТЕРАПИЯ. Амбулаторное лечение может помочь лишь высоко мотивированным девочкам-подросткам с аскетической формой анорексии, давностью заболевания до 6 мес., имеющих родителей, готовых сотрудничать с терапевтом. Как правило, больные и их родители не критичны к заболеванию, склонны к *диссимуляции* (сокрытию симптоматики), не признают психологической и тем более - психосексуальной основы расстройства.

Методом выбора является длительное (не менее 9 мес.) стационарное лечение, которое последовательно решает следующие задачи.

1. Заключение терапевтического договора:
  - а) об улучшении самочувствия, сна, настроения и отношений с окружающими;
  - б) о достижении определенной массы тела с помощью постельного режима и контроля персонала клиники за поступлением и выведением пищи.
2. Соматически ориентированная терапия, направленная на тренинг пищевого поведения. Больная получает 2000-2500 калорий в сутки в виде жидкой пищи. Пища дается большой 3-6 раз в сутки и при необходимости вводится через зонд. Персонал присутствует во время приема пищи и 2-3 часа после еды во избежание рвоты.
3. Тренинг психомоторики для коррекции нарушения схемы тела и оперантное обусловливание с поощрением адекватного пищевого поведения (при очередном повышении веса тела на 100 г - отмена постельного режима, еда в столовой, выход из отделения и т. п.).
4. Индивидуальная и групповая когнитивная терапия: обсуждение письменного самонаблюдения больной с выявлением неосознаваемых когнитивных искажений.
5. Интенсивная динамическая терапия в диагностически гомогенной группе.
6. Семейная терапия или при отказе от нее родителей - проработка взаимоотношений с ними в других формах терапии.

## Нервная булимия

Распространена среди истероидных девушек и молодых женщин и проявляется в виде тайных приступов переедания высококалорийной пищи с последующим искусственным опорожнением желудочно-кишечного тракта для предотвращения массы тела, которая тем не менее возрастает из-за переедания. Обычное количество еды вне приступа не вызывает у них ощущения полноты в желудке и чувства насыщения. Гиперфагия с последующей искусственной рвотой может приобрести характер навязчивости, при этом сам процесс жадной, неразборчивой еды доставляет чувственное удовольствие, а рвота становится условно-рефлекторной, произвольной. Наряду с этим возможны аффективные расстройства: депрессия с суицидальными тенденциями, реже эйфория, а также ипохондрические расстройства.

У больных сохраняется сознание болезни, они испытывают острое недовольство собой и сильное чувство вины после каждого приступа переедания. Они сохраняют обычный вес с незначительными отклонениями в ту или иную сторону; мечтают о более стройной фигуре, но не собираются безгранично худеть. Если у больных с булимической формой анорексии имеется дисморфомания, то у больных булимией имеется лишь *дисморфофобия* в форме навязчи-

вого страха ожирения без нарушения восприятия своего тела, но с опасением потерять сексуальную привлекательность. Пациентки более непоседливы, гневливы и импульсивны, чем больные нервной анорексией. В ряде случаев формируется алкогольная или наркотическая зависимость, сексуальная активность повышена, с тенденцией к промискуитету. Примерно у 1/3 наблюдается клептомания: они импульсивно похищают еду, бижутерию, предметы одежды из магазинов. Наблюдается тенденция к саморазрушающему поведению.

Расстройство обычно начинается в связи с межличностным конфликтом в семейной, сексуальной или учебно-профессиональной сфере, вхождением в новый коллектив; нередко дезадаптация развивается во всех сферах жизни. Ближайший преморбид может проявляться в выраженном недовольстве своей внешностью, попытками похудения, напоминающими анорексию. Затем больные все чаще не выдерживают голодания, и впадают в другую крайность. Постепенно борьба мотивов «есть или не есть» поглощает всю психическую жизнь пациентки. Течение обычно хроническое, со спонтанными ремиссиями, ослабления организма не наступает. Расстройство нередко умело скрывается даже от членов семьи.

ПСИХОДИНАМИКА. Чаще, чем при нервной анорексии, отмечаются семейные конфликты, безразличное или пренебрежительное отношение к пациентке в семье; в то же время в детстве больных нередко перекармливали. Повышенная тревожность, импульсивность, сниженная самооценка и коммуникативные нарушения наряду с имеющимися у больных тенденциями к формированию различных зависимостей сближают данное расстройство с аддитивным. Борьба за психологическую независимость своей личности от матери выражается в двойственном отношении к еде. Неприемлемость сексуальных фантазий и агрессивных побуждений проявляется символически, на языке тела и пищевого поведения. В основе экзистенциальной мотивации лежит чувство внутренней пустоты и скуки. Пища заполняет рот и живот, вызывая приятные ощущения, которые не могут заменить наполненной внутренней жизни. Увеличение количества пищи вызывает ощущения излишка, тяжести, неспособности переварить ее, чувство утраты самоконтроля, разочарования в данном способе компенсации. Каждая булимическая атака усиливает чувство неполноценности и потребность в самокажании. Таким извращенным карающим наслаждением становится следующий приступ.

ТЕРАПИЯ. Сверхценное желание снизить вес при отсутствии контроля над своим пищевым поведением заставляют пациентов сравнительно легко соглашаться на лечение. Оно включает амбулаторную индивидуальную и групповую когнитивно-поведенческую терапию, направленную на улучшение эмоционально-волевого самоконтроля, нормализацию пищевых привычек, отношения к еде и представления об идеальной комплекции. Важное значение придается при этом элементам раскрывающей терапии, фокусированных на теме питания. Рассматривается связь особенностей пищевого поведения пациентки с ее текущими конфликтами и ситуационно обусловленными колебаниями настроения. В ходе терапии анализируются механизмы неизбежных рецидивов. Терапия может считаться завершенной лишь после отреагирования нарциссических обид и заполнения экзистенциального вакуума.

## Диссомния

Сон обычно делят на фазу быстрого и медленного сна. Каждая из них имеет типичные и отчетливые электрофизиологические характеристики. Отмечаются значительные физиологические различия между фазой быстрого и фазой медленного сна. Во время фазы быстрого сна как частота сердечных сокращений и дыхания, так и артериальное давление повышаются и

становятся более переменными, чем во время медленного сна. Снижение тонуса скелетных мышц и эрекция полового члена встречаются только во время фазы быстрого сна. Когда люди просыпаются после фазы быстрого сна, в 80 % случаев они отмечают сновидения. Большинство взрослых видит от 3 до 6 снов за ночь в течение 1-2 ч. фазы быстрого сна, но сновидения могут также отмечаться и во время фазы медленного сна. Наиболее вероятно пробуждение после быстрого сна. Удельный вес быстрого сна снижается с увеличением возраста, и эта фаза связана с гипотонией и эрекцией полового члена.

Снохождение, ночные кошмары и функциональный ночной энурез являются расстройствами вследствие неполного пробуждения после самых глубоких фаз медленного сна. В типичных случаях они отмечаются один раз за ночь в течение первых часов сна и у большинства пациентов эти нарушения исчезают к подростковому возрасту.

## Бессонница неорганической природы

Заклывается в нарушении засыпания и/или поддержания состояния сна. Первый вариант чаще встречается у молодых, второй - у пожилых. Чаще по этому поводу обращаются женщины с отклонениями от привычной для них нормы, у которых наблюдается состояние напряжения в сочетании с соматизированной тревогой. Для них характерно отрицание тревоги и психологических проблем, раздражительность, хроническое чувство усталости, которое они связывают с дефицитом сна, усиливающаяся к ночи озабоченность по поводу предстоящей бессонницы и отсутствие ощущения отдыха после сна. Расстройство может серьезно ограничить работоспособность.

Неорганическими причинами расстройства могут быть: возрастное уменьшение потребности во сне, психотравмирующая ситуация, ипохондрическая фиксация с ожиданием опасных последствий бессонницы, депрессия, а также обструктивное апноэ (храп) и миоклония (синдром беспокойных ног).

Фармакотерапия (снотворные, транквилизаторы и антидепрессанты седативного действия) назначаются на 1-2 недели из-за опасности развития лекарственной зависимости. При их отмене надо быть готовым к кратковременному возврату симптомов. Учитывается также, что антидепрессанты могут усилить появления миоклонуса. Лекарства следует принимать за 20-30 минут до сна, после чего прогуляться по воздуху, проветрив помещение. Таким образом, вместо рефлекса «таблетка \* сон» формируется рефлекс «прогулка и свежий воздух - сон». Некоторым пациентам удается спокойно спать до утра, приготовив «на всякий случай» таблетку на прикроватной тумбочке; затем они все чаще «забывают» ее положить. Период приема лекарств и облегчения состояния необходимо использовать для налаживания гигиены сна и начала курса психотерапии. При упорной бессоннице назначают соннапакс (меллерил). Гигиена сна сводится к следующим несложным правилам (Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок, 1998):

1. Каждый день просыпаться в одно и то же время.
2. Ограничить продолжительность ежедневного пребывания в постели временем, привычным для пациента до возникновения расстройства сна.
3. Не употреблять психоактивные вещества (кофеин, никотин, алкоголь, стимуляторы).
4. Не спать днем (за исключением случаев, когда после дневного сна улучшается сон ночью).
5. Использовать постепенно усложняемую программу физических упражнений по утрам для поддержания хорошего самочувствия.
6. Избегать возбуждения перед сном; заменить просмотр телепередач легким чтением или прослушиванием радиопрограмм.

7. Принимать в течение 20 минут перед сном горячую ванну для поднятия температуры тела.
8. Регулярно принимать пищу в определенное время; не переедать перед сном,
- д. Выбирать комфортные условия для сна.

В качестве психотерапевтической регуляции сна применяют:

- А) релаксацию, уменьшающую стимуляцию центров бодрствования со стороны напряженных мышц;
- Б) биообратную связь, позволяющую пациенту использовать получаемую информацию о своих физиологических процессах для установления контроля за ними;
- В) когнитивную терапию, изменяющую тревожные мысли по поводу сна на нейтральные;
- Г) выработку «ритуалов сна», гарантирующих быстрое засыпание.

Затрудненное засыпание довольно легко устраняется внушением в гипнозе. Мы в своей практике применяли следующие формулы внушения, которыми пациенты затем самостоятельно пользовались при засыпании в качестве формул самовнушения. Это обеспечивало им уверенность в своей способности контролировать засыпание и купировало тревожное ожидание бессонницы.

*Сейчас вы успокаиваетесь и расслабляетесь. Спокойно расслабляется все тело. Расслабляется лицо. Становится расслабленным, безмятежным. Полностью расслабляется шея. Дышится и глотается незаметно, спокойно. Голова лежит совершенно спокойно. Ей удобно, уютно. Голова освобождается от всего мешающего, от напряжения и забот, отдыхает, успокаивается.*

*Когда вы отдыхаете, расслабляетесь так, руки становятся ленивыми, усталыми. Отдыхают, расслабляются полностью. Руки сейчас неподвижные, бессильные, как плети. Лень шевелить ими. Ноги сейчас такие же усталые, неподвижные, как и руки. Отдыхают, расслабляются полностью. Лежать удобно, уютно. Тело расслабляется полностью, от головы до самых пят. Тело погружается в уютную безмятежную дремоту. Пропитывается густым, глубоким теплом. Тело освобождается от остатков напряжения, от всего мешающего. Приятная глубокая дремота разливается по всему телу. И эта дремота сама собой становится все приятнее и глубже.*

*Дыхание становится все спокойнее, незаметнее. Как дыхание человека, который все глубже погружается в состояние полного физического и душевного покоя. Сердце работает незаметно, спокойно. На душе все спокойнее, все легче. Чувствуете себя в уютном, укромном месте. В полной безопасности. Вдали от всех волнений, забот. Мягкий, теплый туман укутывает все тело, как просторное покрывало. Лежать удобно, уютно. Отдыхайте...*

*Когда вы отдыхаете, расслабляетесь так, тело превращается в мягкий, теплый, зыбкий туман. Расплывается в тумане. Становится приятно бесчувственным, невесомым. Как ватное, как чужое. Перестаете чувствовать свое тело. Посторонние звуки безразличны. Они доходят как сквозь вату. Посторонние звуки легко оставлять без внимания. Мой голос все больше успокаивает, убаюкивает. Каждое слово углубляет сонно. Сон углубляется сам. Засыпайте...*

*Когда вы расслабляетесь, засыпаете так, вся усталость, незаметно скопившаяся до этого, огромной приятной тяжестью наваливается на вас, и вы незаметно, спокойно погружаетесь в уютную, безмятежную дремоту, которая все углубляется и углубляется. В это время легко оставлять без внимания любые звуки. Любые ощущения, любые мысли. Все минувшие впечатления становятся далекими, безразличными, чужими. Все предстоящие заботы откладываются на потом, на свежую голову. И когда вы так спокойно, беззаботно, безмятежно относитесь ко всему, в том числе и ко сну, сон приходит сам, как это дано вам природой, легко и*

незаметно. До самого пробуждения сон остается спокойным, глубоким. Любые случайные помехи для сна безразличны, их легко оставлять без внимания.

Когда вы засыпаете так, в голове приятный туман вытесняет мысли. Мысли путаются, расплываются в тумане. Перестаете вслушиваться и вдумываться в мои слова. Лень шевелиться, думать. Слова лечения сами собой, безо всяких усилий проникают в память, улучшают настроение и самочувствие. Слова лечения улучшают работоспособность и ночной сон.

Сейчас вы легко можете почувствовать себя так, как будто задремали, забылись на свежем воздухе, в уютном, укромном месте. Дышите чистым, свежим, приятно прохладным воздухом. Вдох успокаивает, выдох спокойный. Такое сонное дыхание успокаивает, убаюкивает вас. С каждым выдохом дремота нарастает. Когда вы наслаждаетесь этой дремотой, на душе становится совсем тихо и легко. Отдыхайте. Каждая минута этого состояния очень приятна и полезна для вас. Через несколько минут я снова заговорю с вами. К этому времени гипнотический сон станет еще глубже. Лечебные внушения будут восприниматься и действовать еще лучше. И тогда я дам вам следующее внушение, которое вам легко будет выполнить. Отдыхайте, наслаждайтесь этим приятным состоянием полного физического и душевного покоя. Засыпайте еще спокойнее и еще глубже.

Сейчас вы слышите мой голос и продолжаете засыпать все глубже и глубже. Чувствуете, как neodолжимая сонливость охватила все тело. Лень сопротивляться сну, лень шевелиться, думать. Все больше хочется спать... спать... спать... Засыпайте, и пусть вам представится или приснится что-нибудь очень приятное, ободряющее, обнадеживающее. В этом сновидении или фантазии вы сможете почувствовать себя спокойным, уверенным, жизнерадостным человеком, довольным собой и своей жизнью. В это время ваш сон станет совсем глубоким. И как бы глубоко вы не заснули, вам легко будет понимать и выполнять мои внушения. Через несколько минут я снова заговорю с вами, а сейчас сон углубляется сам. Спать... спать... спать... Сейчас вы спите глубоким лечебным сном. Только мой голос звучит для вас, остальные звуки безразличны, незаметны. Вам легко выполнять мои внушения. Легко чувствовать все то, о чем я говорю. Сейчас вы легко сможете почувствовать себя очень легким, невесомым. Как птица, выпущенная из клетки, которая взмывает на своих сильных крыльях высоко в небо и наслаждается полной свободой, всей мерой счастья, отпущенного ей жизнью...

Сейчас вы находитесь в состоянии гипнотического сна, когда мои лечебные внушения действуют особенно сильно. Они прочно закрепляются в самой глубине вашей памяти, в нужный момент срабатывают автоматически. Дома, когда вы ложитесь в постель для сна, как только голова касается подушки, на вас наваливается озерная усталость, в голове появляется туман, вытесняет все мысли, и вы погружаетесь в такой же приятный глубокий сон, как сейчас. Сон до самого утра остается спокойным, безмятежным, с приятными сновидениями, которые успокаивают, углубляют сон. Утром просыпаетесь свежим, бодрым, хорошо отдохнувшим, жизнерадостным и уверенным, как проснетесь сейчас.

## Гиперсомния неорганической природы (нарколепсия)

Характеризуется тетрадой: гипнагогические галлюцинации, утренний паралич, дневная сонливость, катаплексия. У 15-30 % может также отмечаться ночной миоклонус или обструктивное апноэ (приступы храпа и потливости во сне). Наблюдается чаще у тучных пожилых мужчин с повышенным давлением крови, импотенцией и гипотимией (пониженным фоном настроения). Больные нарколепсией, вероятно, страдают нарушением задерживания фазы быстрого сна и в типичных случаях обнаруживают этот феномен в начале сна или вскоре после засыпания.

**Гипнагогические галлюцинации:** при засыпании быстро наступает фаза сна со сновидениями, которые на фоне дремотного сознания воспринимаются как галлюцинации.

**Утренний паралич:** при пробуждении в течение нескольких секунд частично или полностью невозможно совершать произвольные движения при бодрствующем сознании. Это расстройство часто появляется в подростковом возрасте, иногда сопровождается гипнагогическими галлюцинациями и может вызвать сильный испуг. Оно вызывается подавлением тонической мышечной активности во время фазы быстрого сна.

**Дневная сонливость** включает удлинение обычной для индивида продолжительности ночного сна, трудность утреннего пробуждения, постоянную или приступообразную сонливость в течение дня, отход ко сну ранее обычного.

**Катаплексия:** минутная частичная мышечная слабость или бездвиженность, обычно без потери сознания, при затягивании приступа может развиваться сон со сновидениями; возникает при возбуждении, например, во время смеха, гнева, страха, полового акта; нередко связана с недостатком выразительности вследствие сдерживания аффектов. Приступ обычно провоцируется однообразным, скучным, длительным пребыванием в неподвижном сидячем положении - например, на заседаниях, за телевизором. Вызывает негативную реакцию окружающих, опасен засыпанием за рулем и бытовыми травмами. Необходимо соблюдать меры предосторожности при управлении машиной, исключить из обстановки мебель с острыми углами, ввести в режим послеобеденный сон. Назначают стимуляторы и антидепрессанты.

## Расстройство режима сна-бодрствования

Характеризуется трудностью адаптации к требуемому циркадному ритму, отличающемуся от индивидуального. Проявляется в трех формах.

1. В связи с искажением суточного режима из-за ночных смен или авиаперелетов (особенно с запада на восток, укорачивающих сутки) возникает бессонница, чередующаяся с дневной сонливостью, появляются диспепсические (пищеварительные) и другие психосоматические расстройства. Эта форма особенно характерна для пожилых людей из-за снижения возможностей адаптации и чревата ошибками у диспетчеров, авиапилотов, медицинских работников и представителей других профессий, работающих в круглосуточном режиме.

2. Опережающий тип («жаворонки») или отставленный тип («совы»). Первый тип чаще встречается в пожилом возрасте, второй - в молодом. При отставленном типе (позднее засыпание и позднее пробуждение) возникают проблемы из-за частых опозданий на учебу и работу.

3. Дезорганизованный тип. Ночной сон укорочен, зато часты эпизоды дневного сна и «залеживание» в постели. Пациенты при этом жалуются на бессонницу.

## Снохождение (сомнамбулизм)

Относится к парасомниям, наряду с ночными ужасами, кошмарами и сногворением. Снохождение чаще наблюдается у детей, как правило, у мальчиков, обычно проходит с возрастом. Оно провоцируется стрессами, высокой температурой, переутомлением, недосыпанием.

Пациент покидает постель в первой трети ночного сна, в период развития глубокого сна, без перехода в бодрствующее состояние и разбудить его трудно. Он может сесть в постели, пойти в ванную, одеться, выйти из дома, иногда произносит малопонятные слова и фразы. Характерно пустое, застывшее (иногда тревожное) выражение лица. Через несколько минут

пациент возвращается к глубокому сну (иногда после кратковременного пробуждения с чувством растерянности). Эпизод амнезируется.

Повторные эпизоды стереотипно повторяют друг друга, действия могут отражать содержание вытесненной психотравмы. В отличие от эпилептического снохождения за ночь бывает лишь один эпизод. От диссоциированного расстройства (истерического сумеречного состояния сознания) отличается невозможностью вступить с пациентом в контакт. Во избежание травм следует установить решетки на окна. Необходимо помочь в отреагировании психотрав, мы, установить более щадящий режим, обеспечить теплое отношение близких.

## Ночные ужасы (Рауог посШгшз)

Также чаще наблюдается у мальчиков, нередко сочетается с ночным энурезом. Как и при сомнамбулизме, состояние развивается в первой трети ночного сна, в глубокой его фазе. Ребенок внезапно просыпается с паническим криком, в поту, с сильным сердцебиением, учащенным дыханием, мечется от страха, совершает стереотипные движения, при попытках успокоить его выявляется дезориентировка. Эпизод длится до 10 минут и может завершиться снохождением; он почти полностью амнезируется. Возможна длительная ремиссия, если незадолго перед временем обычного развития приступа ребенка будить несколько ночей подряд. Может потребоваться изучение семейной ситуации и при необходимости - семейная терапия.

**Кошмары** отличаются тем, что более типичны для второй половины сна, возникают во время фазы сновидений, образы которых всегда четко запоминаются, пробуждение без выраженной тревоги и дезориентировки.

## Клиническая иллюстрация (Бройтигам и др., 1999)

Пациентка 21 года, студентка, приведена матерью в клинику по направлению лечащего ее терапевта. Она похудела в течение двух лет (с 55 до 38 кг), теперь при росте 168 см масса ее тела составляет 42 кг. В связи со склонностью к запорам пациентка принимает слабительные средства.

Оставшись наедине с врачом, больная сообщила, что у нее проблемы с питанием. Ей трудно есть, т. к. она испытывает страх возможной рвоты. После еды она сама вызывает у себя рвоту; как часто это происходит, больная сказать не захотела, но в последнее время рвота стала интенсивней. По словам больной, это расстройство развилось в канун ее совершеннолетия. Свобода, которая позволила ей делать все, что она захочет, была для нее неожиданной. Зимой во время лыжной прогулки она познакомилась с мужчиной, который позже навестил ее всего один раз. Теперь она снова влюбилась в 28-летнего служащего банка, у которого затем возник конфликт с ее отцом, и он, вероятно, пытался настроить ее против отца. Ей стало легче, когда она переехала к тетке в другой город и там помогала ей по хозяйству. Она поправилась (до 48 кг), у нее восстановились менструации. Сейчас она учится в университете и живет далеко от родителей.

В ее семье доминирует отец, который происходит из семьи служащих и занимает высокую должность в банке. Он очень строг, много работает, чрезвычайно пунктуален и чистоплотен, консервативен, не умеет уступать. От дочери он ожидал активной деятельности. Все члены семьи отца - люди негибкие и малоэмоциональные. Мать, с которой у больной хорошие отношения, происходит из многодетной семьи из маленького города, работала учительницей

немецкого языка, но в семье проявила себя как самостоятельная, слабая личность. Сама больная имела мало друзей и подруг, всегда была спокойной, охотно играла с животными, в школе училась успешно. Она всегда хотела делать что-то практическое. Менструации у нее начались в 12 лет. За 2 года до начала болезни больная некоторое время училась во Франции, где действительно поправилась и с тех пор стала немного меньше есть.

Во время разговора больная производит впечатление депрессивной, но контактной и открытой, неуверенной и тревожной. Заболевание началось в нормальной ситуации ухода из родительского дома, с которым она была тесно связана, хотя эта связь была амбивалентной. Ее страхи сосредоточены на необходимости жить самостоятельно, найти себя как женщину.

При тщательном соматическом обследовании обнаружены легкие проявления гирсутизма (повышенного оволосения). Гормональные показатели соответствуют норме. Эндокринологами аменорея объясняется как следствие анорексии.

Больная была вначале для пробы принята в стационар, т. к. она приехала издалека и нужно было решить вопрос о предстоящих расходах на лечение. При той свободе, в которой она нуждалась и которая была ей предоставлена, она похудела за 2 недели на 3 кг (до 38 кг). Тогда она согласилась на программу питания с целью достижения массы тела 50 кг. Она соблюдала постельный режим, получала 2500 калорий за 4 приема пищи, поддерживала контакт с доверенной медицинской сестрой и социальной работницей, получала психотерапию по 1 ч в неделю, а затем, с увеличением массы тела - индивидуальную психотерапию по 3 часа. Все время она проводила в постели, затем стала вставать, есть вместе с другими больными, ходила в кабинет к психотерапевту. В первые недели у нее возникали кризы протеста с саморазрушительными действиями: она прижигала себе сигаретами лицо, регистрировала увеличение массы тела со страхом, а в конце концов было установлено, что она перед взвешиванием выпивала по 1,5 л воды. Тогда ей было назначено питание через желудочный зонд, возобновлен строгий постельный режим, курение разрешалось только в присутствии медицинской сестры. Хотя больная и теперь выражала протест, эти меры сохранялись как условие выписки. Тогда наступила резкое увеличение массы тела до 48 кг в течение 4 недель. После этого ей разрешили есть вместе с другими больными, выходить из отделения вначале с сопровождающими, а затем и одной, а через 4 месяца перевели в ночную клинику, и она начала школьную практику. Больная была выписана, когда была достигнута цель - увеличение массы тела до 50 кг.

Темами психотерапевтического лечения были амбивалентное отношение к идеализированному и отвергаемому отцу, ее лабильное самочувствие, неуверенность при приближении к другим людям и элементы чрезвычайной лабильности и обиды в отношениях с другими людьми. После длившейся 2,5 года психотерапии состояние больной стабилизировалось. С врачом-психотерапевтом, который был старше ее на 12 лет, у нее завязался роман, но и здесь у нее бывали кризы, во время которых она предприняла две не очень серьезные суицидальные попытки, имевшие характер агрессии в отношении нового партнера и характер призыва в отношении психотерапевта. Как и в период стационарного лечения, она наносила себе повреждения ударами ножа или билась головой о стену, оставляя свои раны открытыми. Эти действия она объясняла отчаянным желанием преодолеть постоянно возникающее чувство покинутости и пустоты. Отношения с психотерапевтом были в целом плодотворными, они носили характер переноса, причем влюбленность и сексуальные фантазии были тесно связаны с глубинным желанием быть признанной и иметь поддержку. Господствующие фиксации были на шизоидно-интенциональном и депрессивном уровне, причем постоянно возвращались чувство холодности, полной изолированности, фантазии о невозможности самостоятельного существования и активного поведения.

Сверхценная значимость темы еды в ее представлениях плохо поддавалась терапии и долго сохраняла свою актуальность. Пациентка сама отмечала, что эта тема постоянно врывается в ее сознание и она сама вынуждена разрушать все, что достигнуто. Наконец, ей стало ясно, что и лечение, и ее связь с терапевтом привели ее к длительному регрессивному искушению. Поэтому ее решение о прерывании лечения было принято за несколько месяцев до его окончания, и вопрос был для нее закрыт.

На катанестическую беседу через 10 лет пациентка пришла молодожаво выглядевшей, изящно и элегантно одетой. Она сказала, что у нее постоянная масса тела 50 кг, что теперь ее не занимает проблема еды. У нее есть более серьезные дела. Вскоре после лечения она вышла замуж, у нее трое детей, но закончить учебу она не смогла, чем она и поныне озабочена. Трудности в отношении общения с другими людьми у нее возникали неоднократно. Она чувствует себя легковозбудимой, тяжело переносит критику в свой адрес, особенно тяжелы ей взрывы гнева у мужа. С отцом у нее теперь хороший контакт, она с ним охотно общается, но не обременяет своими заботами. Свои проблемы она обсуждает с женщинами, с которыми сталкивается в детском саду и в школе. Ей понравилось, что в процессе лечения она лучше поняла свое детство, свои отношения с родителями и свои собственные чувства. Ей понравилась и реальная помощь, которую можно оказать людям и самой себе. Это и теперь поддерживает ее в жизни.

## Тесты

1. Какими из следующих признаков характеризуется нервная анорексия:

- А. выраженным страхом ожирения
- Б. нарушенным образом тела - «ощущением своей полноты даже при истощении»
- В. отказом поддерживать массу тела на уровне выше минимальной нормы
- Г. потерей массы тела до уровня ниже 85 % нормальной.

2-3. 17-летняя студентка ростом 168 см и массой тела 32 кг поступила в клинику. Она много говорит о страхе «потерять контроль» и расползеть. Она строго придерживается диеты и тщательно выполняет физические упражнения. Хотя и выглядит истощенной, она настаивает, что ее щеки, живот, ягодицы и бедра очень толстые. Ее не волнует, что у нее прекратились месячные. Медицинский персонал отмечает, что хотя она и готовит еду в палате, заказывает диетическую пищу, но размазывает ее по тарелке и ест мало. Родители обеспокоены ее состоянием, но они не уверены, что ее следовало госпитализировать.

2. Важные признаки и симптомы, связанные с этим состоянием, включают:

- А. борьбу за худобу
- Б. искажение образа тела
- В. аменорею
- Г. поведенческие проблемы дома.

3. Описанная девушка, как представляется:

- А. игнорирует возможность смерти
- Б. демонстрирует сильное желание оставаться пассивной и зависимой
- В. имеет навязчивые проявления
- Г. имеет лежащую в основе депрессию.

4. Снохождение правильно характеризовать следующими утверждениями, **кроме**:

- А. оно наблюдается наиболее часто на поздних стадиях цикла сна
- Б. оно часто исчезает, когда человек достигает подросткового или взрослого периода

- В. оно наблюдается в те же периоды сна, что и ночные кошмары
- Г. оно связано с трудностями пробуждения у пациента
- Д. оно сопровождается полной амнезией эпизода.

5. Все следующие утверждения по поводу состояния, известного как обструктивное сонное апноэ, **правильны, кроме того, что оно**:

- А. чаще наблюдается у мужчин, чем у женщин
- Б. чаще наблюдается у лиц среднего возраста, чем у детей
- В. связано с повышенным уровнем бодрствования днем
- Г. часто связано с храпом
- Д. часто связано с гипертонией.

В. **Правильные описания паники во время сна включают, что они**:

- А. обычно отмечаются во время сновидений
- Б. связаны с фазой быстрого сна
- В. встречаются у многих больных с паническими расстройствами
- Г. связаны с испугом при пробуждении
- Д. имеют симптомы, абсолютно отличные от панического расстройства.

7. **Правильные утверждения по поводу нарушений сна, связанного с аффективными расстройствами, включают следующие, кроме**:

- А. пациенты часто жалуются на раннее пробуждение
- Б. депрессивные больные с биполярным расстройством часто жалуются на повышенную продолжительность сна
- В. латентная фаза сна (время от засыпания до начала фазы быстрого сна) часто укорочена
- Г. депривация (лишение) сна может привести к временному улучшению
- Д. маниакальным больным обычно требуется больше спать из-за их гиперактивности.

8. **Согласно психоаналитической теории сновидений, сексуальные сновидения, включающие образ терапевта**:

- А. означают наличие серьезной психопатологии
- Б. часто выражают бессознательные желания, связанные с переносом
- В. означают наличие сексуальных оскорблений в прошлом
- Г. редко наблюдаются при психотерапии
- Д. предполагают необходимость передать пациента другому терапевту.

## Ответь/

1. Правильны все ответы. Нервная анорексия отмечается чаще у женщин и начинается обычно в подростковом или молодом возрасте. Она характеризуется выраженным страхом полноты, нарушенным образом тела и прогрессирующим падением массы тела. Смертность составляет 10-20 %. Согласно современным диагностическим критериям, для постановки диагноза нервная анорексия потеря массы тела должна достигнуть уровня ниже 85 % от нормы.

2. Аменорея, искажение образа тела и энергичная борьба за худобу составляют классическую триаду симптомов нервной анорексии. Часто тяжелая кахексия этих больных сопровождается фрагментарно искаженными представлениями об их теле и старательными попытками, такими, как физические упражнения и диета, сбросить якобы лишнюю массу тела. Примерно у половины больных девушек и женщин месячные прекращаются раньше, чем наступит потеря массы тела. Другими признаками нервной анорексии является страх потерять контроль, отсутствие беспокойства по поводу прекращения месячных, запоры и классическое описание «хорошей девочки». Правильны ответы 2-А,Б,В.

3. Несмотря на значительное истощение, больные нервной анорексией кажутся яркими веселыми, энергичными и неутомимыми. Кроме того, большинство не осознает угрожающий жизни характер их пищевого поведения. Обсессивные проявления часто связаны с нервной анорексией, например, сильное желание оставаться пассивной и зависимой. Хотя плохой аппетит и потеря массы тела могут сопровождать тяжелую депрессию, у больных нервной анорексией лежащая в основе депрессия необязательна. Верные ответы 3-А, Б, В.

4. Правильный ответ А. Снохождение относится к парасомниям и обычно наблюдается у детей. Часто оно исчезает, когда ребенок достигает подросткового или взрослого возраста. Как снохождение, так и ночные кошмары наблюдаются в первую треть ночи. Страдающие снохождением частично пробуждаются и бродят, но их трудно полностью разбудить. Они амнезируют эпизод.

5. Правильный ответ В. Нарушение дыхания во сне является важной причиной постоянной бессонницы. Оно чаще отмечается у мужчин, чем у женщин. Синдром обструктивного сонного апноэ связан с повышенной сонливостью днем (а не повышенным уровнем бодрствования) и часто отмечается в среднем возрасте у мужчин с гипертонзией и избыточной массой тела. Партнеры этих пациентов жалуются на храп больного.

6. Правильный ответ В. До 70 % пациентов с паническим расстройством описывают эпизоды паники во время сна. В типичных случаях в анамнезе отмечаются внезапные пробуждения с симптомами, идентичными таковым во время панических атак, наблюдаемых днем. При панических расстройствах не отмечается уменьшения латентной фазы быстрого сна и типичная ночная паника отмечается в течение второй или третьей стадий сна. Они не связаны ни с фазой быстрого сна, ни со сновидениями.

7. Правильный ответ Д. Имеется важная связь между депрессией и расстройствами сна. При депрессивном расстройстве исследования сна показали ряд изменений, включая укорочение латентной стадии сна и нарушения фазы быстрого сна, что обычно отмечается в начале ночи. Депрессивные больные почти всегда жалуются на нарушения сна; эти жалобы включают трудность засыпания, частые пробуждения и раннее пробуждение утром. Больные атипичной депрессией или биполярным расстройством обычно страдают гиперсомнией, но их сон не приносит ощущения отдыха. При мании больные могут долго обходиться без сна. Было показано, что депривация сна может привести к временному улучшению как при депрессивном, так и при биполярном аффективном расстройстве.

8. Психоаналитическая теория сновидений рассматривает сны как искаженные, замаскированные и сконцентрированные выражения бессознательных желаний спящего. Сновидения часто выражают раскрытие эмоций переноса или невроза переноса и могут включать ряд разнообразных желаний и чувств, включая сексуальные. Не существует связи таких сновидений у пациентов с тяжелыми психопатологическими процессами, насилием в анамнезе или необходимостью передачи пациента другому психотерапевту. Верный ответ Б.

### *Рекомендуемая литература*

Александр Ф. Психосоматическая медицина. - М., 2000.

Биби Дж. и др. Случай Джоан: подходы школ развития, классический и архетипический // Кембриджское руководство по аналитической психологии. - М., 2000. - С. 278-325.

Бинсвангер Л., Ролло Мэй, Карл Роджерс. Три взгляда на случай Эллен Вест // Моск. психотер. журн., 1993. - №3. -С. 25-74.

Бройтигам В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. Пер. с нем. - М., 1999.

Буль П.И. Основы психотерапии. - Л., 1974.

Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии: Книга для учителя. -М., 1986.

Вайнштейн Э.Дж. Применение парадокса в медицинской практике // Моск. психотер. журн., 1997. - № 2. С. 63-77.

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. - М., 1994. Т.1-2.

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. доп. под ред. Т. Б. Дмитриевой. - М., 1998.

Кискер К.П., Фрайбергер Г. и др. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. - М., 1999.

Коркина М.В. и др. Нервная анорексия. - М., 1986.

Линднер Р. Девушка, которая не могла прекратить есть // Знаменитые случаи из практики психоанализа. Сб. - М., 1995. -С. 112-170.

Любан-Плоцца Б. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. - 6-е изд. Пер. с нем. -СПб., 2000

Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - СПб., 2000.

Психические состояния. - СПб., 2000.

Оудсхоорн Д.Н. Детская и подростковая психиатрия. Пер. с нидерланд. - М., 1993.

Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Пер. с нем. - Мн., 1999.

Теппервайн К. От тебя заболеешь! Как научиться понимать язык симптомов. Почему многие отношения так вредны для здоровья. Пер. с нем. - М., 1999.

Томэ Х. О психотерапии пациентов, страдающих нервной анорексией // Моск. психотер. журн., 1998. - № 2. - С. 42-57.

ТомэХ., КэхелеХ. Современный психоанализ. Пер.сангл.-М., 1996. Т. 1-2.

юм И.Д. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. Пер. с англ. - М., 1997.



## Глава 7

# ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

### Развитие сексуальности

3. Фрейд считал, что младенцы «полиморфно перверзны», постепенно либидо локализуется в определенных зонах: на 1-м году - в оральной, на 2-м - в анальной и, наконец, на 3-м году - в генитальной. Затем, по мнению Фрейда, которое в настоящее время оспаривается, в развитии сексуальности наступает латентный период, который продолжается до подросткового возраста.

Современные исследователи (Г. С. Васильченко, 1977; Дж. Банкрофт, 1990 и др.) описывают следующие этапы формирования сексуальности. К 7-ми годам у ребенка формируется *половое самосознание*: он начинает осознавать свою половую принадлежность, различать пол окружающих и необратимость половой принадлежности, проявлять любопытство, направленное на половые органы.

К подростковому возрасту формируется *гендерная идентичность*: вырабатываются полоролевые (гендерные) установки, в играх происходит обучение полоролевому поведению. В пубертатный период формируется *платоническое либидо*: появляются платонические мечты и фантазии, наблюдается ухаживание и другие проявления платонического общения. Затем формируется *эротическое либидо*: эротические фантазии, ласки и игры, включая петтинг.

В юношеском возрасте формируется *сексуальное либидо*: сексуальные фантазии, мастурбация, начало половой жизни, сексуальные эксцессы (повторные половые акты). Период зрелой сексуальности отличается регулярной половой жизнью, достаточно высокой избирательностью партнеров в соответствии со сложившимся вкусом.

У лиц с задержанным психосексуальным развитием либидо останавливается на платонической или эротической стадии. Мужчине трудно перейти к эротической близости и от нее - к сексуальной. Неуклюжие, грубые попытки сразу приступить к сексу обычно пугают женщину, сам половой акт без прелюдии оказывается неудачным. В результате чувство неполноценности и тревожное ожидание неудачи усиливаются, что еще больше тормозит психосексуальное развитие по механизму порочного круга. Нередко у мужчины нарушается и сам половой акт, который, несмотря на большую длительность, не завершается эякуляцией и оргазмом.

*Социогенная задержка* психосексуального развития имеет место при неправильном половом воспитании, когда ребенку прививаются взгляды на секс как на постыдное, унижающее человека, любые проявления сексуальности встречают критику и насмешки, а его общение с другим полом подвергается тщательному контролю и ограничениям.

В. В. Кришталь и Б. Л. Пульман, 1997 в связи с этим выделяют ряд типов сексуальной культуры.

#### Гармоничный вариант:

- апполоновский тип, отличающийся гармонией души и тела, культивирующий естественную радость секса;
- мистический тип, распространенный на востоке (Кама-сутра, даосизм).

#### Дисгармоничный вариант:

- либеральный тип, терпимо относящийся к сексуальным нормам и обычаям, но без модели любви с доминированием жертвенности, посвященности;
- невротический тип - с чувством опасения перед противоположным полом, психогенным нарушением сексуальных функций при половых контактах;
- примитивный тип - с отсутствием этико-хтетических мотивов в сексуальном поведении, с генитальным типом сексуальной мотивации;
- патриархальный тип, разрешающий внебрачные связи для мужчин и запрещающий их для женщин.

#### Девиантный вариант:

- оргиастический тип, принимающий все формы сексуальной активности, гомосексуализм, сексуальные девиации, групповой секс, смену партнеров, трактующий секс как источник чувственных удовольствий;
- гиперролевой тип, при котором маскулинное поведение оценивается значительно выше, чем фемининное, вплоть до жесткого требования подчиненного поведения женщины;

#### Асексуальный вариант:

- репрессивный тип, направленный на подавление секса во всех его проявлениях;
- пуританский, ханжеский тип, отвергающий сексуальные и иные чувственные удовольствия.

В ряде случаев наблюдается *психогенная задержка* психосексуального развития. Общая слабость побуждений, тревожность, неуверенность в себе ведут к ограничению контактов, в том числе сексуальных. Эгоцентризм и экзальтированность, склонность к яркому фантазированию и слабоволие также, хотя и по-иному, затрудняют общение и способствуют развитию заместительных форм половой активности: навязчивой мастурбации в сочетании с сексуальным фантазированием, увлечению порнопродукцией, сексом по телефону и т. п.

*Преждевременное* психосексуальное развитие характерно для ядерных психопатий, эндокринопатий и органических поражений мозга.

## Психосексуальные типы

3. Фрейд (цит. В. В. Кришталь и Б. Л. Гульман, 1997) создав типологию личности, охарактеризовал сексуальные особенности каждого типа и свойственные ему психосоматические заболевания.

*Оральный тип.* Стремятся к постоянному поддержанию оральных удовольствий. Любят говорить, петь, декламировать, покусывают, жуют губы, много курят. Для них значим вкус пищи, любят острые блюда, раздражающий полость рта эффект алкоголя. По профессии это лекторы, преподаватели, дегустаторы, кулинары. Характерен высокий сексуальный потенциал. Особую значимость имеют поцелуи, орально-генитальные контакты. Из заболеваний характерны: ларингит, стоматит, заикание.

*Анальный тип.* Аккуратны, бережливы, упрямы, педантичны, трудолюбивы, обстоятельны, замкнуты, способны к монотонному труду, любят порядок и чистоту. Склонны к подчинению, в то же время плохо переносят вмешательство в свои дела, самостоятельны. Это коллекционеры, графоманы, бухгалтерсы, аналитики. Сексуальный потенциал средний. Предпочитают анальные формы сексуального контакта. Отмечаются частые запоры, геморрой, трещины и новообразования прямой кишки.



*Уретральный тип.* Любят плавать, купаться, обожают воду в любом виде: море, озера, реки, фонтаны. Неаккуратны, неряшливы, но доводят дело до конца. Профессия - моряки, рыбаки. Грубы, неделикатны, несдержанны, авантюры, сорят деньгами. У них неустойчивый характер, плохой, небрежный почерк. Эрогенные зоны - уретра и расположенные рядом участки. Любят коитус в воде и ночные купания обнаженными в реке, море. У женщин наблюдается повышенное выделение влагалищной смазки. Наблюдаются почечнокаменная и мочекаменная болезни, уретрит, цистит.

*Кожно-мышечный тип.* Отличаются любовью к движению (зарядка, гимнастика), математическим складом ума, высокой работоспособностью, выносливостью. Консервативны, точны, скрытны. Им нравится терпеть боль при выкручивании рук. Любят душ, массаж, баню с вениками, танцы. Предпочитают очень открытую одежду, часто поправляют ее, собирают крошки со стола. У них мелкий убористый почерк, высокая переносимость алкоголя. Сексуальный потенциал средний. Необходима длительная прелюдия к половому акту. Эрогенные зоны у женщин - кошачья ямка, грудь, шея, ступни ног. Характерны кожные болезни, артриты, миоцит, частая травматизация.

*Звуко-зрительный тип.* Демонстративны, утонченны, чувствительны, интуитивны, музыкальны. Слезливый, обидчивый, ранимый, суеверный, склонны к употреблению наркотиков. Много внимания уделяют своей внешности. Сексуальный потенциал невысок. Обстановка, в которой совершается половой акт (музыка, цвета интерьера), для них важнее коитуса. Для сексуального возбуждения важны зрительные и слуховые раздражители. Любят поцелуи в глаза. Склонны к порнографии и стриптизу. Из болезней наблюдаются все виды расстройств зрения.

*Обонятельный тип.* Нос является эрогенной зоной. Нюхают табак, часто чихают сериями, шмыгают носом. Отмечается особое отношение к запахам, встречается патологическое влечение к зловонию. Сексуальный потенциал средний или низкий. Чаще всего болеют ринитом.

*Физически-генитальный тип.* Характерна фетишизация гениталий, дети часто мастурбируют. Эрогенные зоны - гениталии. Сексуальный потенциал средний или низкий. Соматическая патология - воспалительные заболевания гениталий.

А. Е. Личко, 1983 развил типологию акцентуаций характера К. Леонгарда и описал особенности сексуального поведения у каждого типа.

*Гипертимный тип.* Постоянно приподнятое настроение, повышенная активность, неусидчивость, болтливость, находчивость, авантюризм, выносливость, стремление к лидерству, недисциплинированность. Преждевременное соматополовое и психосексуальное развитие, сильный тип половой конституции, игровой тип сексуальной мотивации, частая смена партнеров.

*Лабильный тип.* Крайняя изменчивость настроения по ничтожным поводам, чрезвычайная привязчивость, непереносимость отвержения. Средняя и слабая половая конституция и шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации. Сексуальная активность до брака ограничивается флиртом без попыток к половой близости, отмечается зависимость сексуального поведения от настроения

*Астено-невротический тип.* Повышенная утомляемость, раздражительность, склонность к ипохондричности, избирательная общительность. Слабая половая конституция, генитальный или шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации. Сексуальная активность ограничивается короткими, быстро истощающимися вспышками.

*Сенситивный тип.* Чрезвычайная впечатлительность, ранимость, робость и застенчивость, привязчивость, чувство долга и собственной неполноценности с выраженной реакцией гипер-

компенсации, желанием продемонстрировать свою успешность именно в сфере своей слабости. Они страдают из-за убежденности в своей сексуальной неполноценности. Свою влюбленность либо прячут, либо в силу реакции гиперкомпенсации проявляют таким образом, что пугают и отталкивают. Отвержение приводит их в отчаяние.

*Психастенический тип.* Нерешительность, тревожная мнительность, склонность к рассуждательству, самоанализу и развитию навязчивостей. Сексуальное развитие обычно опережает общее физическое. У подростков нередко развивается навязчивая мастурбация и переходящий гомосексуализм. Наблюдаются затруднения в реализации сексуального влечения из-за страха перед возможными последствиями и неудачами.

*Шизоидный тип.* Замкнутость, отгороженность от окружающих, сочетание холодности и утонченной чувствительности, упрямства и податливости, настороженности и легковерия, апатичной бездеятельности и напористой целеустремленности, застенчивости и неожиданной бестактности, немотивированных антипатий и необъяснимых чрезмерных привязанностей, рациональных объяснений и немотивированных поступков. Внешняя асексуальность сочетается с навязчивой мастурбацией и богатыми эротическими фантазиями, включающими перверсные элементы, которые импульсивно могут реализоваться.

*Эпилептоидный тип.* Склонность к дисфориям, аффективная взрывчатость, напряженность инстинктов с тенденцией к расстройству влечений. С возбудимыми чертами сочетаются тормозимые: вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность. Раннее половое развитие, гипермаскулинное поведение, сильный тип половой конституции, влечение к садистическим, реже - мазохистским проявлениям и другим перверсиям. Любовь окрашена мрачными тонами ревности, не прощаются даже мнимые измены - возможно, из-за собственной склонности к изменам.

*Истероидный тип.* Беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания, внушаемость и самовнушаемость, лживость, театральность. Половое влечение слабое, характерна демонстрация ярких сексуальных переживаний и многочисленных вымышленных побед.

Особенности характера в значительной степени определяют развитие того или иного варианта сексуальных нарушений. Так, социальный вариант чаще наблюдается у лиц с истероидными чертами характера, социально-психологический вариант - при гипертимном и эпилептоидном типах акцентуации, психологический вариант - при истероидном и эпилептоидном типах и эгоцентрических чертах характера, дезинформационный вариант - при сенситивном типе и инфантильных чертах характера.

С. С. Либих, 1983 выделил психосексуально совместимые пары.

*Женщина-мать и мужчина-сын.* Она увлекается слабыми, большими, неудачниками, стремится их опекать. Он психически и физически инфантильный, зависимый, тревожный, капризный.

*Агрессивная женщина и пассивно-подчиняемый мужчина.* Она любит подчинять мужчин, язвительна, носит мужскую прическу, одевается по-мужски. Он склонен идеализировать «сильную женщину», подчеркивает ее превосходство и свою зависимость от нее, старается заслужить ее благосклонность.

*Агрессивный мужчина и пассивно-подчиняемая женщина.* Он склонен к элементам насилия, его суждения безапелляционны, ласки грубы и чувственны, он любит причинять боль, страдания. Она стремится подчиниться «сильному мужчине», хочет раствориться в нем, представляет в своих фантазиях, как он будет овладевать ею, ожидает в его ласках напора, грубости, вплоть до причинения боли.

*Мужчина-отец и женщина-дочь.* Он интересный, импозантный, имеющий большой жизненный и сексуальный опыт, хороший психолог, знаток женской души, заботливый и деликатный. Она инфантильная, восторженная, склонна идеализировать и обожать его. В ласках ценит искусство, предпочитает отдаваться, склонна к психологическим возбуждающим влияниям: речевым, музыкальным и т. п.

Особенно неблагоприятным является сочетание агрессивных или пассивно-подчиняемых типов.

При заметном сглаживании различий между женщинами и мужчинами в современном обществе, связанном с повышением социального статуса женщины, психосексуальные реакции мужчин и женщин во многом различаются. У женщины более выражена и длительна романтическая стадия сексуальности, платонический и эротический компоненты либидо для нее более значимы. Ее сексуальное влечение легко тормозится негативным отношением к партнеру, гармоничные отношения она ценит больше удачного полового акта. Ее меньше интересуют и возбуждают внешность мужчины и порнография - «женщина любит ушами». Сексуальные фантазии у женщин беднее, реже встречаются мастурбация и склонность создавать внебрачные связи. Эрогенные зоны у женщины представлены во многих участках тела, она может испытывать сексуальное удовлетворение без оргазма, хотя способна и к мультIORгазмии.

## Фазы сексуальной реакции

Зрелая гетеросексуальная любовь подразумевает психологическую и физическую интимность, в которой секс действует как катализатор. Ценность сексуальной любви состоит в расширении границ своего Я, ощущении максимальной открытости и доверия, увеличении самоуверенности, а во время оргазма - даже потери чувства отдельности. В этот момент физиологические и психологические процессы взаимно усиливаются по типу цепной реакции и сливаются в интересах общего здоровья пары.

Однако сексуальность может не только доставлять радость, но и становиться источником проблем, проявляющихся в виде *сексуальных дисфункций*, которые включают: снижение полового влечения, сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения, оргазмическую дисфункцию, вагинизм, диспарейнию, расстройства эрекции и эякуляции.

Сексуальные дисфункции связаны с определенными *фазами сексуальной реакции*. 1-я фаза - *влечение*, включает мотивацию, побуждение и особенности личности. Эта фаза характеризуется сексуальными фантазиями и желанием вступить в сексуальные отношения. Сексуальное желание (либидо в медицинском смысле слова) состоит из инстинктивного и осознанного компонентов. Инстинктивный компонент включает в себя спонтанное эндогенное возбуждение и возрастание сексуальной привлекательности объектов (генитальные ощущения, изменение восприятия, фантазии и мечты, поисковая сексуальная активность). Осознанный компонент сексуального желания проявляется как жизнерадостность, повышение коммуникативности, стремление получить подтверждение своей сексуальной привлекательности, чувство влюбленности, более выраженное у мужчин, и стремление доставить удовлетворение партнеру, более характерное для женщин. Сексуальная мотивация вносит важный вклад в психодинамику индивида и в характер парных отношений.

Нарушение функций в данной фазе наблюдается в виде снижения сексуального влечения, отсутствия сексуального удовольствия, отвращения к сексуальным контактам, а также вагинизма.

2-я фаза - *возбуждения*, сопровождается чувством сексуального удовольствия и сопутствующими физиологическими проявлениями. У мужчин развивается *эрекция* - нейрососудистый рефлекс, который может возникать от психологической, физиологической или механической стимуляции. Физиологический механизм обеспечивает парасимпатическая система, которая через крестцовые нервы вызывает расширение капилляров пениса с усилением кровотока через них; одновременно симпатические нервы вызывают сокращение мышцы Хьюстона, которая пережимает венозные каналы в основании пениса. В результате пещеристые ткани (каверны) переполняются кровью, что приводит к набуханию и отвердению полового члена. У женщин происходит набухание половых губ, эрекция клитора и сосков, раскрытие входа во влагалище, а также *любрикация* - выделение слизи бартолиновыми железами.

Во 2-й фазе выделяют стадию кратковременную (до нескольких минут) стадию *плато*, во время которой яички у мужчин увеличиваются в размере на 50 % и поднимаются. У женщин влагалище сжимается по направлению к внешней трети, где образуется «зона оргазма»; клитор втягивается, на 25 % увеличивается размер груди. В данной фазе может наблюдаться ареактивность, отсутствие lubricации, диспарейния, расстройство эрекции.

3-я фаза - *оргазм*: кульминация сексуального удовольствия со снижением сексуального напряжения и ритмичными сокращениями мышц промежности и внутренних половых органов. Женский оргазм определяют как пик возбуждения с последующим резким падением психического и мышечного напряжения («разрядка»). Физиологическая сущность оргазма у женщин заключается в 4-10 непроизвольных сокращениях «зоны оргазма» (наружная треть влагалища) и окружающей мускулатуры сначала с интервалами 0,8 сек., а затем - реже. Субъективно отмечается ощущение стягивания или пульсации в области вульвы (половые губы) и влагалища. У женщин существуют большие различия в видах стимуляции, которые вызывают оргазм и влияют на его интенсивность. Обычно выделяют клиторальный и вагинальный типы оргазма, а также их сочетание.

У мужчин оргазм тесно связан с *эякуляцией*, которая характеризуется 2-4 сокращениями семенных пузырьков, простаты и уретры, вслед за чем наступает менее выраженное сокращение с увеличенными интервалами. В это время наблюдается миотония - полуспастическое сокращение лицевых и абдоминальных мышц (живота), непроизвольные ритмические сокращения анального сфинктера, а также тахикардия (учащенное сердцебиение), гипертония и учащение дыхания. Оргазм продолжается 3-15 сек. и сопровождается *обнубляцией* (легкой оглушенностью). Во время эякуляции выделяется приблизительно 2,5 мл семенной жидкости, содержащей в среднем 120 млн. сперматозоидов. В 18 лет эякуляторная струя «бьет» на расстояние до 0,5 м, в 70 лет - «просачивается», что снижает остроту ощущений. Эякуляция происходит с участием симпатической нервной системы. В 1-й стадии семенная жидкость эвакуируется из эпидидимиса, семенных протоков, семенных канатиков и предстательной железы в уретру. 2-я стадия - *эякуляторной неизбежности* характеризуется ритмическим сокращением бороздчатой мускулатуры у основания пениса с продвижением семенной жидкости через уретру и сопровождается чувством собственно оргазма.

К нарушениям, наблюдающимся в этой фазе, относятся аноргазмия, преждевременная и задержанная эякуляция.

4-я фаза - *разрешение*: общее расслабление, чувство благополучия, у мужчин на определенное время - неспособность к оргазму. Наблюдаются редкие расстройства в виде посткоитальной дисфории с головной болью, головокружением, зудом.

## Сексуальные дисфункции у женщин

**Расстройства сексуального влечения.** По данным исследований, до 35 % женщин заявляют об отсутствии сексуальных желаний, в большинстве случаев это лица, состоящие в браке. Расстройства сексуального влечения подразделяют на два типа: снижение сексуального влечения и расстройство, характеризующееся отвращением к сексу. У 2/3 пациентов с сексуальным избеганием наблюдаются невротические расстройства: неврозы тревоги и страха с сексофобией, интимофобией, синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи и др.

К непосредственным проявлениям снижения полового влечения относят скрытые формы сексуального избегания:

- появление «антифантазий», блокирующих сексуальные переживания (активизация неприятных качеств партнера, тревожных воспоминаний и забот);
- тревогу, связанную с ощущением своей сексуальной неполноценности;
- отказ от адекватной психологической и физической стимуляции во время сексуальных действий, подавление вспомогательных эротических фантазий.

Снижение сексуального влечения может быть частичным - так называемая гипоплибидемия (гипоактивное, подавленное сексуальное влечение) и полным - алибидемия (обозначаемая также как ангедония или сексуальная анорексия).

У 10 % женщин встречается конституциональная, *первичная фригидность* (сочетание ареактивности с аноргазмией). Еще более распространена *ретардационная фригидность* (гейгоМо - задержка, лат.) как результат психосексуальной незрелости, антисексуального воспитания, сексуальных травм в детстве, а также из-за неиспользования эффективной сексуальной стимуляции. *Вторичная*, в том числе *психогенная фригидность* иногда возникает при аноргазмии как защита от тягостных ощущений, связанных с неразрешившейся гиперемией органов малого таза и эмоциональной фрустрацией.

Снижение полового влечения может быть абсолютным (генерализованным) и избирательным (селективным, относительным), проявляться с некоторыми партнерами в определенных ситуациях. Тормозить сексуальное влечение может как пренебрежительное отношение к партнеру, так и, напротив, высоко уважительное. Некоторым женщинам необходим определенный период регулярной половой жизни<sup>А</sup> рождение и вскармливание ребенка, чтобы, наконец, у них возникла способность к переживанию оргазма.

Снижение сексуального влечения может возникнуть в процессе борьбы партнеров за доминирование в отношениях, переноса на партнера неотреагированного в детстве гнева на родителя противоположного пола. Этиологическое значение имеют также нерешенные проблемы эмоциональной близости и ответственности, неадекватные психосексуальные реакции на критику или расставание с партнером.

Отвращение к сексу (*сексуальная аверсия*) может касаться лишь полового акта, но иногда оно генерализуется до степени тактильной аверсии, что обычно связано с антипатией к партнеру или специфическими сексуальными травмами. В некоторых случаях отвращение к гетеросексуальным контактам может быть вызвано гомосексуальными тенденциями. Пусковым механизмом для негативной сексуальной реакции могут служить определенные моменты, причинно связанные с ключевыми аспектами сексуального конфликта: физическая близость, инициатива и агрессия, генитальное стимулирование, эякуляция и оргазм, сексуальные требования, супружеский долг и др.

Диагностика проводится с помощью *опросника Фридмана*. Выясняют отношение пациентки к сексуальности, собственной половой роли, к мужчинам вообще и к конкретному сексу-

альному партнеру в частности, определяют отношение к отцу, матери и другим членам семьи, узнают о первой сексуальной информации, первых эротических связях, пережитых сексуальных травмах. Уточняют, чего пациентка ожидает в сексе от партнера, какое его поведение является приятным, а какое отталкивает.

**Аноргазмия.** 10-15 % женщин никогда не испытывали коитального оргазма. Аноргазмия в начале половой жизни называют «физиологическим дефицитом оргазма» и считают проявлением психосексуальной незрелости. С возрастом аноргазмия может смениться олигооргазмией (оНдоз - малый, греч.), на которую жалуются до половины женщин. Вообще женщины с жалобами на отсутствие оргазма встречаются в 4 раза чаще, чем больные со всеми другими сексуальными расстройствами. В то же время распространенность и важность этого расстройства часто недооценивается.

Женский оргазм подавляется как тяжелой депрессией, так и антидепрессантами, а также препаратами с антихолинергическим действием (прозерин, оксазил, фосфакол и т. п.). В торможении оргазма часто участвуют психологические факторы: страх перед пенетрацией (лат. *репегаге* - проникать), половым актом, беременностью, страх и враждебность по отношению к мужчинам, чувство вины и стыда за сексуальные импульсы. Для некоторых женщин оргазм ассоциируется с опасностью потерять самоконтроль или с агрессивным, деструктивным, незстетичным поведением, которое является неприемлемым для женщины и вызывает страх отвержения.

Некоторым женщинам легче обойтись без оргазма и имитировать его, чем признать клиторальный источник его возбуждения (что зачастую связано со страхом наказания за мастурбацию). Страх беременности при пренебрежении контрацептивами нередко приводит к экстравагинальной эякуляции (коитус интерруттус, прерванное половое сношение). При этом женщина остается неудовлетворенной и начинает избегать половой активности, а при вынужденном исполнении «супружеских обязанностей» испытывает тягостное чувство, что ее «использовали». В результате снижается половая возбудимость («скорее бы это закончилось!»), уменьшается половое желание («зачем мне это нужно?»), возникает сексуальная антипатия («не трогай меня!»).

Возбудимые женщины, у которых сексуальная реакция останавливается на фазе плато, остаются напряженными после окончания полового акта, у них долго сохраняется гиперемия (переполнение кровью) половых органов и малого таза, что приводит к болям внизу живота, головной боли, бессоннице, раздражительности. Повторение половых актов, не завершающихся оргазмом, приводит у них к развитию невротических расстройств, конфликту с партнером. В некоторых случаях указанная реакция соматизируется, в результате тормозится либидинация, возникают неприятные ощущения и боли при коитусе из-за сухости половых органов. Болевые ощущения фиксируются фобическими ожиданиями - развивается *диспарейния* (рагепоиз - сожигатель, греч.).

**Вагинизм.** Интенсивная сексофобия (например, после изнасилования) может привести к вагинизму - непроизвольному судорожному сжатию наружной трети вагины при попытке введения полового члена. Вагинизмом обычно страдают интеллигентные женщины, получившие пуританское воспитание и находящиеся в браке с эмоционально неприятным мужчиной - обычно это пассивные и зависимые личности со слабой эрекцией и эякуляцией ante portas (преждевременным семяизвержением в преддверии влагалища). Среди пациенток, страдающих вагинизмом, часто встречаются истероидные личности с конверсионными расстройствами. Выделяют виргогамию (брак без секса), который наблюдается у женщин трех типов: тип «спящей красавицы» (с представлением о малом влагалище); тип кастрирующей или фалли-

ческой женщины (агрессивной или доминирующей) и тип «суперматери», мечтающей о детях, но без секса.

**Диспарейния** (от греч. рагепоиз - сожигатель). Основные диагностические критерии: развитие болей при введении полового члена в течение всего полового акта или только при глубоком его введении и неспособность пациентки участвовать в половой жизни в соответствии со своим желанием.

Подобные жалобы отмечаются у каждой второй пациентки гинеколога, по данным опросов их имеет каждая третья женщина. Во многих случаях одновременно наблюдаются нарушенные взаимоотношения в семье. Ряд авторов относят данное расстройство к психосоматическим, хотя нередко оно маскируется так называемой «минимальной гинекологической патологией».

Диспарейния чаще наблюдается у молодых демонстративных внушаемых женщин, которые вышли замуж по расчету, не испытывают потребности в сексуальных контактах и манипулируют мужем. Они преувеличивают свои болевые ощущения, излагают жалобы чрезмерно эмоционально, с многочисленными деталями. Избегая вагинального секса, пациентки увеличивают период предварительных ласк, стремясь получить оргазм внекоитальным путем в рамках платонического и эротического сценария, соответствующего их незрелой психосексуальной сфере. В ряде случаев подобный сценарий служит защитой от подчеркнуто маскулинного поведения мужа, для которого половая близость ограничивается проникновением во влагалище и активными фрикционными движениями.

## Сексуальные дисфункции у мужчин

**Нарушения эрекции**, Больше половины мужчин, лечившихся по поводу сексуальных расстройств, в качестве основной жалобы называют слабость эрекции. Как правило, это вторичное, психогенное расстройство, оно наблюдается в населении у 10-12 % мужчин. Недостаточная эрекция глубоко нарушает чувство уверенности у мужчин и нередко приводит к невротизации, алкоголизму, супружеским конфликтам, разводам; реактивной депрессии и самоубийству,

Ослабление эрекции так сильно удручает мужчин в связи с тем, что мужественность и потенция в половой сфере оцениваются прежде всего выраженностью и продолжительностью эрекции, легкостью ее возникновения и «помехоустойчивостью». Для снятия обвинения в этом отношении и из-за низкого уровня рефлексии многие пациенты ищут органические основы этого расстройства. Нарушения потенции чаще возникают у акцентированных или психопатических личностей, имеющих затруднения в социальных и эмоциональных контактах. О преимущественно функциональном характере нарушения свидетельствует возникновение эрекции во сне и при утреннем пробуждении, при мастурбации и в прекоитальной фазе полового акта, а также связь нарушения эрекции только с определенной женщиной или определенными ситуациями. В психодинамике важное значение имеют тревожность, чувство собственной неполноценности, боязнь отказа и невозможности удовлетворить партнершу, ипохондрические тенденции, склонность к самоанализу, престижность и требовательность к своим возможностям и достижениям, чрезмерное желание удовлетворить женщину; возможно также тормозящее влияние девиантных сексуальных влечений.

Отмечаются два возрастных пика обращаемости по поводу расстройств эрекции: в 21 -30 и в 41 -50 лет. У молодых, особенно неженатых мужчин эрекция может быть угнетена неуверенностью и другими эмоциями, сопровождающими сексуальную ситуацию. Каждое последу-

ющее фиаско может закреплять механизм тревожного ожидания неудачи. Необходимо учитывать также отсутствие нормальных условий для интимной близости, страх заражения венерическими заболеваниями и СПИДом, возникновения беременности, критики и насмешки со стороны более опытной или агрессивной партнерши. Угнетение эрекции может быть связано также с утомлением, алкоголизацией, неврозом и депрессией, некоторыми лекарствами.

У зрелых женатых мужчин эрекцию снижают стереотипность и монотонность супружеских половых сношений, охлаждение из-за ряда конфликтов и семейных невзгод, недостаточная забота супруги о своей сексуальной привлекательности и т. д. Кроме того, эрекция слабеет с возрастом, что может вызвать беспокойство у мужчины, а у жены - недовольство и подозрение в супружеской измене. Таким образом формируется механизм «забота об успехе - тревожное самонаблюдение - ожидание неудачи».

**Нарушения эякуляции.** До 40 % мужчин, обращающихся по поводу сексуальных дисфункций, имеют в качестве основного проявления преждевременную эякуляцию (эякуляцию прекокс). Этот диагноз ставится, когда мужчина не может продлить половой акт больше минуты хотя бы в половине случаев. Когда эякуляция наступает перед или во время имиссии (введения полового члена), говорят об эякуляции анте- (перед) или интра- (внутри) портас (преддверие во влагалище). Половой акт, длящийся менее 3 минут, обозначают как коитус бревис (короткий, лат). Когда продолжительность полового акта в большинстве случаев недостаточна для сексуального удовлетворения женщины, говорят об относительно преждевременной эякуляции.

Преждевременная эякуляция наблюдается чаще среди мужчин с высшим образованием и обычно связана с озабоченностью тем, чтобы удовлетворить партнершу. Х. Каплан объясняет преждевременную эякуляцию неспособностью мужчины переносить высокую степень полового возбуждения без возникновения рефлекторной эякуляции, а точнее - ослаблением произвольного контроля над 1-й стадией эякуляторного рефлекса (до наступления «эякуляторной неизбежности» - см. выше).

К причинам преждевременной эякуляции относятся также низкая частота половых актов, что приводит к повышению сексуальной возбудимости; тревожное напряжение о время коитуса в связи с внешними факторами, меж- и внутриличностными конфликтами (в том числе страхом перед влагалищем, своей сексуальной активностью); сложившийся стереотип быстрого проведения полового акта (в том числе связанный с представлениями об агрессивной мужской сексуальной роли или с предыдущим опытом).

Необходимо учитывать, что алкогольное опьянение повышает сексуальную возбудимость, снижает возможность волевого торможения и ускоряет наступление эякуляции. Алкоголизм притупляет чувствительность, что приводит к чрезмерной задержке эякуляции, таким же эффектом обладает соннапак (меллерил). Имеют значение и органические факторы: повышенная местная раздражительность при короткой уздечке полового члена, повышенная сексуальная раздражительность при хроническом простатите и раздражительная слабость как вегетативное расстройство в рамках соматогенного или психогенного астенического синдрома.

**Заторможенный (ретардированный) оргазм и эякуляция** встречаются в 5 % случаев. Различают тотальное отсутствие эякуляции и отсутствие ее при половом акте. С возрастом мужчины для наступления эякуляции необходимо все больше увеличивать число фрикций, а при некоторых половых актах, особенно частых, эякуляция не наступает вовсе. При астенической эякуляции семенная жидкость не извергается, а свободно вытекает. Поллюционная фаза оргазма приносит лишь ощущение облегчения, но не удовольствия. Отсутствие психологического компонента оргазма называется оргазмической ангедонией или импотенцией удовлетворения.

Эякуляция может быть блокирована сонапаксом и некоторыми гипотензивными средствами (гуанетидин, исмелин). Психогенными причинами могут быть различные нарушения взаимоотношений с партнершей, нежелание ее беременности, неосознанная враждебность к женщине, инцестуозные желания с чувством вины, табуированное отношение к человеческим выделениям и т. д. Если преждевременная эякуляция рассматривается как срыв контроля, то задержанная эякуляция связывается с гиперконтролем.

## Происхождение сексуальных дисфункций

Сексуальные дисфункции могут быть врожденными или приобретенными, генерализованными или ситуационными, психогенными или обусловленными соматическими болезнями, лекарствами и психоактивными веществами. В психогенезе сексуальных дисфункций могут участвовать:

- предшествующий страх;
- чрезмерная сексуальная ориентация на половой акт;
- чувства, возникающие при повторных отказах;
- обусловленная опытом, конфликтами или рациональными факторами отрицательная установка в отношении сексуальности.

В свою очередь, сексуальные дисфункции приводят к развитию вторичных невротических реакций: боязни отказа, навязчивому самонаблюдению и повышенной восприимчивости к ответным реакциям сексуального партнера. Подобные реакции ограничивают и без того нарушенные сексуальные функции. В результате образуется порочный круг, ведущий к сексуальному избеганию и тормозящий либидо.

У % пациентов с сексуальным избеганием наблюдаются невротические расстройства: неврозы тревоги и страха с сексофобией, интимофобией, синдром тревожного опадания сексуальной неудачи и др. Полная потеря сексуального влечения может быть обусловлена и такими факторами, как депрессия, алкоголизм, различные интоксикации. Определенное значение имеют также недостаточность тестостерона и другие гормональные нарушения в связи с эндокринными заболеваниями, применением лекарств и оральных контрацептивов.

Выделяют *синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи* (Г. С. и А. С. Кочарян, 1986), характеризующийся следующей динамикой.

1. Сексуальная неудача приводит к развитию стратегии «приковывания», сущность которой состоит в стремлении к гиперконтролю интимного сближения. Указанная стратегия оказывается ситуационно неадекватной, ригидной и приводит к дезавтоматизации сексуальной функции.

2. Замечая это, пациент стремится уклониться от мыслей о возможной неудаче («уклоняющееся мышление») и изменить свое отношение к ней, используя механизмы когнитивного самоконтроля («переопределение ситуации»). Если указанные защиты оказываются неэффективными, происходит «кристаллизация синдрома»: его окончательное формирование и стабилизация.

3. Дальнейшая динамика процесса связана с борьбой амбивалентных (разнонаправленных) стратегий, что приводит к «напряжению синдрома». Складывается парадоксальная ситуация: чем больше вовлекаются механизмы совладения, тем сильнее действуют механизмы защиты (борьба высоконапряженных альтернативных тенденций типа «хочется и колется»). Навязчивые опасения характеризуются вовлеченностью одновременно идеаторной и эмоцио-

нальной сферы. Если опасение достигает степени убежденности в своей сексуальной неполноценности, значительно возрастает тревога, формируется коитофобия, исключающая сексуальные контакты.

4. Возникает субъективная альтернатива сексуальной жизни, которая достигается за счет следующих психологических защит:

- передача инициативы партнеру с отказом от ответственности за неудачу;
- манипуляция с целью повлиять на сексуальное поведение партнера;
- несексуальная разрядка: ссора перед возможным половым актом;
- компенсация с заменой сексуальных отношений платоническими;
- символическое удовлетворение: хвастовство мнимыми сексуальными победами;
- рационализация: обоснование причин отказа от половой жизни;
- девальвация, обесценивание секса (аскетизм);
- отвлечение внимания с максимальной загруженностью времени и сил;
- смещение на другие потребности: переедание, алкоголизм;
- сублимация: трудоголизм, общественная деятельность, хобби, спорт.

Ф. В. Василюк, 1984 описывает пять типов психологической защиты у больных с сексуальными дисфункциями.

1. Энергетический тип:
  - а) снижение побуждения;
  - б) отреагирование;
  - в) трансформация - например, чувства вины мужа перед женой в агрессию, которая выражается в его супружеской измене;
  - г) введение нового мотива - например, внебрачная сексуальная активность жены может быть актом мести мужу за дисгармонию в браке.
2. Пространственный тип:
  - а) перевод личностного конфликта в соматическую сферу с нарушением сексуальных функций;
  - б) вытеснение из сознания неприемлемых для личности сексуальных побуждений или эталонов;
  - в) расширение или ограничение круга партнеров в связи с сексуальным расстройством;
  - г) закрытие своего внутреннего мира от партнера;
  - д) вынесение своего внутреннего конфликта вовне, объяснение его внешними причинами.
3. Временной тип:
  - а) сдвиг во времени проблемы - «раньше все было хорошо, и вдруг стало плохо»;
  - б) сдвиг во времени возможного решения проблемы - отодвигание на будущее полового акта; надежда, что со временем все разрешится само собой; многократные обещания обратиться за профессиональной помощью.
4. Генетический тип:
  - а) нахождение личностью ложных объяснений происхождения дисфункции, которые помогают сохранить иллюзию интеллектуального контроля;
  - б) попытки устранить дисфункцию, исходя из собственных представлений.
5. Познавательный тип:
  - а) искажение личностью или уход от адекватной оценки расстройства - например, рационализация снижения либидо мужчиной, занятого интеллектуальным трудом;

- б) изменение личного смысла расстройства, ценности его для себя - например, обесценивание женщиной, страдающей аноргазмией, значения оргазма для личной и семейной жизни.

Как указывают В. В. Кристаль и Б. Л. Гульман, 1977, психологическая адаптация к сексуальным дисфункциям может обеспечиваться за счет компенсации, псевдокомпенсации и гиперкомпенсации.

При *компенсации* сохранность сексуальных функций на достаточном уровне поддерживается включением дополнительных психических функций. Например, при недостаточности оргазма привлекается образ другого партнера, с которым достигается полноценный оргазм. При этом действуют механизмы фантазии, идеальной идентификации с воображаемым партнером, перцептуальной защиты от реального партнера, подавление аверсионных тенденций к нему, диссоциация личностных и физиологических особенностей партнера, частичная деперсонализация партнера как отказ ему в полной эротической привлекательности, эгоцентризм как ориентация на достижение только индивидуального наслаждения и система рационализации собственного поведения.

Недостаточность эрекции у мужчины может компенсироваться не только путем адекватной техники полового акта, но и за счет личностной идентификации с супругой, интроекции ее внутреннего мира, смещения ценности сексуальных отношений с физиологического на интимно-личный план. Могут участвовать и такие психологические защиты, как позитивный перенос, идеализация отношений, вызывание симпатии к себе и использование эвфемизмов, смягчающих остроту проблемы.

*Псевдокомпенсация* помогает лишь сохранить отдельные компоненты сексуальной функции или имитировать ее. Так, мужчины с недостаточной потенцией могут активно флиртовать и хватать мнимыми многочисленными сексуальными связями. Используется и механизм образования контрастных реакций по типу уверенного мужчины, властного в обращении с женщинами с одновременной их дискредитацией как аморальных существ, а также демонстрация женоненавистничества и социально отклоняющегося поведения, что позволяет под благовидным предлогом выйти из игры.

*Гиперкомпенсация* заключается в форсировании естественного ритма половой жизни. При этом применяются защитная идентификация с существующими на уровне обыденного сознания сексуальными образцами: владение различными техниками секса, идеализация своих сексуальных качеств, отрицание реакции партнера, трансформация собственных эмоциональных реакций - например, страха в агрессию.

В случае, когда личность смиряется с наличием сексуальной дисфункции, наступает *привыкание* - последний этап психической адаптации, который обеспечивает минимальную сохранность сексуальной функции или состояние личностного равновесия. Наступает обесценивание, а иногда и активная дискредитация половой жизни с подчеркиванием своих достижений в других областях. Наблюдается также идеализация партнера с одновременной его (ее) позитивной десексуализацией, принятие роли человека, нуждающегося в опеке - слабого, неудачника, больного.

Психологическая защита у больных с сексуальными дисфункциями может проявляться в активно-оборонительной и пассивно-оборонительной форме.

*Активно-оборонительная защита* выражается, например, при импотенции в обвинениях супруги в неправильном сексуальном поведении, упреках по поводу утраты ею сексуальной привлекательности, идеализации прежних половых партнерш. Имеют место фантазии мести, вербальная и поведенческая агрессия, которая может переходить в аутоагрессию. Встречает-

ся также активный поиск «истинных» причин дисфункции с помощью популярной литературы, эта информация используется для обоснования своей позиции.

*Пассивно-оборонительная защита* характеризуется избеганием половых отношений под предлогом потребности в отдыхе. Чувство подавленности из-за фрустрированной половой потребности при этом расценивается как усталость. Отрицается физиологическая и эмоциональная важность секса, не замечается недовольство супруга, его признание и самоуважение вызываются деловым или материальным вкладом в отношения, разделением увлечений, дружеской поддержкой. Как правило, подобная форма защиты вызывает нарастающую сексуальную аверсию у партнера.

Достаточно часто сексуальная дисфункция, особенно на первых этапах ее развития, наблюдается лишь в супружеской паре, нормализуясь во внебрачных отношениях. Таким образом, сам парный характер сексуальной функции, ее включенность в интимно-личные отношения ставит перед необходимостью применять системный подход в попытке понять происхождение данных расстройств.

С. Кратохвил, 1991 перечисляет такие формы неправильного поведения партнерши при нарушениях сексуальной функции у мужчины, как тенденция унижить партнера, привычка сопротивляться ему, обижаться, критиковать и обвинять, опасение потерять зависимость мужа после его выздоровления, отсутствие мотивации к продлению супружества. Определенную роль играют также беспокойство, пессимизм и негативное отношение к чувственным удовольствиям, в том числе и к сексуальным. С этим бывает связана чрезмерная стеснительность, невозможность сосредоточиться на приятных (волюстических - сладострастных) ощущениях во время близости, отказ от стимуляции клитора, пассивное поведение во время полового акта с ожиданием, что муж все должен сделать сам.

А. И. Федорова и М. В. Рсимвов, 2001 описывают различные варианты поведения мужчины, которое может быть в той или иной степени ответственно за происхождение и поддержания вагинизма и психогенной диспареунии.

А. Мужчина с подчеркнутым маскулиновой моделью поведения, игнорирующий особенности женской сексуальности, формально проводящий предварительные ласки и ограничивающий интимную близость проникновением во влагалище и активными фрикциями.

Б. Мужчина с невротическими чертами личности, задержкой на платонической или романтической стадии развития либидо, опасющийся причинить женщине боль, проявить грубость. Он испытывает чувство вины за сексуальный опыт, страх кастрации, «зубастого влагалища», ущемления им полового члена, «высасывания им соков». Вступает в брак с такой же незрелой женщиной, и их обоих устраивает запрет полноценного полового акта, который они заменяют петтингом и оральными-генитальными ласками.

В. Мужчина, имеющий сексуальные дисфункции, в основе которых лежит страх проникновения (преждевременная эякуляция, чаще анте портас - в преддверии влагалища, слабость эрекции). Эти дисфункции маскируются сексуальными расстройствами супруги и вскрываются в ходе терапии, когда открываются возможности интроекции и активных фрикционных движений.

Г. Мужчина со скрытыми ненормативными сексуальными предпочтениями (чаще гомосексуальными), демонстрирующий негативное отношение к привлекательности жены и женской сексуальной активности, перед которой он испытывает глубокий страх, усиленный представлением о собственной половой неадекватности. Такой мужчина может сводить интимную близость к быстрому механическому половому акту, к которому женщина не успевает подготовиться и чувствует себя использованной. Или, наоборот, он стремится «довести» женщину до



оргазма, чтобы доказать свою полноценность. При этом муж нередко подменяет истинный интерес к особенностям жены навязыванием ей своих представлений об эrogenных зонах, способах сексуальной стимуляции и сексуальных сценариях. Однако женщине бывает трудно испытать оргазм из-за собственной незрелости, неадекватности сексуальных стимулов, отсутствия психического комфорта, беспокойства в связи с желанием угодить супругу и подтвердить его сексуальную компетентность. Особенно ярко это проявляется, когда муж пытается грубо и прямолинейно навязать жене свои ненормативные предпочтения.

## Обследование

Обследование больных с сексуальными дисфункциями имеет свою специфику.

Медицинский анамнез призван исключить вероятность того, что сексуальная дисфункция обусловлена соматическим заболеванием и фармакологическими воздействиями. Учитывается роль нейроэндокринных расстройств, урологических и гинекологических заболеваний, употребление алкоголя и наркотических средств, психотропных и гипотензивных препаратов, половых гормонов.

Психиатрическое обследование решает следующие задачи:

1. обнаружение и выяснение природы психопатологии у каждого из партнеров;
2. определение характера и типа взаимоотношений партнеров;
3. предварительная оценка роли сексуальной дисфункции в динамике интимных отношений.

Сексуальные дисфункции часто обусловлены невротическими и психопатическими механизмами. В этих случаях сексуальные симптомы не только отражают актуальный межличностный конфликт, но и служат психологической защитой, входящей в структуру внутрличностного конфликта. Поэтому важное значение имеет анализ психосексуального развития пациента с учетом его отношений к отцу и матери, первых сексуальных переживаний, подавленных желаний, страхов и нерешенных интрапсихических конфликтов.

Психосексуальный анамнез является проблемно-ориентированным, т. е. учитывает специфику конкретного случая. В процессе интервью (желательно вместе с половым партнером) составляется детальная и полная картина сексуального опыта пары, отражающая текущее состояние и предшествующую динамику. Х. Каплан, 1994 предлагает каждому из партнеров следующие вопросы:

- Что вас возбуждает?
- Что приводит к угасанию секса?
- Каковы ваши фантазии, неосознанные надежды и опасения?
- Нормальным ли было ваше сексуальное развитие?
- Когда вы в первый раз испытали сексуальное переживание?
- Испытывали ли запрет на сексуальные переживания в детстве?
- Было ли это связано с неприятными обстоятельствами?
- В каком возрасте начали мастурбировать?
- Каковы были вначале эротические фантазии?
- Что вы ощущали при этом?
- Был ли какой-либо сексуальный опыт в детстве, который не удалось скрыть?
- Как семья отнеслась к мастурбации?
- Как относились к сексу?

- Как помнится первый половой контакт?
- Было ли ощущение приятного возбуждения? Или чувство вины? Как вел(а) себя партнер(ша)? Как вы расстались?
- Какие эротические ощущения, ситуации возбуждали вас в прошлом?
- Как и при каких обстоятельствах вам удавалось достичь удовлетворения?
- При каких обстоятельствах удалось проявить себя должным образом?
- Как вы переживаете оргазм?
- Что испытывает партнерша при клиторном возбуждении?
- Какие вагинальные ощущения испытывает при сношении?
- Как относится к оральному сексу: вообще, при активности партнера, собственной активности? Как относится к ощущению спермы во рту?
- Как ощущает запахи тела партнера?
- Что больше всего возбуждает?
- Какие страхи у вас самые привычные?
- Что она чувствует по отношению к своему телу, груди, гениталиям, ягодицам?
- Как, по ее мнению, он воспринимает ее тело?
- Не считает ли она, что ей требуется слишком много времени, чтобы достичь оргазма?
- Может ли он продолжать достаточно долго?
- Возникает ли у него эрекция от прикосновения к ее телу?
- Требуется ли физическая стимуляция его пениса?
- Что она чувствует, когда у него отсутствует эрекция?
- Что он чувствует, когда у нее нет оргазма?

## Лечение

При лечении сексуальных дисфункций применяют рациональную психотерапию, гипнотерапию, НЛП и аутотренинг, систематическую десенситизацию, двойную секс-терапию, психодинамические подходы, групповую и биологическую терапию.

## Рациональная психотерапия

Ориентирована на актуальную жизненную ситуацию и устранение негативных внешних и внутренних влияний. В связи с распространенностью в обществе искаженных представлений о сексе необходимо предоставить пациенту информацию о естественном характере и пользе мастурбации для сексуального развития, возрастнo-половой ритмичности сексуальной жизни, нормальной продолжительности полового акта, роли астенизирующих и невротизирующих факторов в развитии преходящих сексуальных расстройств. В ряде случаев необходимо проинформировать пациента о второстепенной роли размеров полового члена, о необходимости достаточной прелюдии, стимуляции клитора и двигательной активности женщины во время полового акта, применении надежных противозачаточных средств. Одиноким пациентам необходимо рекомендовать установление длительной интимной связи, откровенное признание партнерше о характере сексуальных нарушений, проявление внекоитальной сексуальной инициативы и осуществление градуированной половой активности.

Полученную от пациентки информацию используют при проведении *патогенетической психотерапии*, направленной на разъяснение, отреагирование и эмоциональную коррекцию

незрелых установок, связанных с прошлыми переживаниями. При оргамоцентрической установке необходимо убедить пациентку, что чрезмерное стремление к достижению оргазма тормозит его наступление, перекладывает ответственность за «доведение до оргазма» на мужа, мешает эмоциональной близости, которая сама по себе является для женщины приятной и необходима для полноценной физической близости. Молодым женщинам рекомендуется получать больше удовольствия от ласк и фрикции, испытывать чувство удовлетворения от доставляемого любимому человеку наслаждения и разделять с ним его на эмоционально-чувственном уровне; ожидать, что такое отношение с возрастом и опытом поможет сформировать психофизический механизм оргазма. Женщинам с клиторальным типом оргазма бывает необходимо разъяснить, что он является таким же полноценным, как вагинальный и для их удовлетворения нужна адекватная стимуляция.

Применяется воздействие убеждением, опирающееся на анамнестические данные, результаты соматического, в том числе сексологического обследования и информацию о психофизиологических механизмах эрекции и эякуляции. При необходимости вырабатывается адекватная оценка анатомического и физиологического развития пациента, достигается осознание роли психогенных механизмов дисфункции. Пациентам с тревожным ожиданием неудачи рекомендуется ограничить сексуальную активность проведением продолжительных интимных ласк (петтинга) без попыток совершить половой акт. При этом снижается значимость эрекции, повышается доверительность партнеров, их взаимное половое влечение, возникает сексуальное возбуждение с нормальной эрекцией полового члена. В это время широко применяется петтинг, мануальная и оральная стимуляция области клитора, что снимает с пациента чувство ответственности за обязательную стимуляцию влагалища половым членом и изменяет фаллоцентрическую модель сексуального поведения на более широкую гедонистическую.

Пациента необходимо также научить введению недостаточно напряженного полового члена во влагалище мануально. Это делается в гинекологическом положении женщины (лежа на спине с широко разведенными ногами). Кровенаполнение головки полового члена осуществляется с помощью руки, сопровождается парадоксальным внушением «Хочу, чтобы половой член остался не напряженным» и сосредоточенностью на приятных ощущениях, возникающих при контакте головки полового члена с влагалищем.

При преждевременной эякуляции рекомендуется чаще совершать половые акты, переключать внимание в начале коитуса на несексуальные раздражители и делать перерывы во фрикции для продления полового акта. Рекомендуется также применять презервативы для снижения остроты ощущений и использовать активную позицию женщины при пассивном расслаблении мужчины.

Указанная информация дается в виде дидактических бесед, а также мотивированных внушений в гипнозе (гипносуггестивное моделирование) и закрепляется с помощью формул самовнушений в процессе аутотренинга. Определенное значение имеют библио- и видеотерапия. В некоторых зарубежных центрах практикуется также помощь суррогатных обучающих партнеров - специально проинструктированных ассистенток.

При рациональной психотерапии *супружеских дисгамий* необходимо учитывать следующие закономерности. У молодого мужа нередко наблюдается гиперсексуальность, ему требуются более частые половые акты, в то время как жена ожидает добрых романтических проявлений, не испытывает еще оргазма, скрывает или подавляет свое недовольство, пока конфликт не станет явным. У неопытных супругов возникает проблема длительности полового акта: мужчине для достижения оргазма требуется в среднем 2-3 минуты фрикции (движений полового члена во влагалище), в то время как женщине - 8 минут. Причем у мужчины возбуждение быстро нара-

спосле эякуляции так же быстро спадает. Рисунок полового акта молодого мужчины напоминает остроконечный треугольник, тогда как у женщины это - плавная дуга, в которой примерно по одной трети занимают фазы прелюдии, фрикции и завершающих ласк.

С возрастом проблема частоты и длительности половых актов приобретает другой характер. Так, женщина в 30-40 лет находится в зените сексуальных желаний, тогда как ее обычно более старшему мужу уже может быть достаточно одного полового сношения в 7-10 дней. У 50-летнего мужчины может быть задержана эякуляция (что затягивает половой акт) и увеличен рефрактерный период после него (что исключает повторный половой акт). К тому же с годами прежние сексуальные стимулы, исходящие от жены, перестают возбуждать мужа в силу привычки.

Имеет значение и способность супружеской пары договориться о взаимоприемлемом сексуальном сценарии, времени для половой близости, поведении до и после нее, приемлемости определенных способов и поз, поиске новых сексуальных игр, стимуляции тех или иных эрогенных зон, степени активности каждого партнера, использовании противозачаточных средств и т. д. Конфликты часто развиваются, когда один супруг относится к ригидному типу реагирования, а другой - к инновационному.

Супругам необходимо также учитывать график оргастической готовности жены, который зависит, в частности, от ее типа реактивности. Выделяют 4 типа сексуальной реактивности: заряжающийся, кумулятивный (накапливающий), непрерывный и прерывистый.

1. При *заряжающемся* типе женщина может испытывать оргазм через определенные стабильные промежутки времени; «преждевременный» коитус может неэффективно разрядить недостаточную оргастическую готовность.
2. *Кумулятивный* тип наблюдается у мультиоргастичных женщин (с многократным переживанием оргазма в течение одного полового акта); в данном случае каждый оргазм повышает интенсивность следующего.
3. Женщины с *непрерывным* типом реактивности обладают низким уровнем желания, но при стимуляции возбуждаются и оргазмируют в любое время.
4. *Прерывистый* тип реактивности наблюдается у женщин, наступление оргазма у которых тесно связано со многими факторами - такими, как отношение к партнеру, настроение, самочувствие, фаза менструального цикла и др.

Причиной сексуального конфликта может быть несовпадение ролевых ожиданий. Речь идет об инициативе, активности, определенных особенностях поведения: оно может быть игровым и восприниматься как инфантильность или, наоборот, агрессивно-добывательским и ассоциироваться как со страстью, так и с эгоизмом, грубостью и даже садизмом.

При несовпадении уровней полового влечения частоту половых сношений советуют определять партнеру с более низким уровнем полового желания, поскольку его уступчивость в конце концов может привести к торможению у него сексуального влечения. При этом другому партнеру рекомендуется использовать внекоитальный оргазм - желательно с участием супруга(и).

Необходимо создавать комфортные условия для интимной близости, обеспечивать соответствующий эмоциональный настрой («женщина любит ушами»). Период предварительных ласк должен продолжаться достаточно долго и включать стимуляцию эрогенных зон супруги, в том числе клитора до тех пор, пока не возникнет его эрекция, смазка и не раскроется вход во влагалище. Молодому возбудимому мужчине в это время лучше избегать стимуляции полового члена, а во время коитуса прерывать фрикции, не извлекая пениса из влагалища (продолговатый половой акт). У пожилого мужчины в период прерывания прелюдии может исчезнуть эрекция, которая возвращается с помощью мануальной стимуляции (вторая волна

эрекции). Презерватив снижает чувствительность головки полового члена, что также способствует продлению фазы фрикции. И наоборот, укорачивает половой акт такой способ предохранения, как экстравагинальная эякуляции (прерванный половой акт, коитус interruptus). К тому же при этом способе мужчина боится потерять контроль над эякуляцией, сосредотачивает внимание на соответствующих ощущениях и этим невольно приближает семяизвержение. Женщине с клиторальным типом оргазма могут понадобиться предварительные ласки клитора, длительная непрерывная стимуляция его во время коитуса. Определенное значение имеют при этом позы, способствующие интенсивному контакту клиторальной области с эрегированным половым членом (в частности, поза наездницы) или позволяющие стимулировать клитор вручную - самой женщине или мужу (с этой целью рекомендуется позиция «мужчина сзади»).

## Суггестивная терапия

Применяется в нескольких вариантах. *Гипнотерапия* направлена на повышение уровня сексуального влечения и сексуальной реактивности, уверенности в своей сексуальной привлекательности и сексуальных возможностях, на усиление сексуальной возбудимости при половой активности с партнером, подчеркивание его сексуально возбуждающих качеств, внушение ярких сексуальных представлений с положительным отношением к ним.

Гипносуггестивное *моделирование* заключается в вызывании у пациентов тех психофизиологических реакций, которые обычно возникают при полноценном естественном протекании полового акта; при этом учитываются особенности реакций пациента во время сношения до начала расстройства. В гипнозе моделируется нормальный половой акт с постгипнотическим внушением, что так же удачно и с удовольствием он будет протекать в реальности.

Гипносуггестивное *программирование* направлено на коррекцию отдельных функциональных характеристик полового акта; формулы внушения ориентированы на успокоение, ободрение, ликвидации симптомов и нормализацию нарушенных функций. При гениталгиях (диспарейнии) и вагинизме гипнотические внушения направлены на купирование тревожных ожиданий, способствуют расслаблению мышц и переключают внимание с ожидания неприятных ощущений на получение удовольствия. Гипнотерапия при преждевременной эрекции включает формулы общего спокойствия во время близости, уменьшения чувствительности головки полового члена, повышение контроля над уровнем полового возбуждения. И наоборот, при замедленной эякуляции и слабо выраженном оргазме используют внушения, направленные на повышение интенсивности волюстических (сладострастных) ощущений во время совершения фрикции и уменьшение продолжительности полового акта. Аналогичные принципы гипнотического программирования, моделирования и постгипнотического внушения применяются при нарушениях эрекции.

*Гипнокатарсис* используется для лечения сексуальных дисфункций, обусловленных психотравмами, которые оживляются и реагируют в гипнотическом состоянии.

*Эриксоновский гипноз* и *НЛП* отличаются тем, что устанавливается эффективная обратная связь, позволяющая тщательно индивидуализировать воздействия за счет подстройки к пациенту и «отзеркаливания» его текущих физиологических реакций.

При лечении сексуальных дисфункций используются три основных направления *аутотренинга*: 1) коррекция сексуальных симптомов с помощью специальных упражнений, 2) купирование сопутствующих или причинных психологических расстройств, 3) создание основы для других видов психотерапии: гипнотерапии, систематической десенсилизации. Вначале паци-

ент обучается вызыванию расслабления, тяжести и тепла в конечностях и животе (обычно в группе в течение 2-3 мес.), затем переходит к выполнению специальных упражнений.

С помощью аутотренинга женщина может научиться расслаблять мышцы промежности, сосредотачивать внимание на приятных ощущениях в гениталиях во время прелюдии, усиливать приток крови к половым органам и повышать их чувствительность, с помощью соответствующих формул самовнушения изменить отношение к партнеру и половому акту на позитивное и гедонистическое.

Мужчины обучаются сокращенному варианту аутотренинга с целью устранения напряжения, опасений и страха перед половым актом с применением формул самовнушения кровенаполнения полового члена, представления о себе как о сильном уверенном мужчине, адекватно действующем во время полового близости. Для формирования самоутверждающего поведения используются также ассертивный тренинг, ролевой тренинг, психодрама, функциональные тренировки. Применяются фаллопротекторы, вакуум-эректоры и фаллопротезы.

## Поведенческая терапия

*Систематическая десенсилизация* является высокоэффективным способом лечения коитофобии и связанной с ней виргогамии, вагинизма, диспарейнии, особенно когда указанные расстройства развились в результате психотравмирующей ситуации как зафиксировавшиеся реакции страха или избегания (страх в связи с грубой дефлорацией, появление болей во время стремительного полового акта, боязнь мужских половых органов, чрезмерная стеснительность и т. п.).

В состоянии релаксации женщина вызывает соответствующие представления или участвует во все более трудных для нее сексуальных процедурах и постепенно адаптируется к ним. Внимание фокусируется на каком-либо одиночном аспекте сексуального опыта, вызывающего реакцию страха. Уровень испытываемой во время упражнения тревоги должен быть достаточно выраженным, чтобы появилась возможность привыкания к ситуации, ранее неприятной, вызывающей страх и отвращение к сексу. Вначале негативная эмоциональная реакция изменяется на нейтральную, затем с помощью суггестии и аутосуггестии - на позитивную. При вагинизме в качестве фобогенного стимула используются объекты все большего диаметра (пальцы, тампоны, расширители).

При аноргазмии применяется *тренинг мышц тазового дна* (лонно-копчиковая мышца Кегеля). Ее стимуляция во время фрикции вызывает наступление вагинального оргазма, а ее ритмичные сокращения являются составной частью оргастической реакции. Следует научить женщину идентифицировать функцию этой мышцы (во время мочеиспускания широко развести ноги и выпускать мочу небольшими порциями), а затем тренировать мышцу без мочеиспускания, вызывая одновременно представления о расширении и увлажнении влагалища, а в дальнейшем - и соответствующие сексуальные представления.

Систематическая десенсилизация широко применяется также при лечении больных с психогенной импотенцией на фоне синдрома тревожного ожидания неудачи. Сначала составляется иерархия фобогенных ситуаций, затем обучают пациента мышечной релаксации по Джекобсону. В процессе упражнений пациент вызывает в своем воображении ситуацию, обладающую минимальным фобическим потенциалом, и через полминуты расслабляется. Упражнение повторяется несколько раз, затем пациент переходит на следующую ступень. Продолжительность сеанса - до получаса; он может проводиться и в группе, и в гипнозе с купированием возникающего страха терапевтическим внушением, и с доброжелательно настроенной сексуальной партнершей (в последнем случае страх тормозится не расслаблением, а половым возбуждением).

Прогрессивная десенсибилизация применяется обычно при лечении замедленной эякуляции. Терапия направлена на адаптацию эякуляционного рефлекса к ситуации коитуса. Примерная цель процедур может быть такой: мастурбация в одиночку с использованием эротических фантазий до наступления оргазма; то же с женой, находящейся в соседнем помещении; то же в одной комнате с женой; затем используют прием «*мужской мост*». Жена мастурбирует мужа до предвестников наступления оргазма, затем он вводит половой член во влагалище и совершает копулятивные (лат. *sorilia* - совокупление) движения, а жена продолжает мануальную стимуляцию пениса (в определенных позах). Перед эякуляцией муж просит жену убрать руку и делает еще несколько фрикций, приводящих к наступлению оргазма. Чтобы усилить стимуляцию, женщине рекомендуется плотно сжать ноги.

## Сексотерапия

*Двойная секс-терапия* (У. Мاستере, В. Джонсон, Р. Колодни, 1998; Х. Каплан, 1994) является предпочтительным методом лечения супружеской пары. Необходимо достичь понимания ею, что симптомы сексуальной дисфункции у пациента отражают сексуальные проблемы пары в целом и что сами сексуальные проблемы, в свою очередь, связаны с недостаточным взаимопониманием в супружестве. Вначале упражнения направлены обычно на достижение вербального контакта, а затем - на повышение сенсорного осознания взгляда, прикосновения, звука и запаха. Первое время половые сношения не разрешаются, и партнеры учатся получать удовольствие, разглядывая и лаская друг друга без стимуляции гениталий. Беспокойство по поводу совершения полового акта уменьшается, внимание переключается на эмоциональную интимность и эротику, необходимые в качестве основы нормального сексуального поведения.

Сексотерапия используется, когда супруги устойчиво избегают тактильных контактов или испытывают чувство тревоги в интимной обстановке. Применяются приемы *чувственного фокусирования* (услаждения). При этом каждый партнер свободен от обязательств, согласно которым он(а) непременно ожидает адекватную реакцию в себе или своем партнере. Задача сводится к доставлению друг другу максимального эротического наслаждения, выполнению по возможности любых сексуальных желаний тревожного, неуверенного партнера. Расслабленное, безмятежное состояние позволяет пациентам преодолеть свои негативные установки и ожидания, связанные с неудачами и душевными травмами. Взаимное доверие, нежность и забота служат подкреплением и стимулом для адекватного сексуального функционирования, построенного на сопереживании радости и удовольствия.

На 1-м этапе занятий ограничиваются эротическими ласками, на 2-м переходят к генитальному услаждению - предельно-нежному, деликатному, с максимальным использованием обратной связи, сменой ролей и запретом на совершение полового акта. Этот запрет нередко нарушается, что может оказаться как нормальной реакцией, так и проявлением сопротивления терапии.

Секс-терапия *аноргазмии* включает следующие этапы: мастурбация, клиторальный оргазм в присутствии партнера, коитальный оргазм. При коитальной аноргазмии используется прием «*мост*» (см. ниже). Механизм терапии заключается в усилении возбуждения, с одной стороны, и ослаблении сексуального подавления, с другой. Самостимуляция без партнера исключает давление со стороны партнера, в том числе ограничение во времени. Следует помочь женщине преодолеть чувство вины и стыда, а также опасений по поводу мастурбации, страха наказания за сексуальное удовольствие. При наличии «конфликта успеха» надо указать, что не все проблемы рассеются по достижении оргазма. Во время мастурбации рекомендуется исполь-

зовать сексуальные фантазии, усиливающие возбуждение и отвлекающие от привычных защитных представлений. Дополнительными стимулами служат эротическая иллюстрированная литература, видеофильмы, вибратор, ритмичные сокращения влагалища, динамичные движения таза и глубокое дыхание на пике возбуждения.

Оргазм в присутствии партнера достигается аналогично после того, как супруги совершили половой акт. Стимуляцию может проводить муж или сама женщина. Мужу рекомендуется разделять нарастающее возбуждение жены во время мастурбации и поощрять открытое проявление ею своего удовольствия.

Прием «*мост*» предполагает стимуляции клитора (женщиной, мужчиной или вибратором), когда эрегированный член находится во влагалище. Перед появлением клиторального оргазма мужчина начинает фрикции и завершает половой акт. Эффективность упражнения повышается использованием приема «стоп - старт» (см. ниже), который ликвидирует тревожное ожидание неудачи.

При *вагинизме* женщина вначале вставляет кончик пальца во влагалище в одиночку, наблюдая при этом в зеркало и контролируя внутренние ощущения, возникающие при этом. Эти ощущения и связанные с ними чувства анализируются совместно с психотерапевтом. Постепенно пациентка оказывается способной ввести во влагалище весь палец, затем два пальца, затем в той же последовательности она проделывает указанные процедуры с помощью пальцев мужа. Наконец, с согласия пациентки и под ее контролем муж осуществляет интроитус (введение) смазанным эрегированным членом. Вначале он оставляет пенис во влагалище без движения на несколько минут, затем извлекает его, а при повторных введениях осуществляет нежные замедленные фрикции. Женщина реагирует ответными движениями, сосредотачиваясь на приятных ощущениях. После совершения коитуса обычно наблюдается резкое ослабление тревоги. В течение всего курса лечения женщина совместно с терапевтом анализирует свои внутренние ощущения, сновидения и фантазии, испытанные ею за последнее время.

Секс-терапия мужских сексуальных дисфункций предполагает проведение чувственного фокусирования, которое переключает внимание супругов с эрекции на эротические ощущения, показывает, что эрекция возникает в адекватном эмоциональном состоянии, может прекращаться и возобновляться при соответствующей стимуляции. Адекватное отношение к ощущениям потери и восстановления эрекции вырабатывается, в частности, с использованием приема «*сжатия*». Когда у мужчины появляется эрекция, жена сжимает пенис под головкой достаточно сильно и надолго, чтобы эрекция рефлекторно уменьшилась наполовину. После нескольких нежных прикосновений эрекция восстанавливается. 5-6 повторений этого упражнения может оказаться достаточно, чтобы преодолеть страх потери потенции.

Учитывается, что у некоторых мужчин эрекция легче возникает, когда они в одежде; используются утренняя эрекция, смазка вазелином, мануальная или оральная мастурбация. В это время можно рекомендовать вызывать у себя живые эротические фантазии, отвлекающие от навязчивого тревожного самоконтроля. Открытое обсуждение подобных фантазий может вызвать у мужчины чувство вины за символическую измену, а у женщины - чувство ревности. В таком случае необходимо повышение самооценки с помощью глубокой психотерапии.

Жены некоторых пациентов выступают против клиторальной стимуляции и требуют от них только продолжительных фрикций эрегированным членом с «доведением до оргазма». Таких женщин необходимо убеждать получать экстравагинальный оргазм за счет мануальных или оральных ласк. При этом нередко выявляется и корректируется страх быть отвергнутой, возникающий при мысли о восстановлении потенции.

На данном этапе терапии супруги используют *экстравагинальный коитус* в качестве альтернативной формы удовольствия, когда женщина может получать оргазм в результате мануальной или оральной стимуляции клитора, а мужчина при желании совершает мастурбацию и эякуляцию вне влагалища.

На следующем этапе проводится упражнение «*вагинального сдерживания*»: эрекция - интромиссия (введение) - фрикции - извлечение; после нескольких повторений при желании мужчине разрешается экстравагинальная эякуляция. В завершающей фазе терапии мужчине временно разрешается сексуальный эгоизм, когда он действует, исходя лишь из собственных потребностей и совершает интравагинальную эякуляцию, когда хочет этого и уверен, что может это. Он использует такой ритм, такие позы, такие способы и такие эротические фантазии, которые ему больше всего подходят. Когда муж достиг оргазма, он обеспечивает оргазм и жене способами, которые были отработаны ранее.

При лечении *преждевременной эякуляции* используются два основных приема сексотерапии: «сжатия» (описан выше) и «стоп - старт», который заключается в следующем. Супруги проводят предварительные ласки, пока у мужа не возникнет эрекция. После этого он ложится на спину, закрывает глаза и расслабляется, а жена мастурбирует его. Почувствовав приближение оргазма, муж останавливает жену, дожидается ослабления позыва к эякуляции и повторяет процедуру 4 раза; в последний раз он эякулирует. После двух успешных попыток супруги повторяют упражнение с использованием вазелина для усиления приятных ощущений и возбуждения. После 3-4 успешных попыток с вазелином упражнение совершается в процессе коитуса. Женщина занимает положение сверху, мужчина направляет ее движения руками, трижды останавливая при приближении оргазма; на 4-й раз он совершает коитальные движения и эякулирует. Затем проводятся 3-4 упражнения в этой позиции с активными фрикциями мужчины и его остановками перед эякуляцией. По мере успешного овладения мужчиной самоконтролем пара может перейти к выполнению упражнения в позиции «на боку» и наконец - в положении «мужчина сверху».

В случае *замедленной эякуляции* затягивание полового акта может быть связано с женоненавистничеством, в основе которого лежит страх зависимости. Необходимо вызвать конфронтацию мужчины с его враждебными чувствами, помочь ему признать их и принять без чувства вины. Мужчина, неуверенный в своей способности удовлетворить женщину, нередко использует в качестве защиты излишнюю заботу о своей партнерше.

В упражнении «стоп - старт» мужчине предлагается роль «получателя удовольствий», что может обострить у него страх отвержения и/или чувство вины за свой эгоизм. Проработка этих чувств и стоящих за ними половых установок способствует эффективности лечения, однако у мужчины может появиться защитная реакция на улучшение функции, если преждевременная эякуляция была единственным способом бегства от доминирующей, напоминающей мать, женщины. Учитываются также реакции сопротивления у жены, которой может не понравиться роль «гейши» или которая при улучшении сексуальных функций у мужа вынуждена отказаться от роли жертвы, не может контролировать его поведение и опасается, что он уйдет к более привлекательной женщине.

## Психодинамическая, групповая и биологическая терапия

**Психодинамическая терапия** проводится обычно в ходе парной секс-терапии и заключается в совместном анализе терапевтических реакций партнеров. Важно уже то, что открытое обсуждение облегчает искреннее общение между супругами. Анализируются как спон-

танные высказывания, так и фантазии и сны, которые супруги переживали в последнее время. Выявляются и прорабатываются такие защитные механизмы, как чувства вины и стыда за сексуальное удовольствие, враждебность или амбивалентность по отношению к противоположному полу. Страх отвержения, чувство сексуальной неполноценности, непривлекательности и некомпетентности, неполноценности, страх генитальной травмы, латентные гомосексуальные и садомазохистские влечения; могут быть выявлены связи сексуальных дисфункций с оранофобией, мизофобией, интимофобией и т. д.

Психодинамические подходы применяются в основном в комплексе с другими методами психотерапии:

- а) для понимания неосознанных механизмов сексуальных дисфункций и скрытых супружеских конфликтов;
- б) для учета связи симптомов с глубинными психологическими проблемами, сексуальными невротическими реакциями детства и культуральными влияниями;
- в) для анализа реакций пациентов и их сексуальных партнеров во время проведения терапии.

При этом разделяют сопротивление пациентов процессу терапии и ее результатам, учитывают неосознанный страх перед генитальным увечьем, недоверие и враждебность к другому полу, страх и чувство вины в связи с сексуальным удовольствием, интимофобию. Нередко сексуальные дисфункции связаны с неразрешенным эдиповым конфликтом: страхом инцеста, кастрации (в том числе «вагина дентата» - «зубастое влагалище»), гомосексуальности, своей половой неполноценности, табу на чувственное удовольствие и сексуальную агрессию.

У депрессивных и паранойальных пациентов сексуальные дисфункции прочно связаны с личностной психопатологией, их половое поведение носит болезненный и антиэротический характер, а защитные реакции (в том числе сопротивление терапии) крайне инертны. Таким пациентам показана интенсивная психодинамическая терапия, направленная на коррекцию эмоциональной и коммуникативной сферы.

**Групповая терапия** применяется при лечении сексуальных дисфункций с целью коррекции нарушений межличностных отношений, а также для устранения чувств уникальности страданий, неуверенности в излечении и одиночества. Предпочтительнее включение пациента в гетерогенную группу больных неврозами, ориентированную на осознание общих патогенетических механизмов психогений, в том числе сексуальных дисфункций. Группа используется как терапевтическое зеркало, поддержка и образец, она представляет возможность для личностного роста - в частности, в коммуникативной сфере. В результате внимание больного переключается с ожидания сексуальной неудачи на установление доверительных интимных отношений. Стремление пациента к достижению сексуального «результата» заменяется на наслаждение эротическими играми и собственной половой ролью.

Эффективными являются также группы дисфункциональных супружеских пар с учетом следующих противопоказаний: один из партнеров не желает сотрудничать, больной страдает тяжелой депрессией или психотическим расстройством, имеется сильное отвращение к детальному аудиовизуальному материалу или выраженный страх перед группой.

**Биологическая терапия** включает фармакотерапию, использование механических приспособлений и хирургическое лечение.

**Фармакотерапия** проводится в первую очередь для купирования страха и напряжения (гваякуран, диазепам) и смягчения вторичной депрессии (протиаден). При необходимости проводится лечение диабета и других соматических заболеваний. Применение фармакотерапии нередко связано с плацебо-эффектом и включается в косвенную психотерапию.

Фармакотерапия при отсутствии эрекции включает андрогены (тестостерон, агонисты тестостерона (стенолон, демалон), транквилизаторы (гваякурин, мепробамат, рудотель), а также афродизиаки - средства, повышающие потенцию: виагру, иохимбин в комбинации со стрихнином, эфедрином или кофеином и бромистым натрием; делают интракавернозные (в тело пениса) инъекции папаверина. Медикаментозное лечение преждевременной эякуляции направлено обычно на снижение общей возбудимости. С этой целью назначают транквилизаторы (мепробамат, гваякурин), седатики (белласпон, калаброн, гистепс). Непосредственно перед половым актом назначают соннапакс или минитиксен, местно - на область уздечки - цинхокаиновую мазь. При некоторых вариантах преждевременной эякуляции (синдром парацентральных долек головного мозга) применяют хлорэтиловые блокады ромбовидной зоны в пояснично-крестцовой области.

При ретардированной эякуляции проводят общеукрепляющее лечение и физиотерапию. При тотальной анэякуляции рекомендуется тренировка эякуляторного рефлекса с помощью вибратора. При отсутствии эрекции используют вакуум-эректор, фаллопротектор и фаллоимитатор.

Хирургическое лечение включает протезирование полового члена, подрезание уздечки, реваскуляризацию, у женщин - вагинопластику.

### *Клиническая иллюстрация (собственное наблюдение)*

С. выглядела очень подавленной и растерянной, когда обратилась ко мне за помощью. Она собиралась развестись с мужем, так как испытывала к нему сексуальное отвращение. В то же время у нее сохранялась эмоциональная привязанность к мужу, которая удерживала ее от подачи заявления о разводе. Последней надеждой для С. был гипноз. Она просила меня внушить ей лечение к мужу или хотя бы терпимое отношение к близости с ним.

Из беседы с С. выяснилось, что она страдает аноргазмией, поэтому физическая близость лишь «раздражает» ее, оставляя неудовлетворенной и раздраженной. Это раздражение и направляется потом против мужа. В последнее время оно стало «включаться» заранее, как только наступает время ложиться в постель, предвосхищая события и как бы охраняя ее от неприятных ощущений, но в то же время обостряя супружеский конфликт.

С. вначале отрицала, что испытывала когда-либо оргазм, даже во время мастурбации, отрицала и само занятие мастурбацией. Однако, как выяснилось, С. после прочтения «Мастера и Маргариты» М. Булгакова в 13-14 лет часто видела одно и то же сновидение. Оно было как бы ожившим эпизодом из романа.

«Маргарита наклонила щетку щетиной вперед, так что хвост ее поднялся кверху, и, очень замедляя ход, пошла к самой земле. И это скольжение, как на воздушных салазках, вниз принесло ей наибольшее наслаждение. Земля поднялась к ней, и в бесформенной до этого черной гуще ее обозначились ее тайны и прелести во время лунной ночи. Земля шла к ней, и Маргариту уже обдавало запахом зеленоющих лесов. Маргарита летела над самыми туманами росистого луга, потом над прудом. Под Маргаритой хором пели лягушки, и где-то вдали, почему-то очень волнуя сердце, шумел поезд. Маргарита вскоре увидела его. Он полз медленно, как гусеница, сыпая в воздух искры. Обогнав его, Маргарита пошла еще над одним водным зеркалом, в котором проплыла под ногами вторая луна, еще более снизилась и пошла, чуть-чуть не задевая ногами верхушки громадных сосен.

Тяжелый шум вспарываемого воздуха послышался сзади и стал достигать Маргариту. Постепенно к этому шуму чего-то летящего, как снаряд, присоединился слышимый на много верст женский хохот. Маргарита обернулась...»

Во время сеанса гипноза с внушением сновидением я «перенес» ее в возраст 12 лет. С. чувствовала себя лежащей в своей постели перед сном и испытывающей половое желание. Прошло несколько минут, как вдруг она свела ноги, зашевелилась, покраснела, тяжело задышала, стала постанывать. На мой вопрос, что происходит, Света затаила дыхание, потом стала посапывать, как ребенок, притворяющийся спящим. Далее последовал следующий диалог.

- Кто я?
- Папа.
- Я Геннадий Владимирович, твой врач. Ты доверяешь мне и можешь рассказать все.

Тебе сейчас 12 лет, ты лежишь в своей постели и испытываешь какие-то сильные чувства. Какие?

- Я испугалась папу.
- А перед этим?
- Было очень приятно и стыдно.
- Ты можешь рассказать мне все, это поможет тебе.

И спящая С. начала рассказывать. Оказалось, что она в этом возрасте мастурбировала, зажав между ног скрученное в трубку одеяло, и очень испугалась, когда в момент оргазма ее застал «на месте преступления» отец. Сильные чувства страха и стыда не только «сломили ей кайф», но и надолго затормозили половое возбуждение. И теперь, во время предварительных ласк С. отводила руку мужа, когда он «заходил слишком далеко», не участвовала активно в самом сношении - откуда же было возникнуть оргазму?

Но имевшийся детский опыт давал надежду. Надо было только отделить пережитый тогда оргазм от тормозящих чувств страха и стыда.

Видимо, в повторяющемся сновидении пациентки половая (сексуальная!) щетка Маргариты заменяла спящей С. свернутое одеяло, точнее - фаллос, а окончание эпизода ассоциировалось со смесью пережитого оргазма («улёта») и испуга. Когда это ее сновидение было воспроизведено в гипнозе, С. вновь пережила пьянящее ощущение полета, напряжение, сладкое предчувствие внизу живота, горячую наполненность между ног и вдруг - пустоту, холод, страх...

На этом диагностическую стадию лечения - гипноанализ можно было считать завершённой. Началось собственно лечение. Оно состояла из трех этапов. Вначале я во время сеанса оставил С. наедине со свернутым одеялом, внушив ей, что ей снова 12 лет и никто не помешает ей полностью насладиться оргазмом. Так в гипнозе С. вновь испытала чувство, которого, как ей казалось наяву, она была лишена.

Затем С. испытала оргазм во время ночного сна, предварительно положив между ногами свернутое одеяло. Снилось ей на этот раз не Маргарита, а ее детская «любовь с одеялом», оживленная в гипнозе. В соответствии с внушением на этот раз утром С. вспомнила свой сон. На сеанс она пришла радостно возбужденная, шутила, в глазах ее светилась надежда, голос стал более грудным, уверенным.

С этого сеанса С. ушла с внушением, что испытает влечение к мужу: «Близость обнаженного мужского тела тебе приятна... Ты ложишься на его ногу, зажимаешь ее своими бедрами, как в детстве одеяло... Мужская нога волнуется тебя еще больше, чем свернутое одеяло...» - и т.д.

Есть техника секса на боку, когда мужчина, введя член во влагалище, к тому же просовывает свою ногу между ног партнерши. Это и было то положение, в котором С. впервые испытала полноту счастья с мужем.

## Тесты

1. *Какими из следующих утверждений может быть описана теория сексуального развития ребенка З.Фрейда:*
  - А. она постулирует, что сексуальность появляется в раннем детском возрасте
  - Б. она связывает неврозы с нарушениями психосексуального развития
  - В. она описывает самую раннюю сексуальную активность как сосредоточенную в зоне губ, рта, языка
  - Г. она предполагает, что в норме мастурбация появляется во время латентного периода.
2. *Психогенная импотенция предполагает следующее, кроме:*
  - А. внезапного начала
  - Б. отсутствия утренней эрекции
  - В. улучшения половой функции с одними партнерами по сравнению с другими
  - Г. obsессий, связанных с половым членом
  - Д. хорошей потенции при мастурбации, но не при сношении.
3. *Все нижеследующие утверждения по поводу ночной эрекции полового члена верны, кроме:*
  - А. она обычно наблюдается во время фазы быстрого сна
  - Б. она обычно оценивается при дифференциальной диагностике органической и функциональной импотенции
  - В. ее наличие позволяет исключить органическую причину расстройств эрекции у мужчин
  - Г. она обычно связана с оценкой твердости полового члена
  - Д. она может нарратся у больных депрессией.
4. *Способность женщин испытывать оргазм обычно снижается при следующих соматических заболеваниях и методах лечения, кроме:*
  - А. использования антидепрессантов
  - Б. использования бензодиазепинов (седуксен, элениум, реланиум, феназепам, тазепам, рудотель)
  - В. первичной пролактинемии
  - Г. сахарного диабета
  - Д. гипотиреоза.
5. *Какое из следующих утверждений по поводу вагинизма верно:*
  - А. он затрагивает наружную треть влагалища
  - Б. он проявляется только при попытке сношения
  - В. он провоцируется эротическим возбуждением
  - Г. он делает невозможной мастурбацию у женщин
  - Д. он доступен произвольному контролю.
6. *У больных алкоголизмом обнаруживаются следующие нарушения сексуальных функций, кроме:*
  - А. сниженной продукции и подвижности сперматозоидов у мужчин
  - Б. сниженного объема эякулята у мужчин
  - В. повышенного уровня тестостерона у мужчин
  - Г. импотенции
  - Д. нарушения менструального цикла у женщин.
7. *Женщина с аноргазмией проходит курс сексуальной терапии, впервые описанной У. Мастерсом и В. Джонсон. Правильные утверждения по поводу ее лечения включают следующие, кроме:*

- А. лечение должно включать чтение литературы и объяснения по поводу сексуальности
  - Б. женщину следует поощрять для достижения оргазма при мастурбации
  - В. мужу не следует разрешать присутствовать на терапевтических сеансах до завершающих этапов лечения
  - Г. пациентке следует указать на нежелательность половых контактов на ранних этапах лечения
  - Д. эта методика по своей ориентации в значительной степени является поведенческой.
8. *Какое из следующих утверждений справедливо по поводу психоаналитической терапии больных с тяжелым эдиповым комплексом:*
  - А. психотерапевт должен быть одного пола с пациентом
  - Б. психотерапевт должен быть мужчиной, если пациент женщина
  - В. следует избегать развития выраженного переноса
  - Г. терапевт должен смягчать сексуальные темы
  - Д. ни одно из перечисленных.
9. *Какие из следующих методов включает большинство видов сексуальной терапии преждевременной эякуляции:*
  - А. чувственное сосредоточение
  - Б. методику «стоп - старт»
  - В. методику «сжатия»
  - Г. использование анестезирующих мазей.

## Ответы

1. Правильные ответы А, Б, В. Фрейд выделял три фазы психосексуального развития ребенка. Оральная фаза продолжается от 1 -го года до 1,5 лет жизни: это время, когда потребности ребенка, восприятие и удовольствие сосредоточены в области рта, губ и языка. Мастурбация появляется в раннем возрасте и достигает пика во время фаллической фазы и в пубертатном периоде. Психоаналитическая теория связывает неврозы с нарушениями психосексуального развития - Фрейд наблюдал, что многие его пациенты искажали воспоминания о раннем сексуальном опыте и путали инфантильные сексуальные фантазии с реальными событиями.
2. Правильный ответ Б. Психиатрический диагноз часто может помочь поставить диагноз нарушения эрекции. Психологически обусловленная дисфункция может быть вызвана тревогой, психическим расстройством или психодинамическим конфликтом. Ранние утренние эрекция и нормальная функция при мастурбации и улучшение половой функции с некоторыми партнерами предполагают психодинамическую причину, как наличие скорее внезапного, чем постепенного начала расстройства.
3. Правильный ответ В. Оценка ночной эрекции является распространенным методом дифференциального диагноза между органической и функциональной импотенцией. В 80-95 процентах случаев наличие эрекции, которая в норме наблюдается во время фазы быстрого сна, позволяет исключить органическую природу расстройства. Однако у мужчин с такими состояниями, как гиперпролактинемия или едва уловимые сосудистые расстройства, может наблюдаться эрекция во время фазы быстрого сна. Напротив, исследования могут показать снижение эрекции полового члена при отсутствии органической патологии, например, у некоторых мужчин с депрессией. Исследование ночной эрекции не всегда является необходимым, если пациент отмечает спонтанную эрекцию, утреннюю эрекцию или хорошую эрекцию при мастурбации.

4. Правильный ответ Б. Ряд соматических заболеваний и видов лечения связаны с уменьшением способности женщин испытывать оргазм. Сахарный диабет, гипотиреоз и первичная гиперпролактинемия часто приводят к этому осложнению. Ряд препаратов, таких, как гипотензивные средства и некоторые антидепрессанты, могут также нарушить эту функцию. Бензодиазепины обычно не нарушают ни эрекцию у мужчин, ни способность испытывать оргазм у женщин.

5. Правильный ответ А. Вагинизм включает спазм мускулатуры наружной трети влагалища и, таким образом, препятствует половому контакту. Обычно спазм возникает в ответ на любую попытку проникновения, включая влагалищное исследование. Некоторые женщины с этим расстройством способны к возбуждению и достижению оргазма при стимуляции клитора. Спазм влагалищных мышц не поддается произвольному контролю.

6. Правильный ответ В. Сексуальная функция обычно нарушается у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Алкоголь оказывает непосредственное действие на тестикулы (яички - мужские половые железы), чем могут быть вызваны обычно описываемые импотенция и сниженная продукция и подвижность сперматозоидов. Объем эякулята обычно снижен, а также отмечается снижение продукции тестостерона. У женщин злоупотребление алкоголем приводит к нарушению менструального цикла, а также к нежелательному действию на развивающийся плод.

7. Правильный ответ В. Техника лечения аноргазмии У. Мастерса и В. Джонсон основывается на поведенческом подходе к терапии сексуальной дисфункции, но некоторые психотерапевты (например, Х. Каплан) включают и психодинамические аспекты. Это подход, ориентированный на пару, где оба партнера участвуют с самого начала лечения. В совместных беседах они побуждаются к обнаружению природы проблемы, пониманию сексуального опыта друг друга, развенчанию мифов и неправильных представлений о сексе и развитию правильного отношения к нему. Далее можно включать сначала один вид сексуального удовлетворения, при котором развивается тревога, с последующим постепенным расширением репертуара с помощью специальных упражнений, когда пара чувствует себя спокойно при сексуальном удовлетворении друг друга. Им предписывают не иметь сексуальных контактов до завершающих этапов лечения, тем самым устраняя основной источник тревоги.

8. Правильный ответ Д. В эдиповом комплексе нет ничего такого, что само по себе диктовало бы необходимость в психотерапевте того же или противоположного пола. Пациент переживает перенос независимо от пола аналитика, например, перенос чувств к матери на аналитика-мужчину. Так как психоаналитическая психотерапия использует перенос в качестве основного средства раскрытия и разрешения конфликта, не следует избегать развития переноса. Аналогично, психотерапевтическому процессу не будет способствовать и избегание сексуальных тем, так как они очень важны для развития эдипова комплекса и, следовательно, для его разрешения.

9. Правильные ответы А, Б, В. Эффективность успешного лечения преждевременной эякуляции достаточно высока. Методика лечения включает работу с обоими партнерами и начинается с чувственного сосредоточения - серии упражнений, направленных на повышение восприятия приятных прикосновений, звуков и визуальных стимулов. Методика «сжатия» является упражнением, когда половой член стимулируется до появления первых ощущений наступающего оргазма, а затем сильно сжимается у венозной связки, что приводит к частичной потере эрекции. Методика «стоп - старт» включает стимуляцию мужчины до точки, близкой к наступлению оргазма; затем стимуляция прекращается, пока не исчезнет чувство наступления оргазма. Использование анестезирующих мазей показало себя малоэффективным при лечении преждевременной эякуляции.

## Рекомендуемая литература

- Васильченко Г.С. Сексология. Справочник. - М., 1990.  
Каплан Х.С. Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство. Пер. с англ. - М., 1994.  
Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. - М., 1994.  
Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. Пер. с чешек. - М., 1991.  
Либих С.С. (ред.). Руководство по сексологии. - СПб., 2001.  
Либих С.С., Фрадкин В. И. Сексуальные дисгармонии. - Ташкент, 1990.  
Мастере У. и др. Мастере и Джонсон о любви и сексе. -СПб., 1991.  
Мастере У. и др. Основы сексологии. Пер. с англ. - М., 1998.  
Фрейд З. Психология сексуальное™. - Мн., 1993.  
Фрейд З. Три очерка по психологии сексуальности // Психология бессознательного. - М., 1990. - С. 123-201.  
Хорни К. Женская психология. Пер. с англ. - СПб., 1993.

## Дополнительная литература

- Абрагам К. Исследования о самой ранней прегенитальной стадии развития либидо // Классический психоанализ детского возраста. Красноярск, 1994. - С. 9-37.  
Берн Э. Секс в человеческой любви. Пер. с англ. - М., 1990.  
Буртманский Д.Л. и др. Основы клинической сексологии и патогенетической психотерапии. - Саратов, 1987.  
Буртманский Д.Л., Кришталь В. В. Сексуальная дисгармония супружеской пары и ее коррекция: Учебное пособие для врачей. - Харьков., 1982.  
Вейнингер О. Пол и характер: Принципиальное исследование. Пер. с нем. - М., 1999.  
Винокуров Б.Л., Эскузан Ф.Ф. Медицинская и социальная реабилитация сексуальной дисгармонии и расстройств мужской потенции при неврозах. - Сочи, 1993.  
Голобурда А.В. Нарушение потенции у мужчин при истерическом неврозе и психопатии истероидного круга //Журн. невропат. и психиатрии, 1990. - 35. - С. 107-112.  
Гройсман А.Л. Медицинская психология: Лекции для врачей - слушателей курсов последипломного образования. - М., 1998.  
Дворкин Э.М. Психотерапия сексуальных расстройств // Руководство по психотерапии. - 2-е изд. - Ташкент, 1979.-С. 420-434.  
Еникеева Д. Сексуальная жизнь женщины. - М., 1998.  
Еникеева Д. Сексуальная патология. - М., 1997.  
Жеробкина И. «Прочти мое желание...» Постмодернизм. Психоанализ. Феминизм. - М., 2000.  
Здравомыслов В.И. и др. Функциональная женская сексопатология. -А.- Ата, 1985.  
Иванов Н.В. Психотерапия функциональных сексуальных расстройств у женщин // Руководство по психотерапии. М., 1982.  
Имелинский К. Сексология и сексопатология. Пер. с польск. - М., 1986.  
Каган В.Е. Воспитателю о сексологии. - М., 1993.  
Келли Г. Основы современной сексологии. Пер. с англ. - СПб., 2000.  
Кемпер И. Практика сексуальной психотерапии. Пер. с нем. - М., 1994. Т. 1-2.  
Кибрик Н.Д., Андрианов В. В. Особенности психотерапевтической помощи суицидентам с сексуальными дисгармониями//Метод. рек. - М., 1993.  
Кон И.С. Введение в сексологию. - М., 1990.  
Кочарян Г.С. Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике // Метод. рек. - М., 1991.  
Кочарян Г.С. Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств // Метод. рек.-М., 1991.  
Кришталь В. В., Агшьева Н.К. Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары. - М., 1985.



- Кришталь В. В., Пульман Б.Л. Сексология. Т. 1. Нормальная сексология. Т. 2. Клиническая сексология. Общая сексopatология. -Х., 1997.
- Кришталь В. В., Григорян С.Р. Сексология. Т. 3. Клиническая сексология мужчин. Т. 4. Клиническая сексология женщин. -Х., 1998.
- Кэмерон-Бэндлер Л. С тех пор они жили счастливо: простая и эффективная психотерапия сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях. Пер. с англ. - Воронеж, 1993.
- Лев-Старович С. Партнерский секс. Пер. с польск. - М., 1990.
- Либих С.С. К проблеме гармонизации сексуальных отношений в супружеской жизни: Лекции для врачей-курсантов.-Л., 1982.
- Литвак М.Е. Секс в семье и на работе. - Ростов н/Д., 2001.
- Лоуэн А. Любовь и оргазм. Пер. с англ. - М., 1998.
- Лоуэн А. Секс, любовь и сердце. Телесно-ориентированный биоэнергетический психоанализ любви и сексуальности. Пер. с англ. - Мн., 1998.
- Лявшина Г.Х. Психосексуальное развитие детей: Учебное пособие. - СПб., 1996.
- Макдугал Дж. Тысячеликий Эрос. Психоаналитическое исследование человеческой сексуальности. Пер. с англ.-СПб., 1999.
- Моник Ю. Кастрация и мужская ярость. Фаллическая травма. Пер. сангл. - М., 1999.
- Моник Ю. Фаллос. Священный мужской образ. Пер. с англ. - М., 2000.
- Неврозы и сексуальные расстройства. - Воронеж, 1985.
- Некрасов С.Н., Возилин И.В. Жизненные сценарии женщины и сексуальность. - Свердловск, 1991.
- Ницше Б. Значение сексуальности в трудах Зигмунда Фрейда // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. Пер. с нем. - М., 1998. - С. 365-406.
- Общая сексopatология (Руководство для врачей). - М., 1977.
- Посвянский П.В. Психотерапия психогенно-функциональных форм мужской половой слабости // Руководство по психотерапии. - М., 1974.
- Райх В. Сексуальная революция. Пер. с нем. - СПб., 1997.
- Рейбен Д. Все, что вы хотите узнать о сексе, но стеснялись спросить. Пер. с англ. - Харьков, 1991.
- Рожановская З.В. Психотерапия сексуальных нарушений у женщин // Руководство по психотерапии. - 3-е изд. Ташкент, 1985.
- Свядоц А.М. Женская сексopatология. - 3-е изд. - М., 1988.
- Старшенбаум Г. В. Гипноз и аутотренинг // Твое здоровье, 1995. - № 1. - С. 35-61.
- Тауск В.К. К психологии детской сексуальности // Клинический психоанализ детского возраста. - Красноярск, 1994.-С. 85-101.
- Федорова А. И. Диспарейния: патогенез, клиническая картина, лечение. - СПб., 1999.
- Фрейд З. «Культурная» сексуальная мораль и современная неврозность // Зигмунд Фрейд, психоанализ и русская мысль. - М., 1994. - С. 15-28.
- ХолдерА. Эдипов комплекс//Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. -М., 1998. -С. 613.
- ХоллисДж. Нарциссизм. - М., 2002.
- Щеглов Л.М. Неврозы и сексуальные расстройства. - СПб., 1996.
- Щеглов Л.М. Сексология. Врачу и пациенту. - СПб., 2001.
- Янг Р. Эдипов комплекс. - М., 2002.

## Глава 8

# РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

### Общие положения

**Характер** отражает всё многообразие отношений личности к окружающему миру и к самой себе. **Личность** включает задатки, способности, темперамент, характер и направленность.

Крайние варианты личностной нормы называются **акцентуациями**. Они отличаются от психопатических состояний тем, что дезадаптация личности возникает лишь при воздействии специфической для данного вида акцентуации психогении; тогда как психопатические состояния дезадаптации развиваются при воздействии любой психогении или даже без видимых причин.

**Психопатии** - расстройства личности, длительно существующие, глубокие и стойкие нарушения характера, дезадаптивные модели поведения, эмоционального и когнитивного реагирования, принимаемые личностью (эгосинтонные, в отличие от невротических эгодистонных, не принимаемых личностью).

А. Е. Личко, 1985 на подростковом материале описал **патохарактерологические реакции** - психогенно обусловленные, выраженные и стереотипно повторяющиеся отклонения в поведении, отличающиеся от нормальных его форм склонностью:

- к генерализации (способностью возникать в самых различных ситуациях и по различным, зачастую незначительным поводам);
- к стереотипности проявлений, повторяя как клише по разным поводам одни и те же поступки;
- превышать «потолок» поведенческих нарушений, однако в соответствии с поведенческими девиациями, свойственными группе, к которой принадлежит индивидуум;
- приводить к социальной дезадаптации.

Указанные реакции проявляются в трех основных клинических формах: неустойчивые, истероидные и аффективно-эксплозивные.

Выделены следующие типы характерологических реакций:

1. **отказа** - характеризуется отсутствием или снижением стремления к естественным контактам с окружающими;
2. **оппозиции** - характеризуется активным или пассивным противопоставлением себя окружающим;
3. **имитации** - характеризуется стремлением к подражанию какому-либо лицу или образцу;
4. **компенсации** - характеризуется стремлением скрыть или восполнить собственную несостоятельность в какой-либо области успехом в другой;
5. **гиперкомпенсации** - характеризуется стремлением достичь успеха именно в той области деятельности, в которой отмечается несостоятельность;

6. *эмансипации* - характеризуется склонностью к подчеркнутой собственной самостоятельности и независимости;
7. *группирования* - характеризуется неспособностью к самостоятельной деятельности и стремлением решить собственные проблемы посредством группировки с другими людьми.

При формировании *акцентуации характера* наблюдается нарушение влияния родителей на детей в форме воспитательной неуверенности или фобии утраты ребенка. При гиперпротекции родители оказывают ребенку слишком много внимания, при гипопротекции - недостаточно. Они могут потворствовать удовлетворению его потребностей или игнорировать их. Могут предъявлять к ребенку как чрезмерные требования (выполнения обязанностей или соблюдения запретов), так и nepозволительную мягкость, чрезмерно пользоваться санкциями или неоправданно избегать их. Наконец, стиль воспитания может быть неустойчивым, непоследовательным.

А. Е. Личко, 1976 показал, что гиперпротекция особенно неблагоприятна при акцентуациях по гипертимному, неустойчивому и конформному типу. Доминирующая гиперпротекция наиболее травматична для гипертимных подростков и детей с психастеническими, сенситивными и астено-невротическими чертами. Воспитание по типу потворствующей гиперпротекции неблагоприятно для истероидной, лабильной и гипертимной акцентуации. Эмоциональное отвержение больше всего травмирует лабильных, сенситивных и астено-невротических подростков. Условия повышенной моральной ответственности наиболее тяжелы для психастеников.

Э. Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис, 1998 описывают эффект самоусиления нарушений, возникающий, если в ответ сопротивлению родителей неблагоприятным проявлениям характера подростка последний добивается своих целей усилением этих проявлений (эпилептоид - агрессивным взрывом, истероид - усилением демонстрации, неустойчивый - полным уходом из-под контроля). Авторы выделяют и такие патологизирующие роли родителей, как расширение сферы родительских чувств, предпочтение в подростковом возрасте детских качеств, проекция на подростка собственных нежелательных качеств. У родителей пациентов детского и подросткового возраста часто встречаются неразвитость родительских чувств, сдвиг в установках родителя по отношению к подростку в зависимости от пола подростка.

### Соотношение типов воспитания и типов характеров (по В. Д. Менделевичу, 1999).

Тип воспитания	Тип характера						
	И	Ш	В	ПС	А	П	М
«Кумир семьи»	++	-	-	-	-	-	+
Гиперопека	+	+	+	-	++	-	+
Гипоопека	+	++	++	-	+	-	+
Безнадзорность	-	+	+	-	-	-	-
«Золушка»	-	-	-	-	+	-	-
«Ежовые рукавицы»	-	+	++	+	+	-	•»•
Парадоксальная коммуникация	-	++	-	-	-	+	+

- истерический; Ш - шизоидный; В - возбудимый, ПС - психастенический; А - астенический; П - паранойяльный; М - мозаичный тип характера.

\_ степень влияния особенностей воспитания на формирование соответствующих типов характера.

Основные клинические критерии *психопатических состояний* определяются триадой П. Б. Ганнушкина: тотальность (везде), относительная стабильность патологических черт личности (всегда) и их выраженность до степени социальной дезадаптации. Характерны ригидность, скрытая защитная тревога, недостаток сопереживания (даже при проявлении заботы), психическая незрелость, межличностные трудности на работе и в любви.

Отмечается высокий показатель конкордантности у монозиготных близнецов. В процессе развития часто наблюдаются индивидуальные трудности и семейные проблемы. Расстройств личности проявляются в подростковом возрасте или юности.

Для психогенеза психопатии характерен порочный круг: индивид не видит себя так, как окружающие, не сочувствует им. Из-за этого возникают межличностные конфликты, срываются механизмы компенсации, что приводит к дальнейшему нарастанию конфликта, еще большей декомпенсации, дальнейшему усилению и стабилизации патологических личностных особенностей.

Патохарактерологическое развитие (невротизация) личности наблюдается после длительных стрессовых ситуаций. Чаще оно принимает форму ананкастного, тревожного, импульсивного, истерического, параноидального расстройства на уровне невротического поведения (невроз *характера* по Фрейдю).

*Психопатизация личности* характеризуется большей выраженностью и стабильностью проявлений, формируется обычно в результате органического поражения мозга или психотического приступа. При психопатизации чаще встречаются признаки астенического, импульсивного и истерического расстройства.

*Динамика психопатий* может проявляться невротическими и психопатическими реакциями, психогенными депрессиями на невротическом уровне, декомпенсациями, фазовыми состояниями, патологическим развитием личности.

*Невротические реакции у психопатических личностей* - чаще астенические и истерические; от невротических реакций, развивающихся не на психопатической почве, отличаются легкостью возникновения и рецидивирования, стойкостью.

*Психопатические реакции* - кратковременное усугубление личностных расстройств в ответ на неблагоприятные внешние воздействия.

*Психогенные депрессии* на невротическом уровне у психопатических личностей отличаются затяжным течением, плохой курабельностью (податливостью к лечению) и склонностью к рецидивированию из-за поведенческих расстройств, создающих вокруг больного атмосферу хронического стресса.

*Декомпенсации* - состояния резкого и сравнительно длительного усугубления личностных расстройств вследствие переутомления или психогении, обусловленные поломкой выработанных с годами компенсаторных механизмов. На высоте декомпенсации могут развиваться психозы: сумеречные состояния сознания у истероидов, тяжелые дисфории и патологические аффекты у возбудимых и эпилептоидов, бредовые психозы у параноидальных. Велик риск тяжелой гетеро- и аутоагрессии.

*Фазовые состояния* - спонтанные периодические расстройства настроения. При длительности в течение нескольких часов или дней говорят об эпизодах дистимии (печальная подавленность) или дисфории (мрачная озлобленность). Могут быть монополярные фазы (депрессивные, гипертимные) и биполярные.

*Патологическое развитие личности:* у сформировавшейся психопатической личности после неблагоприятных внешних воздействий развиваются стойкое сутяжно-параноидальное или ипохондрическое состояние на уровне сверхценных идей либо на психотическом уровне.

Для понимания генеза расстройств личности важное значение имеют труды таких исследователей, как З. Фрейд, К. Юнг, Г. С. Салливан, Э. Эриксон и др.

В структурной теории З. Фрейд выделил три уровня психики: «Оно», «Я» и «Сверх-Я». Это явилось развитием топографической модели, отображающей концепции сознательного и бессознательного. «Оно» является вмещителем влечений, направленных на получение удовольствий; «Я» является центральным посредником, перерабатывающим «Оно», «Сверх-Я» (совесть и идеалы) и реальность. Конфликт, производящий сигнал тревоги, возникает, когда неприемлемые импульсы «Оно» угрожают проникнуть в сознание или реализоваться в поведении, неприемлемом для «Сверх-Я» и «Я».

К. Юнг был первоначально членом ближайшего окружения З. Фрейда, но позже сильно разошелся с ним в вопросах либидо, психической энергии и природы бессознательного. К. Юнг считал, что бессознательное является более чем продуктом истории индивида и включает также коллективное бессознательное с памятью культурного прошлого, национальной памяти и даже дочеловеческой памяти. Бессознательное содержит архетипы, которые являются врожденными идеями, аккумулированными многими поколениями и взаимодействующими с жизненным опытом. Архетипы включают врожденные представления о таких понятиях, как мать, отец, герой, а также живущие в человеке прототипы мужчины и женщины.

Г. Кохут изначально являлся классическим психоаналитиком, который в дальнейшем разработал систему психоанализа, которая наиболее часто обозначается как эгопсихология. В большей степени, чем инстинкты и конфликты, Кохут рассматривал развитие «Я», особенно то, как оно относится к задержкам развития и недостатку эмпатии, соответствующей фазе. Он меньше уделял внимания сопротивлению, защите и конфликтам по сравнению с нарушениями развития, которые оставляют стойкий отпечаток на образе «Я» и самооценке. Наиболее важными из таких нарушений являются недостаток эмпатии и подражания, из-за чего у ребенка развивается чувство пониженной самооценки.

Дж. Боулби обычно считают психоаналитиком, занимающимся изучением поведенческого комплекса, привязанности. Его исследования предполагают особую значимость первичного симбиотического влечения в раннем детском возрасте, которое проходит определенные стадии развития. Это проявляется в симбиотическом поведении, включающем цепляние, сосание, преследование, крик и улыбку. Он рассматривал отношения родителя и ребенка как центральные, а не как средство отреагирования.

О. Кернберг подчеркивает исключительное значение расщепления в диагностике и лечении пограничного расстройства личности. Расщепление включает неспособность соединять хорошие и плохие качества собственного «Я» или окружающих в целостный образ. Это часто приводит к тому, что одно и то же лицо либо идеализируют (любят), либо не ценят (ненавидят). Расщепление предохраняет пациента от распространения тревоги и препятствует поддержанию стабильных и позитивных интроекций. Другие механизмы защиты также имеют определенное значение, но являются второстепенными.

Г. С. Салливан наиболее известен своей теорией развития личности, которая подчеркивает важность межличностных отношений. Г. С. Салливан считал, что первые 5 лет жизни, хотя и являются важными для психологического развития, не полностью определяют структуру личности. Напротив, личность продолжает развиваться и изменяться на протяжении подросткового периода и даже взрослого состояния. Он подчеркивал влияние социального положе-

ния и условий на развитие. Теория Г. С. Салливана сфокусирована на комплексной концепции «Я», которая в значительной степени отличается от психоаналитической концепции «Я».

Э. Эриксон представил развитие личности человека в виде 8 больших последовательных стадий. Признавая теорию психосексуального развития З. Фрейда, Э. Эриксон расширил диапазон ее описания, включив социальные факторы помимо связи родитель - ребенок, перенося внимание с психопатологических образований на нормальный рост и развитие, а также сделав заключение о том, что процесс развития продолжается в течение всей жизни. Разрешение каждой из 8 стадий развития зависит, как утверждал Э. Эриксон, от качества предшествующей стадии и влияет на течение последующих стадий.

В течение орально-сенсорной стадии (1-й год жизни) наиболее важным и спорным вопросом является «доверие - недоверие». В течение второй стадии, соответствующей анальному периоду по З. Фрейду, успешное разрешение конфликта приводит к автономии; проблемы, возникающие на этой стадии, могут привести к чувству стыда или неуверенности в себе. Третья стадия длится в течение 5-го года жизни и соответствует появлению эдипова комплекса по З. Фрейду. Э. Эриксон описывает задачу этой стадии как формирование нормально растущей инициативы. В течение латентной фазы, в возрасте 6-11 лет, основным психосоциальным кризисом является «трудолюбие - неполноценность». Основываясь на автономии и инициативности предшествующих стадий, дети приближаются к задачам взрослой жизни. Будет ли отмечаться удовлетворение достижениями или появится чувство неполноценности, зависит от взаимодействия ребенка с учителями и сверстниками, а также с родителями. Идеи Э. Эриксона по поводу развития идентификации в подростковом возрасте особенно широко известны. Он полагал, что в течение этого периода подростки стараются интегрировать и сделать более явной эгоидентичность в отношениях с родителями, сверстниками и лицами противоположного пола; если этот процесс не будет успешным, это может привести к ролевому смещению.

Хотя З. Фрейд считал, что оживление эдипова комплекса в подростковом возрасте является финальной стадией развития, Э. Эриксон видел, что развитие продолжается и во взрослом состоянии. Он считал первым кризисом ранней зрелости конфликт между интимностью и изоляцией. В возрасте средней зрелости ключевым исходом является «продуктивность - инертность». Э. Эриксон подчеркивал важность не только воспитания детей, но и поощрения попыток помочь другим, особенно молодому поколению. В последней стадии люди оценивают свою жизнь. Адекватное разрешение стадий интимности и продуктивности обеспечивает содержание этой стадии (целостность - эгоинтеграцию); недостаточное разрешение может вызвать отчаяние и безумный страх смерти.

## Параноидальное расстройство личности

Характерны: тенденция приписывать окружающим злые намерения, недоверие, подозрительность, скрытность, ревность, поиск скрытого окружающего смысла в высказываниях и действиях других, недоброжелательность, неспособность прощать обиды, агрессивные реакции на воображаемые угрозы.

Чаще встречается у мужчин, в семьях которых имеются больные шизофренией и бредовыми расстройствами, испытавших в детстве трудности в семейных отношениях и насилие.

*Психодинамика:* проекция (приписывание отрицаемых побуждений другому); отрицание (игнорирование реальных событий и переживаний), рационализация (рассудочное обоснование скрытых побуждений). Стыд, оборонительные, мазохистские, ипохондрические черты, а также несостоявшаяся индивидуализация.

*Лечение*, галоперидол, седуксен при декомпенсации. Индивидуальная психотерапия включает открытость, постоянство, поддержку конструктивных сторон личности, акцент на реальности; исключает юмор в общении.

## Шизоидное и шизотипическое расстройство личности

**Шизоидное расстройство личности.** Пациенты ведут образ жизни, ориентированный на самоизоляцию безо всякого стремления к общению, с отчуждением от членов семьи, снижением или отсутствием интереса к сексуальным отношениям, с отсутствием близких друзей. Они равнодушны к похвале или критике, эмоционально бедны и холодны. Мышлению шизоида свойственны аутистичность, умозрительность и символичность, склонность к идеалистическим философским построениям, исходящим не из фактов, а из схем, основанных зачастую на игре слов, со сближением далеких понятий. Характерна изолированность эмоциональной жизни, постоянный напряженный внутренний конфликт с эпизодами аффективных разрядов, пафоса, а также высокая ранимость и раздражительность. Отмечается неспособность проникнуть в душевный мир других людей наряду с повышенной чувствительностью к незнакомым или воображаемым людям.

Чаще встречается у мужчин из семей больных шизофренией, переживших неблагоприятные отношения в семье на раннем этапе развития.

*Психодинамика:* социальная заторможенность, эмоциональные ограничения и неприятие - защитные механизмы, наиболее часто используемые против агрессии. Возможно развитие шизофрении и других бредовых психозов.

*Лечение:* галоперидол в • малых дозах; поддерживающая психотерапия, направленная на установление реалистических отношений с окружающим миром. Необходима идентификация эмоций, групповая психотерапия. Для некоторых - терапия средой. При трудовых рекомендациях учитывается аутистичность, стремление к ограниченным, формальным контактам.

**Шизотипическое расстройство личности.** Диагностические критерии практически совместимы с принятыми в отечественной психиатрии критериями вялотекущей психопатоподобной шизофрении. Включение в МКБ-10 данного расстройства в раздел личностной патологии отражает стремление отказаться от «навешивания ярлыка» психической болезни таким пациентам.

Характерны многочисленные странности в поведении, мышлении, эмоциях, речи, внешнем виде. Могут быть идеи отношения, подозрительность, несоответствующие данной субкультуре, необычные убеждения или магическое мышление. Наблюдаются также необычные ощущения, неадекватность или обеднение эмоций, отсутствие друзей, чрезмерная требовательность в общении с окружающими, которая не ослабевает при близком знакомстве.

Расстройство, начавшееся в подростково-юношеском возрасте, диагностируется как гебоид (Геба - в древнегреческих мифах богиня вечной юности). Данный синдром характеризуется преувеличением и видоизменением психологических пубертатных свойств, с преобладанием аффективно-волевых нарушений, в том числе и влечений, что приводит к противоречащему общепринятым нормам поведению и выраженной дезадаптации в обществе.

Основу состояния составляют разнообразные сверхценности, которые отражаются в образных артистических агрессивнo-садистических фантазиях. Наблюдается инфантильный эгоцентризм, гротескное стремление к самоутверждению, полное игнорирование нравственных правил и ценностей. Выражены садистические наклонности, склонность к импульсивной агрессии, расторможенность влечений и тенденция к их немедленной реализации. У девушек нередко преобладает инфантильное «коллекционирование» сексуальных партнеров, связан-

ное со сверхценным стремлением к самоутверждению, жадной власти. Нарушения влечений могут также включать дромоманию (бродяжничество), пироманию (поджоги), ранний алкоголизм и наркоманию.

Гебоид чреват криминальными действиями, которые часто являются результатом длительных сверхценных переживаний, по интенсивности приближающихся к овладевающим идеям. Преступления обычно совершаются в одиночку, компульсивно, на фоне дисфории. Они характеризуются длительным изощренным истязанием жертв, множественностью и жестокостью повреждений, явным смакованием своих действий и мучений жертвы.

Клиническая динамика синдрома проявляется на личностном уровне в виде реакций, декомпенсаций, фаз развития. Возможно шизоидное изменение личности, около 10 % больных кончает жизнь самоубийством.

Чаще встречается у мужчин в семьях больных шизофренией, психодинамика аналогична динамике шизофрении.

*Лечение:* малые дозы галоперидола в сочетании с седуксеном, поддерживающая психотерапия, групповая и средовая терапия.

## Антисоциальное и пограничное расстройство личности

**Антисоциальное (диссоциальное) расстройство личности** заключается в дезадаптивном поведении с игнорированием прав окружающих. Характерно сочетание черт эксплозивности (взрывчатости) и неустойчивости (мотивационной, волевой). Наблюдаются повторные нарушения законов и общественных норм поведения, склонность ко лжи и повторным обманам окружающих, использование вымышленных имен. Пациенты импульсивны, постоянно вступают в драки, безрассудно игнорируют личную безопасность и безопасность окружающих. Они безответственно относятся к своим обязанностям, равнодушны к жертвам своего поведения и всегда находят оправдание для него. Состояние больных значительно ухудшается в зрелом возрасте.

Встречается чаще у мужчин из семей с повышенной частотой антисоциального расстройства личности, соматизированного расстройства и алкоголизма, обычно из низшего социально-экономического слоя населения. Могут быть ранние нейроинфекции и травмы черепа, отсутствие родительской заботы или физическое насилие со стороны родителей, периодические бесосновательные или жестокие наказания родителями.

*Психодинамика:* импульсивность поведения обусловлена снижением способности личности к планированию и суждениям за счет нарушений или пробелов в структуре личности, примитивном или плохо сформированном сознании. Дефицит в коммуникативной сфере связан с отсутствием эмпатии, доверия, способности любить, выраженной агрессией. Типичны признаки садомазохизма, нарциссизма, депрессии.

*Лечение:* определенный результат могут дать поведенческая терапия (например, под угрозой юридического осуждения, наказания), терапия злоупотребления психоактивными веществами, длительная госпитализация.

**Пограничное расстройство личности (Богс1егНпе).** Другие названия - вялотекущая, неврозоподобная, псевдоневротическая, амбулаторная шизофрения. Характерны отчаянные попытки избежать реального или воображаемого одиночества, неустойчивые и бурные межличностные отношения с поочередными колебаниями между крайней идеализацией и крайне негативной оценкой. Отмечается нарушение идентификации с выраженной и длительно сохраняющейся нестабильностью в представлении о себе или в самооценке. Больные им-

пульсивны с неоправданным риском в трате денег, неразборчивы в половых связях. Они употребляют наркотики, нарушают правила дорожного движения, переедают. Выражена тенденция к самоповреждению, включая суицидальные попытки, связанная с длительными (до нескольких дней) эпизодами выраженной дисфории, раздражительности или тревоги, а также постоянным чувством опустошенности и озлобленности. Наблюдается частая вспыльчивость, драчливость, могут быть транзиторные, связанные со стрессом паранойяльные мысли или выраженные диссоциативные симптомы.

С возрастом состояние пациентов может ухудшиться. Возможны суициды, членовредительство, депрессии, соматоформные расстройства, психоз, злоупотребление психоактивными веществами.

Расстройство чаще встречается у женщин из семей с высокой частотой расстройств настроения, употреблением психоактивных веществ; у матерей нередко отмечается пограничное расстройство личности. В раннем возрасте могут быть органические поражения мозга, далее - физическое или сексуальное насилие, отсутствие родительской заботы или сложные отношения в семье.

*Психодинамика. Расщепление (зрНШлд):* обычно транзиторное проявление гнева без осознания амбивалентных или положительных эмоций в отношении другого лица, тенденция разделять людей на тех, кому пациент нравится, и тех, кто его ненавидит. Прimitивная идеализация: приписывание идеальных качеств другому лицу; безграничное стремление вовлечь его в разнообразные виды совместной деятельности, которая может устранить собственную амбивалентность. Проективная идентификация: бессознательное желание вызвать у психотерапевта те же чувства, которые пациент испытывает сам. Девальвация (презрительное умаление важного). Поворот отрицательных эмоций на себя - собственная личность становится объектом ненависти и отвращения. Потребность реализовать агрессивные импульсы и жажда общения, часто сменяющие друг друга. Страх быть покинутым, нарушение процесса индивидуализации. Слабо выраженная тенденция к постоянству.

Известный исследователь пограничной личностной патологии Отто Кернберг, 2000 перечисляет следующие факторы, участвующие в формировании патологических объектных отношений с последующей примитивизацией агрессии:

- переживание внешних объектов как всемогущих и жестоких;
- чувство, что любое хорошее, любящее, взаимно удовлетворяющее отношение с объектом является хрупким, легко разрушаемым и, что еще хуже, содержит в себе семена возможных нападок со стороны слишком сильного и жестокого объекта;
- чувство, что полное подчинение объекту - это единственное условие выживания, поэтому все связи с хорошим и слабым объектом должны быть более жесткими;
- как только достигается идентификация с жестоким и всемогущим объектом, возникает веселящее чувство силы и радости, свободы от страха, боли и угроз и ощущение, что удовлетворение агрессии - это единственная значимая форма отношений с окружающими;
- в качестве альтернативы находится способ отступления путем принятия полностью фальшивого, циничного или лицемерного способа общения, устранения всех суждений, которые подразумевают сравнение между хорошими и плохими объектами, и отрицания важности любых объектных отношений, или успешное маневрирование в хаосе любых человеческих отношений.

*Лечение,* используется сочетание поддерживающей и развязывающей терапии. Психотерапевт выступает в роли вспомогательного Я. Поведенческая терапия применяется с целью

контроля за импульсивностью и вспышками гнева, понижения чувствительности к критике и мнениям окружающих, обучения социальным навыкам. Может понадобиться непродолжительная госпитализация. Применяют антидепрессанты, литий, неуплепил, сонапакс, феназепам, финлепсин.

## Истерическое и нарциссическое расстройство личности

*Истерическое, демонстративное расстройство личности.* Другое название расстройства - *театральное*, но поскольку этот термин ассоциируется с неискренностью, чаще используется греческий перевод: *гистрионное*. Для пациентов характерен чрезмерно экспрессивный, подчеркнуто эмоционально выразительный стиль поведения. Ощущение дискомфорта в ситуациях, когда пациент не является объектом внимания. Характерны неуместные проявления сексуального обаяния во внешности или поведении, постоянное использование своей внешности для привлечения к себе внимания, лабильность и поверхностность эмоциональных переживаний. В зависимости от роли истероид проявляет высокомерие и унижение, упрямство и подчиняемость, он способен как на подвиг, так и на подлость. Объективная правда как по отношению к другим, так и к самому себе отсутствует. Стиль речи чрезмерно выразительный, импрессионистичный, неточный. Для больных типичными являются самодраматизация, самовзвничивание, внушаемость, подверженность влиянию людей или обстоятельств, понимание межличностных отношений как более интимных, чем в действительности.

Выделяют группу *дефензивных (сle(епбе - защита, англ.) истероидов - тревожных,* застенчивых, с чертами инфантильности, переживанием своей неполноценности, душевной сложностью, повышенной рефлексией.

Встречается чаще у женщин, которым удавалось преодолевать трудности в межличностных отношениях в раннем возрасте с помощью театрального поведения.

*Психодинамика.* Фантазии, эмоциональность и театральный стиль поведения. Репрессия (подавление нежелательных импульсов), отрицание (непризнание реального), идентификация (со значимым другим), соматизация, конверсия, диссоциация, экстраверсия. Ложная идентификация и амбивалентные отношения с родителем противоположного пола. Фиксация на раннем генитальном уровне развития, страх перед сексуальностью, несмотря на склонность к обольщению.

*Лечение* включает применение седуксена, элениума во время аффективных реакций, индивидуальную терапию, ориентированную на формирование адекватной самооценки или поддерживающую терапию. Иногда эффективен психоанализ, особенно групповой, однако включение в группу одновременно двух пациенток может вызвать у них борьбу за звание «Мисс Группа» и блокирование группового процесса.

В терапевтической работе с истероидом не стоит сдерживать проявлений симпатии, необходимо учить его готовность к защитному смещению; говорить об эмоционально значимых проблемах в контексте менее актуальных обстоятельств (знакомые, литература). Подчеркивать сам отрицаемый аффект, но без конфронтации вымышленного содержания с реальностью. Ожидать, когда пациент сам расскажет правду или накопит достаточно неопровержимых фактов для признания истины.

*Нарциссическое расстройство личности.* В отечественной психиатрии - вариант *истерической психопатии с псевдолюией* - лживостью. Характерно преувеличение собственного значения и повышенная озабоченность вопросами самоуважения. Грандиозное чувство собственной значимости, поглощенность фантазиями о небывалом успехе, неограниченной

власти или идеальной любви. Убежденность пациента в своей уникальности и способности общаться с людьми и учреждениями, имеющими высокий статус. Потребность в чрезмерном восхищении со стороны окружающих, чувство своей избранности и ожидание беспрекословного подчинения, тенденция использовать людей для достижения своих целей, отсутствие эмпатии, чувство зависти к окружающим или убежденность, что другие завидуют пациенту. Поведение или взгляды отличаются высокомерием, самонадеянностью, надменностью.

Течение хроническое, возможны осложнения: расстройства настроения, транзиторные психозы, соматоформные расстройства и зависимость от психоактивных веществ.

Отмечается недостаток материнской заботы, неприятие или утрата в раннем детстве.

**Психодинамика:** преувеличение своей значимости защищает от страха, примитивной агрессии и переживания зависти. Убежденность в своей избранности и масштабности (хотя бы в постановке грандиозных целей или безмерного хвастовства) компенсирует чувство собственной неполноценности и трудности в формировании значимых привязанностей.

**Лечение** включает индивидуальную психотерапию, поддерживающую или ориентированную на формирование адекватной самооценки; в тяжелых случаях необходима терапия средой. Важно сохранять самоуважение пациента, которое может пострадать от вмешательства терапевта, подчеркивать его права, избегать соперничества, обнадеживать.

## Обсессивно-компульсивное расстройство личности

Другое название - *анакстное расстройство личности*. В отечественной классификации сохраняется термин *психастения*. Доминирует стремление к совершенству и отсутствие гибкости. Поглощенность деталями, правильной организацией или планированием достигает такой степени, что основная цель работы теряется. Стремление к усовершенствованию мешает завершить выполнение задания. Чрезмерная совестливость, скрупулезность и отсутствие гибкости в вопросах морали проявляются в характерном сочетании крайней деликатности и аффективной категоричности, ригидности и упрямства. Чрезмерная занятость работой и достижением результатов достигают такой степени, что исключают возможность отдыха и дружеского общения. Нежелание делить работу и ответственность с другими, за исключением случаев полного подчинения требованиям пациента. Скупость в отношении себя или окружающих, неспособность избавляться от поношенных и ненужных вещей; деньги откладываются на «черный день». Длительно переживаются собственные этические промахи, но страдания знакомых людей вызывают прохладную реакцию. Могут быть навязчивые опасения за свое здоровье, за близких с тягостным для них контролем их поведения. Преобладают размышления над чувственностью, отсутствуют эмоциональные реакции на внезапно возникшие, необычные для пациента ситуации, могут возникать состояния эмоциональной деперсонализации. В юности отмечаются навязчивые движения (например, движение шеи, будто трет воротничок), навязчивое желание «сковырнуть» всякую корочку на коже.

Встречается чаще у мужчин, имеется наследственная предрасположенность; в детстве пациента обычно заставляли соблюдать жесткую дисциплину, воспитывали в духе повышенной моральной ответственности.

**Психодинамика:** изоляция (чувств от мыслей), формирование реакции (нейтрализация неприемлемого импульса противоположным), интеллектуализация (рассудочное замещение эмоционального содержания), рационализация (маскировка скрытого побуждения приемлемым). Обычны эмоциональная недоверчивость, проблемы подчинения и неповиновения. Фиксация на анальной стадии развития.

**Лечение:** клоназепам, анафранил, прозак. Разъясняющая или ориентированная на формирование адекватной самооценки индивидуальная и групповая терапия. Лечение должно проводиться с учетом проблем, связанных с контролем, подчинением, интеллектуализацией. Следует подчеркнуть пациенту то положительное, что содержится в его мучительной самокритике (высокая требовательность к себе), постоянно напоминать о необходимости как можно интенсивнее взаимодействовать с окружающей жизнью; необходимо поощрять живое фантазирование, развивать образное, эмоциональное начало с помощью арттерапии.

Приходится считаться со склонностью пациентов навязывать собственный план обследования и лечения. Поскольку больные ценят точность, вникают в детали, не следует жалеть времени на систематизированные рациональные объяснения. Нужно терпеливо выслушивать пациента, уважать его стремление к самостоятельности, занимать неконфликтную, гибкую, доброжелательную позицию, заменять моральную модель психологической.

## Тревожное и депрессивное расстройство личности

**Тревожное расстройство личности.** Диагностируется также как уклоняющееся, избегающее расстройство личности, астеническая, сенситивная психопатия. Робкая или застенчивая личность, избегающая профессиональной деятельности, требующей общения с другими людьми из-за опасения критики или недовольства. Пациент также не желает вступать в контакт с людьми, если у него есть подозрение, что они не будут испытывать к нему чувства симпатии. Он проявляет сдержанность в интимных отношениях из-за страха перед упреками или насмешками. Подавляет эмоции при общении с незнакомыми людьми из-за чувства собственной неполноценности. Убежден в своей неспособности к социальным контактам, отсутствию личного обаяния или превосходстве окружающих. Не желает брать на себя ответственность или участвовать в новых видах деятельности из-за опасений оказаться в затруднительном положении.

Пациенты не уверены в себе, легко ранимы и впечатлительны. Они подозревают окружающих в насмешках над собой. Боятся публичных выступлений, легко краснеют от смущения. Некоторые скрывают свою застенчивость за внешней развязностью и даже заносчивостью. У них бывает страх темноты, боязнь определенных животных и насекомых. При виде крови они падают в обморок, при волнении у них может быть рвота, понос или мочеиспускание. Характерна эмоциональная неустойчивость с приступами бурных гневных вспышек, бывают длительные депрессивные состояния, напоминающие циклотимическую депрессию. Возможное осложнение - социальная фобия.

Предрасполагающие факторы - хронические соматические заболевания в детстве, деформирующие личность; резкое осуждение со стороны родителей в детстве.

**Психодинамика:** уклонение от активной деятельности и подавление своих чувств является защитной реакцией от глубоко укоренившегося страха неодобрения. Имеется фоновая агрессия, появившаяся до или после возникновения эдипова комплекса.

**Лечение:** транквилизаторы, антидепрессанты. Поддерживающая или ориентированная на формирование адекватной самооценки индивидуальная психотерапия, групповой ассертивный и социально-психологический тренинг, направленный на формирование уверенности в себе и обучение социальным навыкам.

**Депрессивное расстройство личности.** Преобладает унылое, мрачно-подавленное настроение. Отношение к себе основано на убеждении в своей неполноценности, никчемности и низкой самооценке. Выражена тенденция к самокритике, самообвинению и преуменьшению своих заслуг. Отмечается склонность к печальным размышлениям и поиску поводов для \*

беспокойства. Характерно негативное, критическое или осуждающее отношение к окружающим, пессимизм, склонность переживать чувство вины или сожаления. Возможно возникновение дистимического и большого депрессивного расстройства. Велик риск суицида.

Предрасполагающие факторы: ранняя утрата, плохое воспитание, тенденция личности к самонаказанию, гипертрофированное чувство вины.

*Психодинамика:* сниженное самоуважение, самонаказание, ранняя утрата объекта любви с возложением ответственности за это на свою «плохость».

*Лечение,* формирование адекватной самооценки, рациональная, когнитивная и межличностная терапия. Эффективны групповые формы терапии.

## Зависимое расстройство личности

Преимущественно зависимая от других и покорная личность. Отмечаются трудности в принятии решений и повседневной жизни без помощи и убеждения со стороны, стремление перекладывать на других свою ответственность за решение задач в большинстве основных жизненных сфер. Больным трудно выражать несогласие с другими из-за страха утраты поддержки или одобрения; трудно начинать новые дела или выполнять самостоятельные действия из-за отсутствия уверенности в себе. Наблюдается чрезмерное стремление к получению заботы и поддержки со стороны окружающих, ради этого пациенты готовы добровольно выполнять неприятные для себя действия. Они переживают чувства дискомфорта и беспомощности в одиночестве из-за преувеличенного страха перед неспособностью позаботиться о себе. В случае утраты (или угрозы утраты) близких отношений они испытывают страх быть покинутым на произвол судьбы и потребность найти новую тесную связь как источник заботы и поддержки. Возможное осложнение - депрессивное расстройство.

Данное расстройство личности больше распространено среди женщин, перенесших в детстве хроническое соматическое заболевание или тревожное расстройство, вызванное разлукой или потерей родителей. Нередко это жены алкоголиков, терпящие их из-за страха покинутости и одиночества. Их мужья - тоже обычно зависимые личности, и если алкогольная зависимость у них выражена явно, то личностная скрывается за маской гиперкомпенсаторного стереотипа доминирования.

*Психодинамика:* неразрешенные проблемы индивидуализации и защита против агрессивных импульсов.

*Лечение.* Специфические симптомы (тревога, депрессия) устраняют фармакотерапией. Психотерапия ориентирована на формирование адекватной самооценки. Также эффективны поведенческая терапия с выработкой уверенности в себе, семейная и групповая терапия. Необходимо определить четкие границы помощи, максимально полно заботиться в этих границах и отказывая в чем-то, давать что-то взамен, подчеркивая при этом интерес к больному.

## Пассивно-агрессивное расстройство личности

Характеризуется стремлением к постоянным спорам и возражениям, откладыванием дел на долгий срок, упрямством и непродуктивностью. Часты жалобы на непонимание или недооценку окружающими, угрюмость, беспричинная критика в отношении авторитетных лиц или презрение к ним, выраженная зависть или злоба к тому, кто более удачлив. Отмечается склонность к преувеличению своих неприятностей и постоянные жалобы на свои несчастья, чередование непокорности и раскаяния.

У больных низкий уровень самоуверждения, они не могут отстаивать свои интересы, прямо заявить о своих правах и своем недовольстве действиями вышестоящих лиц. Им трудно угодить, поскольку они говорят о своих желаниях намеками и чаще в форме запоздалых упреков, что их не угадали. Негативные реакции окружающих замыкают порочный круг. На высоте переживаний больные могут прибегать к суицидальным угрозам, но реализуют их редко. Когда их скрытая агрессия теряет свое оправдание - например, в случае успеха в работе - они теряются и испытывают выраженную тревогу.

Данное расстройство часто осложняется депрессией, алкоголизмом, психосоматическими болезнями. Большинство больных со временем теряют работу.

Предрасполагающим фактором может быть склонность к реакциям оппозиции в детстве, родительский пример.

*Психодинамика.* Конфликты, связанные с авторитетом, подчинением и неповиновением, с самостоятельностью и зависимостью, страх перед агрессией.

*Лечение.* Когнитивная терапия, направленная на осознание больным социальных последствий его неадаптивного поведения. Ассертивный и социально-психологический тренинг. Выраженное сопротивление терапии преодолевается с помощью *парадоксальных предписаний*, когда пациенту предлагают делать противоположное тому, чего от него добиваются. На суицидальные угрозы следует реагировать не как на депрессивную реакцию по поводу утраты любви, а как на скрытую агрессию.

## Совместимость характеров и межличностные конфликты

Совместимость характеров нередко приходится учитывать при анализе служебных и семейно-личных конфликтов. С этой целью мы разработали тест для самооценки типа характера.

Испытуемому выдается бланк с тестом и инструкцией подчеркнуть наиболее подходящее для него высказывание. Порядок высказываний соответствует следующим типам характера: 1) гипертимный, 2) циклоидный, 3) лабильный, 4) сенситивный, 5) психастенический, 6) шизоидный, 7) паранойяльный, 8) эпилептоидный, 9) истероидный, 10) неустойчивый, 11) конформный. Номер, подчеркнутый дважды, расценивается как указание на скрытую акцентуацию характера, подчеркнутый трижды свидетельствует о явной акцентуации характера.

### МОЕ НАСТРОЕНИЕ

1. чаще всего приподнятое
2. периодами то очень хорошее, то очень плохое
3. характеризуется кратковременными подъемами и спадами от незначительных причин
4. портится от малейшей критики в мой адрес
5. ухудшается от беспокойства за близких
6. улучшается, когда меня оставляют одного
7. зависит от моих успехов в делах
8. внезапно становится мрачным, и тогда достается окружающим
9. портится от невнимания ко мне
10. зависит от обстоятельств
11. не отличается от настроения других.

### МОИ ДРУЗЬЯ

1. - это шумная компания, где я заводила

2. то делают меня вожаком, то оставляют меня, когда мне плохо
3. с удовольствием опекают меня
4. очень деликатны со мной
5. ценят мою заботливость и безотказность
6. я легко обхожусь без друзей
7. слишком часто дружили со мной из выгоды
8. должны считаться с моими привычками
9. вначале восхищаются мною, но потом разочаровывают меня
10. у меня нет старых друзей, зато легко появляются новые
11. для меня важен не друг, а дружный коллектив

#### ОТНОШЕНИЕ К ЛИДЕРСТВУ

1. я люблю быть первым в компании
2. временами я люблю задавать тон, но иногда мне это надоедает
3. мне нравится, когда меня все любят, но я не стремлюсь быть первым
4. я лучше сделаю сам, чем заставлю другого
5. я бы возглавил коллектив и старался ради общего блага, но меня пугает ответственность
6. я могу опережать других на уровне идей. Но не в действиях
7. мне легко удается увлечь других на решение важных задач
8. я всегда охотно учу людей правилам и порядку
9. мне нравится быть в центре внимания
10. мне не нравится, когда меня заставляют что-то делать
11. я охотно слеую за авторитетными людьми.

При анализе служебных межличностных конфликтов нами были выявлены следующие закономерности, учет которых способствовал улаживанию отношений.

ГИПЕРТИМ бывает расположен к независимому, самостоятельному начальнику, но при условии доброжелательного отношения к Г., искреннего интереса к его проблемам, учете его личностных особенностей. Лишь в таком случае он готов отказаться от притязаний на лидерство в отношениях. В противном случае легко возникает конфликт - открытый, когда Г. пытается перехватить инициативу у своего начальника, или скрытый, когда Г. восстанавливает сотрудников против начальника или просто начинает подменять его. Г. нужен большой коллектив, разнообразная работа, возможность проявлять инициативу, необходима смена обстановки. Г. органично объединяется с циклоидом, когда тот находится в фазе подъема, легко увлекает за собой и подчиняет безвольного неустойчивого, если не требует от него больших усилий. С истероидом, паранойяльным и другим Г. обычно развивается борьба за лидерство, но если удается разделить сферы влияния, возможно сотрудничество. Отгороженного шизоида отпугивает чрезмерная общительность Г., его поверхностность отталкивает чувствительного. Раннего лабильного легко обижает нечуткость Г., педантичного эпилептоида приводит в ярость безалаберность Г., а его независимость возмущает примерного паиньку конформиста.

ЦИКЛОИД в период подъема ведет себя как Г. В фазе же спада Ц. нуждается в ободрении, ровном, без излишних эмоций отношении, хотя внешне он может казаться безучастным к проявлениям сочувствия. В подавленном состоянии Ц. предпочитает глубокую привязанность лабильного, деликатность чувствительного, чрезмерной заботе психастеника. С холодным шизоидом редко возникает взаимопонимание, грубость и властность параноидного отпугивают Ц., требовательность и жесткость эпилептоида больно ранят его, эгоизм истероида и пус-

< тот неустойчивого отталкивают. Нормативность конформиста раздражает Ц., особенно в состоянии спада, когда он и так кажется себе слабым и никчемным.

ЛАБИЛЬНЫЙ тянется, как никто другой, к искренним, благожелательным отношениям. Когда устанавливается хороший контакт, Л. жаждет его надолго сохранить. Он легче приспосабливается к условиям, не требующим большого эмоционального напряжения. Ему трудно выдержать энергичный напор Г., зато он легко находит общий язык с лабильным и особенно - с сочувствующим сенситивным. Охотно дает заботиться о себе психастенику, если тот не слишком контролирует его в обмен на свою опеку. Л. инстинктивно избегает шизоида, неспособного понять его и разделить внутренние переживания. Паранойяльный отпугивает его своей целеустремленностью, готовностью приносить чувства в жертву интересам дела. Л. обычно избегает аффективно заряженного эпилептоида и неспособных на дружбу истероида и неустойчивого. С конформным может быть сотрудничество при совпадении правила: «делай не в службу, а в дружбу».

СЕНСИТИВНЫЙ нелегко идет на контакт, особенно если налаживать его слишком стремительно. Недоверчивая осторожность С. мешает ему сотрудничать с шумным, непредсказуемым Г., а также Ц. в фазе подъема. Впечатлительного, неуверенного С. быстро перенапрягает частая смена настроения Л. С его повышенной потребностью в эмоциональной поддержке. Тревожная мнительность психастеника усиливает у С. его склонность ожидать неприятностей. С мечтательным и ранимым шизоидом может быть непонятная для окружающих нежная дружба. Уверенный в себе паранойяльный на первых порах подкупает С. своей основательностью. Однако первые же трения выявляют эгоцентризм и недружественность паранойяльного, что совершенно неприемлемо для мимозоподобного, чувствительного С. Его хрупкая натура не выносит и тяжеловесного эпилептоида. Артистичность истероида вначале привлекает богатую, художественную душу С., но вскоре наступает разочарование: оба испытывают чувство обиды на партнера из-за недостаточного внимания к себе. Неустойчивый быстро утомляет С. своей примитивностью, навязчивой общительностью, отсутствием общих интересов. С конформным контакт затруднен из-за взаимной недоверчивости. По-настоящему способности С. разворачиваются в ситуации, стимулирующей чувство ответственности за себя и других, убеждающей в том, что он нужен другим.

ПСИХАСТЕНИКА с его страхом ответственности нельзя ставить в условия конкуренции, очень осторожно надо поручать дела, где он будет отвечать за работу других. На первых порах его лучше использовать в роли исполнителя с учетом его старательности и исполнительности. Г. настораживает осторожного П. прежде всего своей неупорядоченностью и авантюризмом, хотя и привлекает тем, что охотно берет на себя ответственность. Повышенная требовательность П. мешает ему сотрудничать с Ц. в фазе спада, зато за беспомощного Л. он может взять на себя и официальную ответственность. Гиперсоциальность роднит П. с С., однако в критической ситуации они, к сожалению, начинают заражать друг друга паническим настроением. Со своим типом П. любит порассуждать, но сотрудничество затруднено из-за обоюдной нерешительности и тревожной мнительности, которые приводят к тому, что незначительное препятствие вырастает в общую проблему. Шизоид хорошо дополняет ортодоксального П. своими неожиданными идеями, но их отношения остаются формальными, чисто деловыми. Трудолюбие и склонность к правдоискательству может объединить П. с паранойяльным, однако ранимому П. трудно переносить высокомерие и властность паранойяльного. С эпилептоидом быстро возникает конфликт из-за того, что оба неукоснительно придерживаются каждый своего стереотипа, порядка в делах. Истероид подкупает сухого, рационального П. своей живостью, активностью, на долю. П. в этой паре выпадает вся черная, незаметная работа. П. иногда упрекает партнера в эгоизме, но благородно несет свой крест дальше. Ленивый, неустойчи-



вый раздражает трудолюбивого П., но неуверенность не позволяет П. заставить неустойчивого работать, так что единственный выход П. видит в том, чтобы сделать работу за неустойчивого. Нормативность конформного вполне устраивает гиперсоциального П., но из-за недостатка инициативы им обоим нужен лидер или по крайней мере четкие инструкции.

ШИЗОИД нередко создает себе парадоксальную ситуацию: он стремится ограничить круг общения, но не может обеспечить необходимый в малой группе неформальный контакт. Разрешить это противоречие можно, лишь поручив Ш. работу в одиночку. Ш. одинаково утомляют и болтливый Г., и чувствительные Ц., Л. и С. Ему легче переносить замкнутого П., а интеллектуальное общение с Ш., увлеченным той же идеей, доставляет ему высшее наслаждение, уступающее для него лишь общению с компьютером. Тяжеловесная эффе́ктивность параноического и эпилептоида подавляют Ш., зато обманчивый блеск истероида может его вполне устроить. Бездуховность неустойчивого, равно как и догматизм конформного не находят отклика в богатой, творческой натуре Ш.

ПАРАНОИЯЛЬНЫЙ часто вступает в борьбу за лидерство с Г., Э., истероидом и своим типом Пр. Зато неустойчивый и конформный охотно подчиняются ему. Чувствительных Л. и С. слишком ранит грубость Пр., хотя они признают его лидерство и при достаточно лояльности Пр. готовы выполнять его волю. П. уважает Пр. за его целеустремленность и трудолюбие, но боится его напора и не разделяет его нереалистического оптимизма. Пр. редко удается заразить своими идеями скептически мыслящего шизоида, зато со своим типом может легко возникнуть союз на базе общего дела - однако лишь при условии четкого разделения на ведущего и ведомого. ЭПИЛЕПТОИД требует особой осторожности в общении. Ему ни в коем случае нельзя поручать какие-то унижительные с его точки зрения задания. Не стоит также втягиваться в споры с ним - если его удастся переспорить, он будет упорно искать случай сравнять счет. Э. неспособен к сотрудничеству с теми, кто претендует, как и он, на лидерство: Г., Пр., истероидом. Наиболее выраженные конфликты возникают со своим типом: два Э. в одном коллективе напоминают пауков в банке. Чувствительные Ц., Л. и С. избегают контактов с Э., нередко им приходится из-за него даже искать себе другую работу. Лучше всего выдерживает напряжение, исходящее от Э., защищенный холодной лягушачьей кожей Ш., однако и он не выдерживает Э. в роли начальника. С П. возможно сотрудничество при условии, что деятельность их обоих регламентируется вышестоящим начальством. Неустойчивый и конформный легко становятся послушными исполнителями воли Э.

ИСТЕРОИД легко улавливает вкус начальника, он мастер производить выгодное впечатление. Далеко не сразу сотрудники понимают, что имеют дело с манипулятором. Тогда И. разыгрывает роль Золушки, которую никто не любит, не жалеет, и чуткое сердце Л. и С. сдается, у П. и конформного включается чувство долга, и игра продолжается. Если у И. хватает хитрости подыграть Г., Пр. или Э., он может довольно долго жить на вторых ролях, подчеркивая свою близость к власти имущему. Но рано или поздно эгоизм подводит И., вызывая гнев патрона, а сыграть роль нашкодившей собаки, униженно молящей о прощении, бывает выше его сил. Ему легче водить за нос Ш., плохо разбирающегося в истинных чувствах партнера, зато свой брат И. моментально раскусывает его и стремится оттеснить с авансены. Простак неустойчивый и конформный считают за честь быть послушными марионетками в руках И., однако с немалым энтузиазмом участвуют в судилище над своим поверженным кумиром, когда настает час расплаты.

НЕУСТОЙЧИВЫЙ своей внушаемостью, готовностью поддакивать и обещать вначале может произвести самое выгодное впечатление. Однако если оставить его без надежного контроля, он будет болтаться без дела и отвлекать своей болтовней других. Городской телефон на его столе

становится для него непреодолимым искушением. Два-три Н. легко объединяются в компанию, весьма изобретательную по части ловли кайфа в рабочее время. В условиях жесткого правления Г., Э. или Пр. могут заставить Н. делать что-то, хотя и весьма сомнительного качества. Зато во время «бунта на корабле» Н. дерет глотку громче всех. С тонкими, глубокими Л., С. и Ш. у Н. нет никаких точек пересечения. В паре с тревожным, ответственным П. и жаждущим признания И. он какое-то время может манкировать своими обязанностями. Впрочем, с эгоистичным и хитрым И. этот номер проходит с большим трудом. К. безуспешно пытается перевоспитать Н., привить ему трудовую мораль, чувство долга, но - «Васька слушает, да ест».

КОНФОРМНЫЙ обычно выполняет функции хранителя традиций, это ходячий устав, рупор «общественного мнения». В советское время он довольно быстро делал карьеру. В роли начальника К. легко вступает в конфликт с нарушителями норм Г. и Н. Он нередко предъявляет слишком высокие для них требования Л. и С., зато трудолюбивый П. может стать у него любимцем. Творческую натуру Ш., так же, как и самолюбивых Пр. и Э., раздражает «правильность», узлобость К., они подчиняются ему с трудом. С И. у К. может возникнуть сотрудничество по идеологической и культмассовой линии. От Н. он охотно избавился бы, но все надеется сделать из него человека.

## Лечение

### Когнитивная терапия

А. Бек, А. Фримен, 2002 описывают личностные расстройства на основе следующих характеристик: 1) представление о себе, 2) представление о других, 3) основные убеждения, 4) основная стратегия. При этом авторы получили такую картину.

#### *Избегающая личность*

1. уязвим к недооценке, отвержению
2. критически настроенные, унижающие, стоящие выше, идеализированные
3. ужасно быть отвергнутым, униженным; если бы люди знали меня *настоящего*, они бы меня отвергли; не могу терпеть неприятных чувств
4. избегание ситуаций оценки; избегание неприятных чувств или мыслей,

#### *Зависимая личность*

1. социально ущербный, нуждающийся, некомпетентный, слабый, беспомощный
2. заботящиеся, поддерживающие, компетентные
3. чтобы выжить и быть счастливым, мне нужны люди; мне нужны постоянная поддержка и поощрение
4. установление зависимых отношений.

#### *Пассивно-агрессивная личность*

1. некомпетентный, самодостаточный, уязвим к контролю и вмешательству
2. назойливые, требующие, вмешивающиеся, контролирующие, доминирующие
3. другие ограничивают мою свободу действий; контроль со стороны других нетерпим; я должен делать все по-своему
4. пассивное сопротивление, поверхностное подчинение, избегание правил, уклонение от следования им.

#### *Нарциссическая личность*

1. особенный, уникальный, заслуживает особых правил
2. восхищаются, соблазняемые
3. я лучше других; люди должны служить мне или восхищаться мною; они не имеют права отрицать мои достоинства
4. манипуляции.

#### *Шизоидная личность*

1. самодостаточный, одиночка
2. назойливые
3. мне не нужны другие люди; взаимоотношения с людьми беспорядочны и нежелательны
4. дистанцирование.

#### *Обсессивно-компульсивная личность*

1. дисциплинированный, ответственный, разборчивый, компетентный
2. безответственные, легкомысленные, некомпетентные, потакающие своим желаниям
3. я знаю, как лучше; детали имеют решающее значение; люди должны работать лучше и больше стараться
4. применение правил, перфекционизм, оценка, контроль, использование слова «должен», контроля, наказания.

#### *Параноидная личность*

1. благочестивый, невинный, благородный, уязвимый
2. вмешивающиеся, злобные, дискриминирующие, склонные к злоупотреблению
3. мотивы людей вызывают подозрения; будь начеку; не доверяй
4. настороженность, поиск скрытых мотивов, обвинения, контратака.

#### *Антисоциальная личность*

1. одиночка, независимый, сильный
2. уязвимые, эксплуатирующие, подчиненные
3. другие - это лохи и слизняки; они занимаются эксплуатацией; так как я особенный, я заслуживаю особых правил; я стою над правилами
4. нападение, грабеж, обман, манипуляция, использование других, нарушение правил.

#### *Гистрионная личность*

1. обаятельный, впечатляющий
2. чувствительные, восхищающиеся
3. я могу руководствоваться своими чувствами
4. использование истерик, обаяния; вспышки раздражения, плач; суицидные попытки.

Когнитивные методы терапии пациентов с расстройствами личности включают в себя:

- направляемое открытие, позволяющее пациенту признать стереотипные дисфункциональные паттерны интерпретации

- исследование идиосинкретического значения, поскольку эти пациенты часто интерпретируют свои переживания в необычной или преувеличенной манере
- указание на неточные выводы или искажения, чтобы заставить пациента осознать свою необъективность или неразумность отдельных автоматических паттернов мышления

- совместные эмпирические выводы - работа с пациентом по проверке обоснованности его убеждений, интерпретаций и ожиданий
- исследование объяснений поведения других людей
- шкалирование - перевод преувеличенных интерпретаций в измеряемые величины, чтобы противодействовать обычному дихотомическому мышлению
- » реатрибуция - перераспределение ответственности за действия и результаты
- преднамеренное преувеличение - сведение мысли к крайности, что упрощает ситуацию и облегчает переоценку дисфункционального умозаключения
- исследование преимуществ и недостатков поддержания или изменения убеждений или форм поведения и выяснение первичной и вторичной выгоды
- преодоление катастрофического характера мыслей пациента - предоставление пациенту возможности, во-первых, осознать свою склонность всегда ждать худшего исхода и, во-вторых, противостоять этой склонности.

## Психодинамическая терапия

Психотерапия, проводимая с шизоидными, пограничными и нарциссическими пациентами, особенно трудна и специфична (Аммон, Кернберг, Кохут). Психотерапевт должен обеспечить психологическую безопасность больным этой чрезвычайно хрупкой группы, в конечном счете - интегрировать расщепленные негативные и позитивные аспекты образа Я объектов. Для этого ему следует работать с примитивными защитами (расщепление, проекция, проективная идентификация, всемогущество, девальвация, примитивная идеализация), искаженным восприятием реальности и негативным трансфером. Важнейшее значение имеют эмпатическое сопереживание и точное распределение терапевтических приемов во времени. Следует быть готовым к очень сильным контртрансферным чувствам, которые необходимо сдерживать (контейнировать) и исследовать в интересах пациента. Самое важное в лечении таких больных - это способность психотерапевта понять, сдерживать, интегрировать и, отразив, направить обратно к пациенту его интенсивные и болезненные чувства.

В аналитической группе нарциссических пациентов лучше не уклоняться от идеализированного переноса, чтобы они могли воспитать в себе чувство собственного достоинства. В подобной группе, а также в группе больных с пограничными расстройствами и наркотической зависимостью необходимо, особенно на начальных стадиях терапии, помогать пациентам формулировать мысли (принцип оптимального структурирования). В последнем случае требуется длительный курс терапии без продолжительных перерывов между сессиями, неформальная, доверительная атмосфера, которая позволяет пациентам почувствовать столь необходимую им заботу и нежность. Подобная атмосфера поддержит их потом в моменты преодоления фрустрации, играющей существенную роль в психоаналитическом методе.

Промежуточное положение между классическим групп-анализом, поведенческим и психодраматическим подходами занимает методика **интеракционной психотерапии** (А. Хайгл-Эверс и Ф. Хайгл), разработанная для лечения доэпипловых расстройств. Теоретической основой метода является принцип селективной аутентичности Р. Кон, фокусом терапии - коммуникативное поведение. К техническим новшествам метода относится избирательное (селективное) обращение с реакциями контрпереноса и формирование «принципа ответа» вместо принципа интерпретации. Содержанием работы является установление пациентами связей актуальных конфликтов и их собственных ролей в них с прошлыми ситуациями.

Психотерапевт вначале выполняет контейнерную функцию по Байону, обогащая сообщения каждого пациента собственными ассоциациями. Он действует избирательно, учитывая, что в состоянии воспринять пациент. При этом он подчеркивает свою отдельность как личность и готовность быть объектом для коммуникативных экспериментов, которые пациенту по прежнему опыту представляются опасными. Одновременно терапевт является образцом вербализации коммуникативных переживаний. Постепенно терапевт из роли вспомогательного Я переходит в позицию автономной и равной личности.

## Аналитическая психология Юнга

Юнг рассматривает невроз как остановку на пути саморазвития личности, как неудачную попытку гармонизировать бессознательную и сознательную сферы существования, т. е. обрести свою Самость.

Бессознательная сфера делится на личностную и коллективную. Личностное бессознательное - это поверхностный слой бессознательного, оно приобретает из личного опыта и включает эмоционально окрашенные комплексы, образующие интимную душевную жизнь человека. Коллективное бессознательное - это сверхличное, надиндивидуальное бессознательное, оно включает архетипы.

*Архетипы* Юнг называет «архаические остатки», «первобытные образы», часто наблюдающиеся в сновидениях элементы, не являющиеся индивидуальными и не выводимые из личного опыта сновидца, проявления инстинктов в фантазиях посредством символических образов. Центральным архетипом является Самость - завершенное выражение индивидуальности и одновременно - мира.

*Символ* по Юнгу - это слово или изображение, подразумевающее нечто большее, чем их непосредственное и очевидное значение, которое может быть известно в повседневной жизни, но обладает специфическим дополнительным значением к своему обычному смыслу; термин или изображение, которые ведут нас в области, лежащие за пределами обыденного смысла. Символы проявляются в значении, которое придается тому, что случается как бы само собой с неодушевленными предметами: остановились часы, треснуло зеркало и т. п.

Сновидения по Юнгу - это нормальные психические явления, служащие целям компенсации; они передают бессознательные реакции или спонтанные импульсы сознанию. С помощью сновидений инстинктивные силы, оставаясь вне контроля разума, влияют на его активность. Основная задача сновидений - возратить доисторические «воспоминания» непосредственно на уровень самых примитивных инстинктов. Они могут оповещать о некоторых ситуациях задолго до того, как те произойдут в действительности, предупредить о верной дороге к гибели, научить забытому языку инстинктов, стать попыткой компенсировать какой-либо дефект в жизни сновидца. Символы сновидений выражают то, что человек забыл в бодрствующей жизни, не осознает в отношениях с людьми, неосознанно желает, с чем раньше никогда не сталкивался или не осознавал.

*Комплекс* по Юнгу включает психологические феномены, выделившиеся в отдельные констелляции образов и идей в результате психических травм или каких-либо конфликтов, одновременно не совместимых друг с другом тенденций; подавленные эмоциональные содержания, которые вызывают постоянное душевное напряжение, а порой и симптомы невроза.

Комплекс может отделиться от Эго (главного комплекса в сознании) и присоединиться к *Тени* (главному комплексу в подсознании). Тень служит человеку напоминанием о его беспомощности, она является бессознательной противоположностью того, что человек настойчиво утверждает в своем сознании.

Комплекс может соединиться с активизированным архетипом *Анимой* - другой формой интенсивной подсознательной жизни, которая сводит воедино все проявления бессознательного, примитивных духов, историю языка и религии, является априорным началом настроений, реакций, психической спонтанности.

1-й этап терапии - анализ *Персоны* - наиболее поверхностного архетипа, представляющего коллективное сознание: ролевые модели, нормы. Пациент должен выделить собственные потребности, найти свой способ взаимодействия с внешним миром.

2-й этап - осознание Тени. Когда пациент сталкивается с ней, он переживает тревогу, стыд, в сновидениях видит отвратительных животных, физически или морально неполноценных людей своего пола. Пациент должен принять свою Тень и вступить с ней в диалог. Этот процесс называется *депотенциализацией*, т. е. став видимой, Тень отдает свою стихийную силу разуму.

3-й этап - встреча с Анимой (Анимусом у женщин). Депотенциализация Анимы происходит через проекцию, чаще всего используется метод *амплификации*. Пациенту предлагают сосредоточиться на образе сновидения или фрагменте фантазии и выявить связанную с ними символическую продукцию каким-либо образом: рисование, танец и т. п. Современным вариантом метода амплификации является проективная «игра в песочнице», в которой пациент создает из определенных моделей собственный мир. Метод, как и аналитическая терапия в целом, требует обширных знаний мифологии, религий, искусства.

Развитие человека Юнг понимает как процесс *индивидуации*, сущность которого состоит в дифференциации противоположных состояний личности и их конструктивном синтезе. Людей, обращенных к своему внутреннему миру, Юнг называл *интровертами*, к внешнему - *экстравертами*. Интровертированность обычно свойственна шизоидным и тревожным личностям, экстравертированность - истероидным. В результате терапии экстравертированный человек приобретает интровертированные черты и наоборот. Эмоционально неуравновешенная женщина, овладев своим Анимусом, становится более последовательной и логичной. Освободившаяся в результате депотенциализации архетипов энергия дает творческий импульс, Анима одухотворяется, центром личности вместо Эго становится Самость.

Юнг работал по преимуществу с людьми зрелого возраста, для которых наиболее остро стали экзистенциальные проблемы. Он считал важным видеть в обоих участниках терапевтического процесса и здоровую, и нарушенную часть - отсюда древний образ «раненого целителя». Психотерапевт должен быть более опытным в путешествиях по тропам бессознательного. В этой зоне пациент не может продвинуться дальше проводника. Отсюда требование Юнга о личном анализе аналитика.

*Неоюнгианский* подход (Э. Сэмюэлз и др.) соединил понятия Юнга с кейнзианскими с их акцентом на младенческих переживаниях. Фокус данного подхода сконцентрирован на редуктивной интерпретации сновидений и симптомов и соответственно - на патологии. Тем самым юнгианский анализ стал шире использоваться в терапии садомазохистских расстройств, наркоманий и сексуальных девиаций.

## Голотропная терапия Грофа

В переводе автора это терапия, направленная на восстановление целостности. Она опирается на концепцию Юнга о коллективном бессознательном, которое является источником самоизлечения. Метод сочетает психоанализ с эзотерикой (йога, буддизм).

Гроф выделяет *перинатальную* область психики, в которой сосредоточены переживания и образы смерти и рождения, и *трансперсональную* сферу, включающую духовные, религиозные и мистические переживания.

В перинатальной области находятся «системы конденсированного опыта» - динамические констелляции эмоций, ощущений и восприятий, связанные не только с процессом рождения, но и другими моментами биографии. Переживания смерти и возрождения проявляются в 4 типичных формах - *базовых перинатальных матрицах (БПМ)*. Их специфические эффекты прослеживаются при оживлении пережитых ситуаций физического насилия, жестокого обращения, угроз, разлук, боли и удушья. БМП соотносятся с эрогенными зонами: оральной, анальной, уретральной и фаллической.

БМП-1 в случаях нарушения беременности (будущим пациентом) проявляется тревогой и страхом, видениями демонических сюжетов, состоянием отравленности. В психопатологии ей соответствует парафрения.

БМП-2 отражает начало родов с переживаниями безысходности, пойманное™ в ловушку, с видениями ада, апокалипсиса, мучительными чувствами вины и неполноценности, бессмысленности мира. Матрица соответствует эндогенной депрессии, нигилистическому бреду Котара, алкоголизму, наркоманиям, пептической язве.

БМП-3 связана с продвижением плода по родовым путям. Пациенты переживают смесь невыносимых страданий и экстаза, участвуют в садомазохистских оргиях, испытывают муки Христа и т. п. Родственные психопатологические симптомы - тревожная депрессия, садомазохизм, мужской гомосексуализм, невроз навязчивых состояний, конверсионная и тревожная истерия, импотенция, фригидность.

БМП-4 отражает момент рождения, сопровождается видениями огромных ярко освещенных помещений, чувством спасения, счастья. Соответствует мессианскому бреду, идентификации с Христом, маниакальной симптоматике, женскому гомосексуализму, эксгибиционизму.

В терапии используется гипервентиляция (*пневмокатарсис*) под специальную музыку с ограниченным применением телесного вмешательства. Терапевт (фасилитатор, от англ. *facilitate* - облегчать, содействовать) обеспечивает вначале информирование, релаксацию и медитацию. Групповая сессия проводится в затемненном изолированном помещении лежа на матах. Ситтеры (ассистенты, обычно - новые пациенты) сидят рядом со своим подопечным, соперереживают ему, стимулируют его дыхание с помощью прикосновений. При необходимости они подкладывают подушку, дают пакеты для рвоты, не допускают столкновений участников при их перемещениях. Время сессии - 1,5 - 2 часа. В заключительной части сессии участники обмениваются опытом переживаний, рисуют мандалы (магические фигуры) и анализируют их с помощью фасилитатора. Участие в сессиях противопоказано сердечно-сосудистым больным, беременным и больным эпилепсией.

## Арттерапия

Искусство и литература издавна применялись в психотерапии. Например, чтение Мопассана и Бунина, рассматривание картин Кустодиева и Ренуара могут оживить блеклую чувственность психастеника, больным ипохондрической депрессией помогает музыка Моцарта и Штрауса, на больных циклотимической депрессией хорошо действуют ноктюрны, колыбельные, а больные с глубокой депрессией испытывают облегчение от скорбной музыки.

Кроме такого симптоматического использования, арттерапия может применяться и патогенетически. Так, в *терапии творческим самовыражением Бурно*, предназначенной

прежде всего для тревожных личностей, самопознание как изучение собственных болезненных расстройств, особенностей своей личности наряду с познанием других человеческих характеров происходит в процессе групповых занятий художественным творчеством параллельно с занятиями по типологии характеров. Психотерапевт участвует в группе собственным творчеством, открывая пациентам свою личность, давая образец ее творческого самовыражения и соперереживания при восприятии произведений искусства.

В. Кречмер разработал концепцию своего отца Э. Кречмера о патогенной роли несоответствия уровней биологического и психологического созревания индивида. Например, причиной невроза может явиться противоречие между биологически зрелыми инстинктами и задержавшейся на инфантильном уровне личностью (сексуально зрелый мужчина, играющий роль ребенка по отношению к жене и т. п.). Задача разработанной автором *синтетической терапии* - определить удельный вес таких биологических и социальных факторов в характере и психической патологии данного пациента и выбрать соответствующий метод лечения с акцентом на биологические социальные или психологические средства. Терапевтическое воздействие опирается не столько на простое применение каких-либо технических приемов, сколько на интуицию психотерапевта, творчески использующего богатый арсенал духовных, культуральных и собственно психотерапевтических знаний.

Наряду с упражнениями (физическая и психологическая тренировка, духовная и социальная практика, гипноз и внушение), самопознанием (анализ характерологических проявлений и особенностей) подробно разработаны следующие приемы: свободное фантазирование в бодрствующем состоянии, воспоминание радостных событий, изобразительное творчество, созерцание произведений искусства, музыка, пение, танцы, декламация стихов, разыгрывание драматических произведений (в том числе написанных пациентами).

## Семейная терапия

При лечении детей и подростков с акцентуациями характера эффективна семейная терапия. Она показана в 3 случаях: когда центральное место принадлежит межличностным проблемам в семье; когда проблема ребенка прямо связана с плохим функционированием семьи, имеющей много трудностей и тягот; когда проблемы ребенка закрепляются семьей.

А. И. Захаров, 2000 начинает семейную терапию с выслушивания родителей отдельно от детей. Затем он помогает им осознать связь поведения ребенка с психотравмирующей ситуацией в семье и характерологическими особенностями родителей, в то же время указывает на положительные моменты в семейных отношениях и в личности ребенка как на терапевтическую перспективу. В разворачивающейся далее дискуссии вырабатывается общая точка зрения на причины расстройства, способы его лечения, воспитание ребенка. При этом подчеркивается роль обоих родителей в психотерапии, необходимость тесного сотрудничества с терапевтом. Делается попытка реабилитировать ребенка в глазах родителей, уменьшить излишнюю строгость и принципиальность в отношении родителей к нему, добиться предоставления ему большей самостоятельности и возможностей для эмоциональной разрядки, игр, движений. Обращается внимание на необходимость единства и последовательности в родительских решениях и устранения препятствий для эмоционального контакта ребенка с кем-либо из членов семьи.

Совместная психотерапия больного и родителей осуществляется на последующих встречах, когда обсуждается динамика лечебных изменений и отношений в семье. Открыто рассматриваются семейные конфликты, родители и дети прямо высказывают свои мнения. Психотерапевт, в отличие от родителей, не торопит и не осуждает ребенка, находит у него положительные

качества, одобряет его детскую непосредственность и активность, желание наладить отношения с родителями. Подчеркивается паритетная роль родителей в процессе терапии. Беседа завершается совместной ролевой игрой-импровизацией, тему которой выбирают поочередно ребенок, родители и терапевт. Используется обмен ролями, что дает родителям и детям возможность лучше понять друг друга, овладеть навыками руководства и подчинения, психотерапевт же получает возможность показать родителям образец конструктивного решения конфликта.

### *Клиническая иллюстрация (собственное наблюдение)*

Ц-ская Н.В., 20 лет, находилась в Кризисном стационаре 21 день.

Анамнез. Отец возбудимый, педантичный, жестокий. Родители развелись, когда девочке было 6 лет. Однако мать регулярно отсылала ее к отцу с отчетом об успеваемости, он бил ее за малейшую провинность - как правило, по голове; дочь очень боялась его. Мать внушала дочери отвращение к мужчинам, высокомерие к окружающим, ориентировала на социально-престижные ценности.

Девочка росла капризной, нелюдистой, при обиде громко кричала, рыдала; боялась темноты, смерти, высоты. В 10 лет во время побоев отца, который бил ее головой о стену, потеряла сознание на несколько минут, затем испытывала тошноту, головную боль. После этого возненавидела отца, отказалась встречаться с ним.

До 14 лет состояла на учете у детского психиатра в связи с колебаниями настроения, навязчивым желанием броситься с высоты, устрашающими галлюцинациями при засыпании. Эпизодически испытывала состояние транса, когда появлялось неудержимое желание взлететь; разбегалась и приходила в себя, упав на землю. Была склонна к фантазированию, мистике.

С детства занималась в театральных коллективах. По окончании школы поступила в Щепкинское училище, время проводила в компании студентов, употребляла наркотики, вела беспорядочную половую жизнь, оставила учебу. На следующий год поступила в Щукинское училище. Вступила в связь со студентом, находящимся в конфликте с ее художественным руководителем, который якобы также предлагал ей сожительство и угрожал в случае отказа отчислением из училища.

Тяжело переживала ситуацию, в связи с колебаниями настроения обратилась к психиатру, принимала антидепрессанты. Находясь с возлюбленным на зимних каникулах в Ленинграде, поссорилась с его родителями, приняла 50 таб. amitриптилина, в течение 10 дней находилась в психиатрической больнице.

Вернулась с другом в Москву, подали по ее настоянию заявление в загс о регистрации брака, готовилась к свадьбе/Против ее брака категорически воспротивился ее художественный руководитель, в связи с этим вскрыла вены на левом предплечье, по инициативе жениха обратилась к суицидологу в КСПП (кабинет социально-психологической помощи в районной поликлинике), получила направление в Кризисный стационар, однако отложила госпитализацию.

Принимала транквилизаторы с недостаточным эффектом. Тяготилась необходимостью посещать занятия в училище, боялась встреч без свидетелей с художественным руководителем, ссорилась по пустякам с окружающими, устраивала сцены ревности жениху. После очередной ссоры с ним приняла 20 таб. тазепама, в течение недели находилась в ПСО (психосоматическом отделении) городской больницы № 1. После выписки по настоянию художественного руководителя вновь обратилась в КСПП и была госпитализирована.

Соматическое состояние. Рубец от пореза на коже левого предплечья. В остальном без явной патологии.

Неврологически. Кожная чувствительность повышена, сухожильные рефлексы равномерно оживлены, грубой очаговой симптоматики не выявлено.

Психическое состояние. При поступлении формальна, недоверчива, малодоступна, погружена в свои переживания. Неохотно соглашается на беседу, держится вызывающе. Крайне обидчива, склонна к самовзвинчиванию, при малейшем недовольстве раздражается взрывом гнева, угрожает самоубийством. Выдвигает нереальные условия, на которых она согласна находиться в стационаре. При отказе врача выполнить эти условия с громкими проклятиями, нецензурной бранью порывается бежать из кабинета. С большим трудом, после инъекции 3,0 мл реланиума внутримышечно успокаивается, дает согласие на стационарное лечение.

Свое суицидальное поведение пытается оправдать тем, что не хочет «просто стать знаменитостью» мечтает быть «гениальной», но для этого ей нужна столичная сцена, а из-за конфликта с «этим ничтожеством» (художественным руководителем) она может лишиться этой возможности. Не может смириться с «грязью жизни», подлостью людей.

Суждения инфантильные, оторваны от реальности, не соответствуют поведению пациентки. Уходит от обсуждения данного противоречия в рассуждательство. Уровень притязаний резко завышен, все свои неудачи объясняет неблагоприятными обстоятельствами, поступками окружающих. Коррекция практически невозможна из-за низкого уровня рефлексии, выраженной аффективной ригидности, оппозиционной, антиавторитарной установки пациентки.

Психологическое обследование. Во время обследования испытываемая манерна, стремится произвести благоприятное впечатление. Претендует на своеобразие, оригинальность, демонстрирует утонченность и красоту своего внутреннего мира. Бравирует социальной неадекватностью, неприспособленностью к бытовым условиям, отсутствием у себя земных интересов («Ассоль»).

Интеллект испытываемой среднего уровня, мышление конформное, образное, оно ведется на аффективной основе. В мышлении испытываемой присутствует эстетический критерий, практически полностью подчиняющий логический. В сочетании с присущей испытываемой высокой демонстративностью это приводит к тому, что интеллектуальная переработка информации либо не производится, либо вообще (заменяясь эмоциональной) отсутствует, либо является неполноценной. Интеллектуальная сфера испытываемой испытывает сильнейшее дезорганизирующее влияние со стороны эмоциональной. Процесс обобщения ведется испытываемой по внешним (зачастую чисто субъективным) признакам. Так же производится образование понятий, классификация. Таким образом, испытываемая не использует даже наличный интеллектуальный потенциал, работая ниже доступного ей уровня.

Ведущая сфера испытываемой - аффективная. Эмоции испытываемой слабо дифференцированы, отличаются дихотомичностью и чрезвычайной силой, все переживания идут на максимальной интенсивности. Этому способствуют присущие испытываемой механизмы самовзвинчивания и драматизации, демонстративности. Аффективные проявления отличаются также ригидностью, плохой переключаемостью.

Испытываемая инфантильна, эгоцентрична, агрессивна. Она отличается большим честолюбием, неадекватно завышенным уровнем притязаний. Высокой неустойчивой самооценкой. Испытываемая некритична к себе, к замечаниям относится с негативизмом, не делает из них выводов. Прошлые ошибки не учитываются и не вносят коррекции в ее поведение, оценку себя и своих действий. Вместе с тем испытываемая крайне ранима, испытывает сильную потребность в одобрении, восхищении.

Крайне неуспешной представляется сфера контактов испытываемой. Это объясняется как ее личностными особенностями, так и ее установками в сфере общения. Сильно «портят»

контакты такие черты испытуемой, как высокомерие, эгоцентризм, конфликтность, нетерпимость, неумение и нежелание понять партнера, неспособность к компромиссам. Сложности в области контактов усиливаются негативизмом испытуемой, недружелюбным отношением к людям. С лицами своего пола испытуемая вступает в конкурентные отношения. К лицам противоположного пола предъявляет противоречивые требования: одновременно стремится занять главенствующее положение и защищаемое, оберегаемое. В результате контакты испытуемой оказываются конфликтными, формальными, неустойчивыми. Такое положение воспринимается крайне болезненно, во-первых, из-за высокой потребности в эмоциональной поддержке, во-вторых, из-за наличия у нее рентных установок. Плохое отношение к окружающим делает затруднительным поиск у них помощи и защиты. В своих неудачах испытуемая обвиняет только окружающих, полагает, что в силу недостаточной тонкости они не способны по достоинству оценить ее.

Самооправдание испытуемой облегчается наличием у нее сильно развитой системы психологической защиты. Для испытуемой характерны такие механизмы, как вытеснение, защитное фантазирование, рационализация, сублимация.

Представляет интерес особенность ценностной системы испытуемой. Как наиболее значимые декларируются духовные ценности. Вместе с тем реально действующей является система материальных ценностей, что самой испытуемой не осознается. Система духовных ценностей является дополнительной, необходимой для самопринятия испытуемой. Такая структура приводит к тому, что испытуемая стремится к достижениям, внутренне не являющимся для нее актуальными, отвергая внутренне значимые как несущественные.

Не осознавая причины собственной несостоятельности, испытуемая понимает и переживает неуспешность своей позиции, страдает от невозможности добиться желаемого. Суицидальный риск представляется весьма значительным.

Заключение. Суицидоопасная реакция у пограничной личности с чертами истероидности, постсуицидальный период, тенденция к хроническому суицидальному поведению.

Лечение. Амитриптилин 25 мг в/веч., соналакс 10 мг 3 р. в день, феназепам 0,5 мг дн. и 1 мг в/веч., реланиум 2,0 мл в/м н/н; групповая психотерапия.

В процессе лечения в первые дни отмечались выраженные колебания настроения, преимущественно с дисфорической модальностью аффекта, в ответ на незначительные неблагоприятные изменения актуальной ситуации. Тяготилась пребыванием в стационаре, скучала по возлюбленному, который отказался от встреч с нею и лечащим врачом. После беседы врача с художественным руководителем актуальность травмирующей ситуации снизилась, перестала опасаться исключения из училища.

Стремилась постоянно быть в центре внимания молодых мужчин, конфликтовала с пациентами палаты и медицинским персоналом из-за несоблюдения ею больничного режима, претендовала на особые условия для себя. Самовольно отлучалась из отделения, возвращалась поздно ночью, мотивируя это необходимостью бывать на спектаклях, пропускала групповые занятия. Лекарства принимала нерегулярно, копила их, не скрывая этого, «на случай самоубийства». Отмечалась выраженная склонность к псевдологии. После обострения конфликта в палате настаивала на выписке, угрожая в противном случае выбраться с 7 этажа. В ответ на предложенный перевод в психиатрическую больницу пообещала не нарушать больше режима.

Действительно, поведение стало более упорядоченным, прекратились суицидальные угрозы, стала мягче, получала поддержку со стороны участников группы, была им очень благодарна за это: «Первый раз, что меня поняли». Выровнялось настроение, считала свое пребывание в больнице больше ненужным, обещала принимать поддерживающую терапию амбула-

торно под наблюдением суицидолога районного ПНД (психоневрологического диспансера), куда была направлена выписка из истории болезни.

Катамнез: два года. После выписки из Кризисного стационара находилась летом со студентами училища на сельскохозяйственных работах, вступила в конфликт с администрацией, пыталась отравиться лекарствами, была стационарирована в реанимационное отделение ЦРБ (Центральной районной больницы). После этого ее жених отказался вступать с ней в брак, предложил сожительство, на что она согласилась. Конфликт с художественным руководителем также разрешился, увлеклась учебой, успешно снялась в фильме. Во время катамнестического наблюдения неохотно вспоминает суицидальные эпизоды, уходит от обсуждения своих трудностей, подчеркивает свои достижения.

Анализ наблюдения. Личность пациентки формировалась в условиях межродительского конфликта; свойственная пациентке с раннего детства аффективная возбудимость была усилена психотравмирующими воздействиями жестокого отца, а также неоднократными травмами головы.

Суицидальное поведение пациентки связано с актуальной для нее ситуацией, в результате которой оказались одновременно фрустрированными обе ведущие потребности пациентки: социально-престижная и интимно-личная. Суицидальные попытки возникали по механизму трансформации гетероагрессии в аутоагрессию. Личностный смысл суицидального поведения определяется как протест, месть, призыв на помощь; постсуицид следует квалифицировать как аналитический (негативное отношение к попытке с сохранением актуальности конфликта).

Повторные попытки самоубийства объясняются неразрешенностью для пациентки актуальной ситуации, с ее разрешением тенденция к хроническому суицидальному поведению больше не проявляется, что позволяет расценить ее суицидоопасные реакции как ситуационные.

Выраженная оппозиционность, антиавторитарность пациентки обусловили выбор групповой формы кризисной психотерапии. Кризисная группа обеспечила пациентке столь необходимую ей эмоциональную поддержку, подкрепила ее неустойчивую самооценку. К сожалению, неадаптивные проявления личности в коммуникативной сфере не позволили пациентке в полной мере использовать возможности групповой кризисной психотерапии; суицидальные тенденции на момент ее выписки оставались достаточно актуальными и вскоре реализовались. В то же время изменявшаяся позиция пациентки в конфликте помогла ей разрешить травмирующую ситуацию, что можно поставить в связь с проведенной терапией.

Как показало катамнестическое наблюдение, несмотря на сохранение патологической структуры личности, у пациентки наблюдалось определенное повышение уровня социально-психологической адаптации с достижением успехов в учебно-профессиональной сфере и формированием адекватной ее возможностям позиции в интимно-личной сфере.

## Тесты

Ъ 1. Для личностных расстройств характерно:

- А. это легкие расстройства, которые быстро улучшаются при лечении
- Б. приводят к незначительным расстройствам адаптации
- В. редко причиняют субъективные страдания
- Г. обычно проявляются к подростковому возрасту
- Д. часто имеют ремиссии до 1 года.

% 2. Психотерапия личностных расстройств затрудняется тем, что характерологические особенности обычно:

- А. эгодистонические

- Б. эгосинтонические
  - В. не связаны с конфликтом
  - Г. трудно идентифицировать
  - Д. не распознаются значимыми в жизни пациента лицами.
3. *Какими из следующих утверждений может быть описано агрессивное поведение:*
- А. оно обычно проявляется у лиц, подвергшихся насилию в прошлом
  - Б. оно может быть уменьшено с помощью индивидуальной и семейной психотерапии
  - В. оно часто связано с алкогольной интоксикацией
  - Г. его возникновение может быть предсказано при тщательной оценке склонных к насилию лиц.
4. *Больные с параноидальным расстройством личности:*
- А. обычно также страдают паранойей
  - Б. имеют предрасположенность к развитию шизофрении
  - В. часто проявляют сверхценную заботу о слабых и беззащитных
  - Г. обычно ведут себя спокойно и скромно
  - Д. часто склонны к сутяжничеству.
5. *Шизоидное расстройство личности отличается от шизотипического расстройства личности:*
- А. отсутствием близких отношений и друзей
  - Б. сдержанным аффектом
  - В. избеганием социальных ситуаций
  - Г. отсутствием нелепостей в поведении.
6. *Все следующие утверждения по поводу пациентов с шизотипическим расстройством личности правильны, кроме:*
- А. у них часто отмечается необычное мышление
  - Б. они часто эксцентричны в поведении
  - В. становясь старше, они часто заболевают шизофренией
  - Д. их манера общения часто необычна.
- 7-11. *Подберите правильные определения:*
- А. шизоидное расстройство личности
  - Б. уклоняющееся расстройство личности
  - В. оба
  - Г. ни одно.
7. *Чрезмерная чувствительность к отвержению.*
8. *Незначительное количество личностных привязанностей.*
9. *Отсутствие теплых, нежных чувств к другим.*
10. *Обычно наличие эксцентричности в речи и поведении.*
11. *Низкая самооценка.*
12. *Все следующие утверждения по поводу лиц с уклоняющимся расстройством личности правильны, кроме:*
- А. они обычно кажутся спокойными при беседе с психиатром
  - Б. они всегда жаждут привязанности и готовы угодить
  - В. они требуют безусловного принятия, прежде чем вступить в отношения
  - Г. в своей работе они обычно стараются не брать на себя ответственности
  - Д. они чрезвычайно чувствительны к неприятию и неверно трактуют социальные взаимодействия.

413. *Правильные утверждения по поводу антисоциального расстройства личности включают следующее, кроме:*

- А. оно чаще диагностируется у мужчин
- Б. симптомы часто начинают появляться в детском возрасте
- В. обычные симптомы включают насилие и проблемы на работе
- Г. оно определяется у большого числа заключенных
- Д. большинство страдающих им совершают серьезные преступления.

14. *Какие из следующих поведенческих особенностей характерны для лиц с антисоциальным расстройством личности:*

- А. производят впечатление умных при психиатрическом исследовании
- Б. объясняют свое поведение благовидными соображениями
- В. выравниваются к среднему возрасту
- Г. реагируют на короткий курс психотерапии, устанавливающей границы допустимого.

15. *Обсессивно-компульсивное расстройство личности следует дифференцировать со следующими состояниями, кроме:*

- А. депрессии
- Б. тревожных расстройств
- В. фобий
- Г. шизофрении
- Д. импульсивного расстройства.

\* 16. *Всё ниже следующее связано с нарциссическим расстройством личности, кроме:*

- А. выраженной эмпатии
- Б. фантазий на тему величия
- В. сознания исключительности
- Г. манипулятивного поведения
- Д. переоценки собственного «Я».

17. *Капризная и требовательная 25-летняя женщина обращается к психотерапевту, заявляя, что ей скучно и она в отчаянии. У нее в анамнезе на протяжении 5 или 6 лет отмечаются эпизодические короткие вспышки тревоги и депрессии, несколько демонстративных суицидальных попыток, импульсивное и защитное поведение и беспорядочные половые связи. Она думает, что, может быть, она лесбиянка, хотя большинство ее половых связей было с мужчинами. Она резко обрывала две предшествующие попытки психотерапии, когда сталкивалась с нежеланием терапевта выписать ей анксиолитики. Исследование психического состояния показало, что она правильно воспринимает реальность. Наиболее вероятно, что у нее имеется следующее расстройство личности:*

- А. параноидальное
- Б. истероидное
- В. антисоциальное
- Г. пофаничное
- Д. шизотипическое.

### Ответы

1. Правильный ответ Г. Личностные расстройства являются укоренившимися, заостренными типами восприятия, образа мыслей и отношения к миру. В типичных случаях они

приводят к стрессу и конфликтам в отношениях, а также нарушению общей адаптации. Основные личностные черты, характерные для расстройств личности, главным образом, распознаются в подростковом возрасте или раньше и обычно сохраняются на протяжении практически всей жизни.

2. Правильный ответ Б. При расстройствах личности характерологические черты обычно эгосинтонические. Это означает, что они редко приводят к субъективным страданиям пациента, что снижает мотивацию изменить себя. Невротическая симптоматика, напротив, переживается как нежелательное «инородное тело». Характерологические особенности пациента часто вызывают страдания у тех, кто вынужден жить с ним. Личностные особенности формируются, как и невротические симптомы, под действием отношений и конфликтов в ходе развития. Они становятся частью стиля жизни пациента и его отношения к окружающим.

3. Правильные ответы А, Б, В. Агрессивное поведение, особенно импульсивное и иррациональное, часто встречается при психических заболеваниях. Лица, склонные к насилию, обычно относятся к культуральным слоям, где поощряется насилие, или воспитывались в семьях, где насилие является обычным. Лица в состоянии интоксикации часто преувеличивают враждебность окружающих и не могут правильно оценить последствий актов насилия. Повторные исследования показали высокую корреляцию между алкогольной интоксикацией и агрессивным поведением. Индивидуальная или семейная терапия может помочь разрешить конфликты и изменить рисунок поведения, который приводит к вспышкам агрессивности. Хотя предшествующие эпизоды агрессивного поведения наряду с другими факторами увеличивают вероятность насилия, возникновение агрессивного поведения трудно предсказать. Психиатры часто не в состоянии точно предсказать, способен ли человек совершить акт насилия, и имеют тенденцию в значительной степени преувеличивать вероятность агрессивных действий.

4. Правильный ответ Д. Для лиц с параноидальным расстройством личности характерна подозрительность к окружающим и чрезвычайная чувствительность к любой потенциальной угрозе или несправедливости. Они часто ищут скрытые мотивы или намеки, презирают слабых и очень чувствительны к проявлению силы и доминирования. Они очень щепетильны в вопросах морали или прав личности и могут сутяжничать. Процент страдающих этим расстройством, у которых в дальнейшем развивается шизофрения, неизвестен, но для них шизофрения и паранойя не являются типичными исходами.

5. Правильный ответ Г. При шизотипическом расстройстве личности отмечается не только недостаточность межличностных отношений, но и особенности мышления, внешности и поведения, начиная с молодого возраста. Эти особенности, эксцентричность и искажения восприятия не являются характерными для шизоидного расстройства личности. При обоих состояниях может отмечаться сдержанный аффект, но при шизотипическом расстройстве личности аффект также может быть неадекватным. Лица с обоими расстройствами не имеют близких отношений с другими людьми и чувствуют дискомфорт в социальных ситуациях.

6. Правильный ответ В. Причудливый, необычный и эксцентричный - этими словами наиболее часто описывают людей с шизотипическим расстройством личности. Это включает манеру их речи, мышление, внешний вид и способ общения с окружающими. Содержание их мышления может включать параноидную подозрительность и идеи отношения (но не бредового характера), а также странные или фантастические убеждения или фантазии (но не галлюцинации или инкогерентность - бессвязность мышления). У них редко есть близкие друзья, и они испытывают выраженную тревогу в социальных ситуациях. Шизотипическое расстройство личности отличается от шизофрении тем, что при этом состоянии отсутствуют периоды психоза любой протяженности или стойкие психотические симптомы. Считается, что это расстрой-

ство чаще встречается среди биологических родственников больных шизофренией первой степени родства по сравнению с общей популяцией.

7-11. Правильные ответы 7-Б, 8-В, 9-А, 10-Г, 11-Б. Пациенты с уклоняющимся и шизоидным расстройством личности имеют общую черту, заключающуюся в малом числе близких личностных привязанностей. Однако в то время как шизоидная личность является эмоционально холодной и отличается отсутствием теплых чувств к людям и безразличием к оценке и критике, уклоняющаяся личность повышено чувствительна к отвержению и жаждет внимания и принятия, но не хочет вступать в отношения из страха быть отвергнутой. Не характерна эксцентричность речи или поведения, что наблюдается при шизотипическом расстройстве личности. Несмотря на то, что ни у уклоняющейся, ни у шизоидной личности не бывает большого количества близких личностных отношений, уклоняющаяся личность субъективно испытывает больше страданий, чем шизоидная личность. Это - ключевая дифференциальная черта.

12. Правильный ответ А. У лиц с уклоняющимся расстройством личности отмечается тревога, во время беседы с психиатром часто очень сильная. В типичных случаях они готовы угодить, но чрезмерно чувствительны к выражению неприятия. Несмотря на низкую самооценку и избегание риска, эти личности жаждут, почти отчаянно, быть в общем социальном и профессиональном потоке. Однако обычно их отношения нарушаются в связи с их исключительной чувствительностью к неприятию, и они тянутся к работе в тени. Альянс с психотерапевтом и тренировка чувства уверенности могут быть полезными для страдающих уклоняющимся расстройством личности.

13. Правильный ответ Д. Антисоциальное расстройство чаще диагностируется у мужчин. Предшествующие поведенческие нарушения обычно появляются в детском или подростковом возрасте. Наиболее частые симптомы включают злоупотребление психоактивными веществами, склонность к насилию и проблемы, связанные с работой, семьей, и сексуальные проблемы. Хотя антисоциальные личности составляют большой процент заключенных, лишь малая часть лиц с этим расстройством совершает тяжкие преступления. Иногда это расстройство сглаживается к среднему возрасту.

14. Правильные ответы А, В. Люди с антисоциальным расстройством личности часто яркие, поверхностно располагающие и способные к манипулированию. Кроме того, они представляются достаточно умными. Однако в типичных случаях аффект не соответствует поведению - они часто представляют благовидную рационализацию своих действий. Антисоциальное поведение часто наблюдается у подростков и молодых взрослых с дальнейшим снижением его распространенности. Тем не менее до 1/3 лиц с антисоциальным расстройством личности становятся алкоголиками. Терапия, которая обычно включает длительное, повторное установление допустимых границ, часто осложняется тем, что «спасительные», наилучшие побуждения постоянно избавляют этих людей от трудностей и позволяют им вернуться на свой антисоциальный путь.

15. Правильный ответ Д. Обсессивно-компульсивные черты личности могут быть связаны с несколькими психическими расстройствами. Они встречаются при депрессивных, а также при фобических расстройствах. Увеличение количества навязчивых мыслей и компульсивных действий могут свидетельствовать о начале шизофрении. Обсессивно-компульсивные личности осторожны, с повышенным контролем и выделяются тревожностью, в отличие от лиц с импульсивным расстройством.

16. Правильный ответ А. Все перечисленные характеристики обнаруживаются у нарциссических личностей, кроме эмпатии. Пациенты с этим расстройством отличаются отсутствием эмпатии и не учитывают чувств окружающих. Это связано с огромным чувством собственной



значимости и сознанием исключительности. В результате их отношения становятся эгоцентрическими и поверхностными.

17. Правильный ответ Г. Анамнез и объективные данные являются классическими для пограничного расстройства личности. Эти пациенты характеризуются нестабильностью аффекта, отношений и самооценки, начиная с молодого возраста. Их поведение часто импульсивно и аутоагрессивно, их сексуальное поведение хаотическое, сексуальная ориентация неопределенная, гнев бывает сильным и часто подвергается отреагированию. Обычны повторные суицидальные демонстрации или попытки. Перепады настроения и тревога могут длиться от нескольких часов до нескольких дней. Больные часто описывают хроническую скуку и чувство опустошенности.

### Рекомендуемая литература

- Аналитическая психология и психотерапия. - СПб., 2001.  
Бек А., Фримен А. (ред.) Когнитивная психотерапия расстройств личности. - СПб., 2002.  
Ганнушкин П.Б. Избранные труды. - Рост. н/Д, 1998.  
Гикдикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. - М., 1999.  
Гроф С. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. - М., 1992.  
Гроф С. и др. Практика холотропного дыхания. - М., 2001.  
Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. - М., 2000.  
КохугХ. Восстановление самости. Пер. с англ. - М., 2002.  
Леонгард К. Акцентуированные личности. Пер. с нем. - Рост. н/Д., 1997.  
Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - 2-е изд. - Л., 1983.  
Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Пер. с англ. - М., 1998.  
Райх В. Характероанализ: Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков. Пер. с нем. и англ. - М., 1999.  
Самосознание и защитные механизмы личности: Хрестоматия. - Самара, 2000.  
Соколова Е.Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях: Учебное пособие. - М., 1995.  
Соколова Е.Т., Чепельницкая Е.П. Психология нарциссизма: Учебное пособие. М., 2001.  
Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. Пер. с англ. и нем. - М., 1999. Т. 1-2.  
Фрейд З. Некоторые типы характеров из психоаналитической практики // З. Фрейд и психоанализ в России. - М. - Воронеж, 2000. - С. 201-225.  
Эрикссон Э. Идентичность: юность и кризис. Пер. с англ. - М., 1996.  
Юнг К. Психологические типы. Пер. с нем. - М. - СПб., 2001. - 736 с.

### Дополнительная литература

- Адлер Г. Лекции по аналитической психологии. Пер. с нем. - М., 1996.  
Айхорн А. Трудный подросток. Пер. с англ. - М., 2001.  
Александров А.А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. - СПб., 2000.  
Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. - 2-е изд. - М., 1997.  
Аммон Г. Динамическая психиатрия. - СПб., 1995.  
Байярд Р.Т., Байярд Д. Ваш беспокойный подросток: Практическое руководство для отчаявшихся родителей. Пер. с англ.-М., 1991.  
Барц Э. Игра в глубокое: Введение в юнгианскую психодраму. Пер. с нем. - М., 1997.  
Бондаренко А.Ф. Социальная психотерапия личности (психосемантический подход). К., 1991.  
Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. - М., 2000.

- Бурно М.Е. О пациентах-психотерапевтах в терапии творческим самовыражением. // Моск. психотер. журн., 1992. - №2. - С. 89-104.  
Бурно М.Е. Психотерапия «сомневающейся» ипохондрии // Моск. психотер. журн., 1994. - № 1.  
Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. - М. - Екатеринбург., 1999.  
Буянов М.И. Ленин, Сталин и психиатрия. - М., 1993.  
Валь Г. Теория нарциссизма// Ключевые понятия психоанализа. Пер. с нем. - СПб., 2001.  
Валков В.Т. и др. Личность пациента и болезнь. - Томск, 1995.  
Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. - М., 1997.  
Гиндикин В.Я. Психиатрия для клинических психологов и психотерапевтов. - М., 2001.  
Гловер Э. Фрейд или Юнг. Пер. с англ. - СПб., 1999.  
Гройсман А.Л. Медицинская психология: Лекции для врачей - слушателей курсов последипломного образования.-М., 1998.  
Гроф Ст. Надличностное видение: целительные возможности необычных состояний сознания // Моск. психотер. журн., 2001. - №3.-С. 11-36.  
Гроф С. Путешествие в поисках себя. Пер. с англ. - М., 1994.  
Гроф С., Гроф К. (ред.) Духовный кризис: Когда преобразование личности становится кризисом. Пер. сангл. - М., 2000.  
Грушевский Н.П. О психотерапевтическом поведении с соматическими пациентами в зависимости от их характерологических особенностей // Моск. психотер. журн., 1994. - № 4.  
Гугенбуль-Крайг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине. Пер. с нем. - СПб., 1997.  
Джонсон К. Введение в ребефинг. - М., 2001.  
Джонсон Ст. Психотерапия характера. - М., 2001.  
Дикманн Х. Методы в аналитической психологии. Пер. с англ. - М., 2001.  
Завьялов В.Ю. Музыкальная релаксационная терапия. Практическое руководство. - Новосибир., 1995.  
Зайдлер Г.Х. Клинические аспекты деструктивных сторон нарциссизма // Моск. психотер. журн., 1997. - № 2. - С. 25-37.  
Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. - М., 2000.  
Зимин В.А. Эдип и Нарцисс: к вопросу о комплементарное™ конфликта и дефицита // Журн. практич. психолога, 2001. - № 1 -2. - С. 147-161.  
Золотухина О.Н., Кондаков В.С. Художественная психопатология. - Ижевск, 2000.  
Кадыров И.М. О невротических и психопатических аспектах личности и их взаимодействии в психоаналитической психотерапии // Моск. психотер. журн., 1996. - № 2. - С. 26-53.  
Калина Н.Ф., Тимошук И.Г. Основы юнгианского анализа сновидений. - М., 1997.  
Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа. Пер. с англ. - М., 2001.  
Кембриджское руководство по аналитической психологии. Пер. с англ. - М., 2000.  
Кернберг О. Пограничная организация личности //Антология современного психоанализа. Т. 1. - М., 2000. - С. 349-381.  
Киршбаум Э.И., Еремеева А. И. Психологическая защита. - 2-е изд. - М., 2000.  
Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников. Пер. с англ. - СПб., 1997.  
Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка // Психоанализ в развитии: Сб. переводов. - Екатеринбург., 1998. - С. 59-107.  
Копытин А. И. (ред.) Практикум по арттерапии. - СПб., 2000.  
Копытан А. И. Системная арттерапия. - СПб., 2001.  
Копытин А. И. Теория и практика арттерапии. - СПб., 2002.  
Кохут Х. Психоаналитическое лечение нарциссических расстройств личности: опыт систематического подхода. //Антология современного психоанализа. Т. 1. - М., 2000. - С. 409-429.  
Кравченко А.С. Нарцисс и его отражение // Моск. психотер. журн., 2001. - № 2. - С. 96-113.  
Купер П. Любовь, ненависть, зависть. Психоанализ страстей. Пер. с нем. - СПб., 1998.  
Кэджьюсон Х., Шеффер Ч. (ред.). Практикум по игровой психотерапии. - СПб., 2000.  
ЛаканЖ. Семинары. Книга2. «Я»втеог>1иФрейд>автехникепсихоанализа(1954/55гг.). Пер. сфр. - М., 1999.  
Личко А. Е. Подростковая психиатрия. - 2-е изд. - Л., 1985.

Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера. Пер. с англ. - М., 1996.  
Магомед-Эминов М.Ш. Трансформация личности. - М., 1998.  
Майков В. В., Петрова А.В. Пневмосинтез: путь к интеграции // Метод, руководство. М., 1989.  
Маслоу А.Г. Мотивация и личность. Пер. с англ. - СПб., 1999.  
Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практ. руководство. - М., 1998.  
Менегетти А. Музыка души. Введение в онтогенетическую музыкотерапию. Пер. с ит. - СПб., 1992.  
Моаканин Р. Психология Юнга и тибетский буддизм: Западный и восточный пути к сердцу. Пер. с англ. - Томск, 1993.  
Мэй Р. Смысл тревоги. Пер. с англ. - М., 2001.  
Назлюян Г.М. Зеркальный двойник. Утрата и отражение. Психотерапия методом скульптурного портретоведения. - М., 1994.  
Немеринский О.В. Личностный рост в терапевтической группе. - М., 1999.  
Нолл Р. Арийский Христос. Тайная жизнь Карла Юнга. Пер. с англ. - М., 1998.  
Остер Дж., Гоулд П. Рисунок в психотерапии. Методическое пособие. Пер. с англ. - М., 2000.  
Парк К. Социальное развитие аутиста: глазами родителя // Моск. психотер. журн., 1994. - № 2.  
Патологические формы девиантного поведения у подростков (психиатрический и наркологический аспекты). Сб. ст.-М., 1991.  
Петрова Е.Ю. Психологические типы Юнга. Методические материалы к тренингу индивидуального стиля с применением опросника Кейси и Практикума. - СПб., 1997.  
Платаниа Д. Юнг для начинающих. Пер. с англ. - М., 1998.  
Попов Ю.В. Концепции саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности // Обозр. психиат. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1994. - № 1.С. 6-13.  
Пордер М. Клиническое рассмотрение пограничного пациента // Журн. практич. психолога, 2001. - № 1 -2 - С. 162-169.  
Потапов С.А., Якубова А.В. Агрессивность, аутоагрессивность и виктимность при некоторых психических расстройствах и их психоаналитическая трактовка // Росс. психоан. вестн. 1993-1994 -№3-4 - С. 64-70.  
Пошан Т., Дюма К. Абрахам Маслоу и Хайнц Кохут: сравнение // Иностр. психол., 1993. - № 1. - Т.1. - С 18-27.  
Пухова Т.И. «Ф» - последняя буква: Случай аффективного и мотивационного расстройства личности // Журн. практич. психолога, 1999. - № 5-6. - С. 219-228.  
Раис Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. - 8-е изд. Пер. с англ. - СПб., 2000.  
Райх В. Анализ личности. Пер. сангл. - М.-СПб., 1995.  
Ранкур-Лаферрьер Д. Психика Сталина. Психоаналитическое исследование. - М., 1996.  
Рихартц М. Пубертатный и подростковый кризисы // Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Пер. с нем. - М., 1999.-С. 81-84.  
Ромашкевич М.В. Детоубийство и нарциссизм // Росс. психоан. вестн., 1993-1994. - № 3-4. - С. 39-51.  
Рэй С. Ребефинг и аффирмации любви. - М., 2001.  
Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии. Пер. сангл. - М.-СПб., 1999.  
Самуэльс Э. Юнг и постюнгианцы. Курс юнгианского психоанализа. Пер. с англ. - М., 1997.  
Снегирева Т.В. Кража // Моск. психотер. журн., 1996. - № 1. - С.73-94.  
Современные проблемы пограничных и аддитивных состояний. - Томск, 1996.  
Соколова Е.Т., Чепельницкая Е.П. Моделирование стратегий психотерапевтического общения при патологических внутренних диалогах // Моск. психотер. журн., 2001. - № 1. - С. 102-121.  
Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. - М., 1996.  
Спиваковская А. И. Психотерапия: игра, детство, семья. - 1-2 т. - М., 2000.  
Столору Р. и др. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. Пер. с англ. - М., 1999.  
Сэмьюэлз Э и др. Критический словарь аналитической психологии К.Г. Юнга. Пер. сангл. - М., 1994.  
Сэндлер Дж. Внутреннее чувство безопасности и его значение // Антология современного психоанализа. Т. 1. М., 2000.-С. 336-342.  
Тайсон Р., Тайсон Ф. Психоаналитические теории развития. Пер. сангл. - Екатеринбург., 1998.  
Топорова Л.В. Творчество Мелани Кляйн. - СПб., 2001.  
Тэхэ В. Психика и ее лечение: Психоаналитический подход. Пер. с англ. - М., 2001.

Уотс А. Психотерапия. Восток и Запад. Пер. с англ. - Льв., 1997.  
урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство. Пер. с англ. - М., 1992.  
Усков А. Извращенность: проблема личности и общества // Моск. психотер. журн., № 4.  
Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. -2-е изд. - М., 1987.  
Франк В. Человек в поисках смысла. Пер. с англ. и нем. - М., 1990.  
Франки Дж. Незведанное Я. Пер. с англ. - М., 1998.  
Франц М.-Л. фон. Прорицание и синхрония. Психология значимого случая. Пер. с англ. - СПб., 1998.  
Фрейд З. Характер и анальная эротика // З. Фрейд и психоанализ в России. М.-Воронеж, 2000.  
Фрейджер Р., Фейдмен Д. Личность: теории, эксперименты, упражнения. - СПб., 2001.  
Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. - СПб., 1999.  
Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности™. Пер. с нем. и англ. - М., 1994.  
Фейдмен Дж., Фрейгер Р. Теория и практика лично-ориентированной психологии. Методика персонального и социального роста. - М., 1996.  
Хайкин К. Художественное творчество глазами врача. - СПб., 1992.  
Хензелер Х. Теория нарциссизма // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. - М., 1998. - С. 463-482.  
Хилманн Дж. Архетипическая психология. Пер. с англ. - СПб., 1997.  
Хилманн Дж. Исцеляющий вымысел. Пер. с англ. - СПб., 1997.  
Холл Дж. Юнгианское толкование сновидений. Практическое руководство. - СПб., 1996.  
Хрестоматия по глубинной психологии. Пер. с англ. Вып. 1. - М., 1996. Вып. 2. - М., 1997.  
Хьелл Л., Зинглер Д. Теории личности (основные положения, исследования и применение). Пер. с англ. - СПб., 1999.  
Цапкин В.Н. Личность как группа - группа как личность // Моск. психотер. журн., 1994. - № 4.  
Чепельницкая Е.П. Психология нарциссизма // Клин. психол. и психотер., 1999. - № 1.  
Чешир Н., Томе Г. Реабилитация Я // Моск. психотер. журн., 1996. - № 4. - С. 23-47.  
Чиж В.Ф. Болезнь Н.В. Гоголя: Записки психиатра. - М., 2001.  
Шаро Д. Типы личности. Юнговская типологическая модель. - СПб., 1996.  
Шаттклоэр Г. Рисунок и образ в гештальттерапии. Пер. с нем. - СПб., 2001.  
Шефер Ч., Кэри Л. Игровая семейная психотерапия. Пер. с англ. - СПб., 2001.  
Штейнберг У. Круг внимания. Клинические аспекты юнгианской терапии. - М., 1998.  
Штейнхардт Л. Юнгианская песочная психотерапия. Пер. с англ. - СПб., 2001.  
Шюпп Д. О психоаналитическом понимании юношеской диссоциальности, ее терапии и профилактики // Энциклопедия глубинной психологии. Т.2. Пер. с нем. - С. 61 -87.  
Эдингер Э.Ф. Творение сознания. Миф Юнга для современного человека. - СПб., 2001.  
Эйдемиллер Э.Г. Возрастные аспекты групповой и семейной психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах. - СПб., 1994.  
Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. Методическое пособие. - М., 1996.  
Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. В. Клинико-психологическая диагностика взаимоотношений в семьях подростков с психопатиями, акцентуациями характера, неврозами и неврозоподобными состояниями // Метод, рек.-Л., 1987.  
Эриксон Э. Молодой Лютер. Психоаналитическое историческое исследование. - М., 1996.  
Юнг К.Г. Аналитическая психология (тавистокские лекции). Пер. с англ. - СПб., 1994.  
Юнг К.Г. Воспоминания. Сновидения. Размышления. - К., 1994.  
Юнг К.Г. Практика психотерапии. Пер. с нем. - М., 1998.  
Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени. Пер. с нем. - СПб., 2002.  
Юнг К. Психологические типы. Пер. с нем. - М., 1992.  
Юнг К.Г. Психология бессознательного. Пер. с нем. - М., 1994.  
Юнг К.Г. Структура психики и процесс индивидуации. Пер. с нем. - М., 1996.  
Юнг К.Г. (ред.). Человек и его символы. Пер. с англ. - СПб., 1996.  
Юнг К.Г. и др. Аналитическая психология: Прошлое и настоящее. - М., 1995.  
Якоби М. Встреча с аналитиком. Феномен переноса и человеческие отношения. - М., 1996.  
Якоби М. Стыд и истоки самоуважения. Пер. с англ. - М., 2001.

## Глава 9

# РАССТРОЙСТВА ПРИВЫЧЕК И ВЛЕЧЕНИЙ

### Патологические влечения

**Патологическое влечение** по МКБ-10 - расстройство контроля над побуждениями (расстройство импульсивного контроля), выражающееся в неспособности противостоять импульсивно возникающим желаниям совершать опасные для себя или окружающих действия. При удовлетворении этих желаний (к воровству, поджогу, агрессии и т. д.) возникает чувство удовольствия.

В МКБ-10 выделены следующие патологические влечения:

- гэмблинг - патологическое влечение к азартным играм,
- клептомания (греч. Мери - красть) - импульсивные мелкие кражи,
- пиромания (греч. руг - огонь) - импульсивное поджигательство,
- дромомания (греч. йоггюз - бег) - импульсивное бродяжничество,
- трихотилломания - импульсивное выдергивание волос,
- онихофагия - импульсивное обгрызание ногтей.

Некоторые авторы относят сюда же перемежающееся эксплозивное расстройство, гомицидо- и суицидоманию, а также импульсивную копролалию (греч. <x>ргоз - кал, 1аНа - речь), наблюдающуюся при болезни Жилиа де ла Туретта в сочетании с тиками.

### Гэмблинг

Гэмблинг (лудомания, от лат 1ис1о - играю) - аддикция к азартным играм. Возникает обычно у новичка после выигрыша, соизмеримого с его годовым доходом. Наблюдаются симптомы привыкания: все труднее сопротивляться соблазну, необходимо повышать ставки, играть все чаще. Игру невозможно прекратить ни после большого выигрыша, ни в случае постоянных проигрышей (утрата контроля). При невозможности играть возникает синдром отмены - тяжелое дисфорическое состояние, проходящее только после включения в игру.

Существует множество вариантов игр: карточные игры, рулетка, тотализатор, лотереи, кроссворды, игровые автоматы. В видеоиграх выигрышем является каждый бонус - «дополнительная жизнь», успешное прохождение одного уровня дает пропуск в следующий, а удачное завершение всей игры - звание победителя. При этом не надо денег, а риск лишь виртуальный, благодаря идентификации с героем. Вот такое казино на дому для детей и подростков.

Болезнь носит хронический и прогрессирующий характер. Больной достает деньги для игры любыми способами, в том числе преступными. Он теряет друзей, семью, работу, свобо-

ду. Однако наказания и самообвинения лишь обостряют стремление «поправить» настроение привычным способом. Нередки самоубийства.

Патологические игроки делятся на два типа личностей. Гипертимные самоуверенны и энергичны, склонны к мотовству. Гипотимные подавлены, неуверенны, легко впадают в уныние при неудачах.

Часто азартным игроком был родитель больного. У него, как впоследствии у больного, можно обнаружить проявления и какой-либо другой аддикции. В родительской семье отмечалось сверхценное отношение к деньгам наряду с небрежным отношением к ним. В детстве больному не хватало чуткого отношения родителей или он рано потерял одного из них. Будущий пациент с детства отличается экстравертированностью, фантазиями о своем превосходстве и везении, неспособностью к стойкому волевому усилию. Их не интересует учеба, выполнять свои обязанности по дому для них унизительно, потенциальных сексуальных партнеров они отвергают как недостойных. Таким образом, им скучно и в школе или вузе, и на работе, и в компании - если только это не компания «товарищей по несчастью», «убивающая время» за какой-нибудь азартной игрой.

Мотивацию гэмблинга можно свести к игре с Матерью-судьбой в игру: «Любит - не любит». Ставка высшая: жизнь.

### Пиромания и клептомания

**Пиромания.** Поджоги совершаются немотивированно, импульсивно. Больной не может справиться с нарастающим психическим напряжением и испытывает облегчение только после совершения поджога. Характерна постоянная фиксация мыслей на деталях готовящегося или произведенного пожара. Пироманы проявляют повышенный интерес к пожарам, случающимся в окрестностях, к пожарной технике, часто организуют ложные вызовы, стараются присутствовать при тушении пожаров. При этом судьба жертв их не волнует.

Больные - в основном подростки и молодые мужчины с низким уровнем интеллекта, гиперсексуальностью и алкоголизмом. Фрейд отмечал, что зрелище пламени вызывает сексуальное возбуждение, и связывал поджоги с гиперкомпенсацией сексуальных дисфункций. Мотивацией пиромании может быть также стремление к власти и социальному престижу, желание проявить храбрость при тушении пожара, участвовать в коллективном эмоционально насыщенном действе. Поскольку многие пироманы описывают свое детство как цепь обид и унижений, важным мотивом поджогов может быть также месть, отреагирование подавленной ярости и идентификация с агрессором (родителем и огнем).

**Клептомания** распространена в основном среди женщин. Больная испытывает непреодолимый соблазн украсть при наличии денег не очень нужной ей предмет, ощущает облегчение лишь после кражи. Затем испытывает чувство тревоги, вины, нередко тайно или с извинениями возвращает похищенное. Расстройство может сочетаться с другими аддикциями: пироманией, булимией и анорексией, а также с неврозами и депрессией.

Начинается в детстве. Определенное значение имеет органическая неполноценность мозга, задержка умственного развития, дефекты воспитания. Иницируется стрессовыми ситуациями и фрустрациями.

Могут быть следующие мотивации: гиперкомпенсация нанесенного им морального ущерба, гиперкомпенсация сниженной самооценки (в том числе из-за самообвинений в воровстве), символическое самонаказание подвержением себя опасности, способ обратить на себя внимание и заслужить прощение, символическая замена отсутствующего оргазма.

## Перемежающееся эксплозивное расстройство

Диагностируется также как *импульсивное расстройство личности и возбудимая, эпилептоидная психопатия*. Проявляется в первую очередь плохо контролируемые побуждениями (импульсами) и в американской классификации отнесено поэтому к группе нарушений импульсивного контроля.

Наблюдается отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий. Часты ссоры и конфликты с другими, особенно при попытке окружающих противодействовать импульсивным действиям или осуждать их. Больные склонны к вспышкам ярости или насилия с неспособностью контролировать эксплозивное поведение. Им трудно сохранять линию поведения, которое не подкрепляется непосредственным удовлетворением; их настроение лабильно и непредсказуемо.

Перед эпизодом возбуждения наблюдаются признаки нарастающего дисфорического напряжения с ощущением своего бессилия, невозможности изменить окружающее; могут быть специфические ощущения типа ауры (лат. дуновение ветерка). После приступа бывает частичная амнезия, *гиперестезия* (обостренная чувствительность анализаторов). В отличие от антисоциального расстройства больные искренне раскаиваются в своем поступке, обвиняют себя, испытывают другие тревожно-депрессивные переживания. Между приступами расстройство себя не проявляет.

Больные обычно обладают значительной физической силой, в то же время остаются социально зависимыми от опекающих их лиц и испытывают в этой связи чувство неполноценности. Их биография отличается частыми увольнением, разводами, правонарушениями. Преобладают мужчины, многие из них пребывают в исправительных заведениях, тогда как женщин можно чаще встретить в психиатрических учреждениях. К среднему возрасту проявления расстройства ослабевают.

У больных с детства выявляются признаки органической неполноценности мозга; их родители склонны к алкоголизму, промискуитету и насилию; среди прямых родственников часты случаи импульсивного расстройства личности.

В психодинамике ведущую роль играет перенос, когда угрожающая фигура ассоциируется с родителем, и *идентификация с агрессором* во время приступа ярости.

Для курсового лечения применяют литий и финлепсин. Нейролептики, антидепрессанты и бензодиазепины могут обострить состояние. Социальные последствия агрессивного поведения могут быть сглажены семейной и групповой терапией.

## Трихотилломания и онихофагия

Встречается в основном у девочек и девушек, нередко с отставанием в умственном развитии, пограничным расстройством личности или больных шизофренией. Заключается в интенсивном побуждении к вырыванию волос и облегчении после реализации импульса. Приводит к облысению различных участков головы, реже выщипываются брови и лобковые волосы. Аддитивное поведение обычно скрывается, может сочетаться с поеданием волос (*трихофагией*) с соответствующими диспепсическими расстройствами, *онихофагией* (обкусыванием ногтей - «до мяса»), самоповреждениями кожи (царапание с экскорияциями - образованием корочек, которые тут же удаляются).

Большая обычно является единственным или старшим ребенком в семье, находится в конфликтных отношениях с родителями, которые нередко страдают облысением. Расстрой-

ство, как правило, начинается после стресса, ему могут предшествовать депрессия и употребление психоактивных веществ.

Эффективно применение антидепрессантов и анксиолитиков в сочетании с гипнотерапией и семейной терапией.

## Синдром Жилиа де ля Туретта

У детей с синдромом дефицита внимания обычно проявляется как первый признак заболевания гиперактивностью в возрасте до 7 лет. Часто в возрасте около 10 лет более значимыми становятся расстройства внимания, и у этих детей отмечаются импульсивность, трудности сосредоточения, социальная дезадаптация и недостаточность критики. Неврологическое исследование может не выявить отклонений от нормы или обнаружить наличие минимальных неспецифических изменений. Тяжелая неврологическая недостаточность при этом состоянии обычно не отмечается.

Типичным проявлением при синдроме Туретта являются множественные двигательные и голосовые тики. Тики являются внезапными, повторяющимися и стереотипными движениями, которые можно увидеть (например, мигание, подергивание, жест) или услышать (откашливание, хрюканье, эхолалия или непристойные «грязные» выкрики). Двигательная гиперактивность и импульсивность часто предшествуют развитию тиков, а тики начинаются уже в возрасте 5 лет.

Галоперидол уменьшает проявления синдрома Жилиа де ля Туретта у 90 % больных. Доза, назначаемая различными клиницистами, значительно варьирует. Иногда используется меридил для лечения тиков.

## Сверхценные увлечения

К аддикциям относят также такие **сверхценные увлечения**, как пищевая зависимость (гиперфагия), аддикция к накоплению или трате денег, аддикция к власти, фанатизм, трудоголизм, ургентная аддикция (стремление к жизни в условиях цейтнота), аддикция оздоровления или физических нагрузок, любовная аддикция.

Следует отличать аддикции от *психологических увлечений*. По В. Д. Менделевичу, 1998 «увлечение характеризуется осознанностью цели и мотива, интеллектуализированными эмоциями, их динамика непрерывна, а не приступообразна, они не осуществляются импульсивно, а появляются лишь после тяжелой борьбы мотивов».

*Сверхценное увлечение* - это усиленное до гротеска отношение к объекту или виду деятельности, которое характеризуется следующими признаками:

- глобкая и длительная сосредоточенность на объекте увлечения;
- пристрастное, эмоционально насыщенное отношение к объекту увлечения; утрата чувства контроля за временем, затрачиваемым на увлечение; игнорирование любой иной деятельности или увлечения.

## Гиперфагия

Характеризуется постоянной озабоченностью едой и непреодолимой тягой к пище в сочетании с навязчивым страхом ожирения. Проявляется в виде переедания и борьбы с ожире-

нием (рвота, слабительные, средства, понижающие аппетит, периоды голодания, диеты, косметические операции). Значение питания доминирует в системе ценностей, день планирует с учетом того, где и что можно съесть. Часто их работа связана с питанием. Остальные интересы блекнут, из-за чего жизнь кажется пресной и «подсластить» ее может только пища. Поэтому она должна быть необычной по количеству и качеству (сочетается жирное и сладкое, горькое или соленое и сладкое). При этом определенная пища может иметь различное символическое значение. Так, молоко вызывает чувство защищенности, сладости - награды, мясо - силы, кофе и спиртное - взрослости, икра - престижа.

Выделяют 4 вида гиперфагии: 1) приступообразный - волчий голод с оральным оргазмом после переполнения желудка; 2) постоянный аппетит; 3) ненасытный аппетит, приходящий лишь во время еды; 4) ночная булимия в сочетании с дневной анорексией (распространена в США).

В личности обнаруживаются черты внутренней задержанности, апатически-мрачного отчаяния и признаки бегства в одиночество. Характерно притязательно-агрессивное чувство вины.

Для воспитания типично, что родители предлагают ребенку еду вместо удовлетворения его актуальных потребностей и хорошо относятся к ребенку, лишь когда он хорошо ест. В семье обычно доминирует мать, которая устанавливает с ребенком симбиотические отношения, задерживает двигательное развитие ребенка и его готовность к социальным контактам, фиксирует ребенка в пассивно-рецептивной позиции.

Влечение к пище может отражать уход от реальности (бегство в пиршество, оргию); акт поглощения еды уменьшает ситуационную тревогу и подавленность за счет смещения внимания на тело, вес которого легче контролировать, чем ситуацию и настроение. Этот стереотип в дальнейшем включается как реакция на эмоциональную фрустрацию.

Мотивации: страстное желание обладать, поглощать, фантазии о беременности и кастрационные желания (батон или колбаса как фаллические символы); ожирение как защита от мазохистски отвергаемой роли женщины; массивность и солидность скрыто неуверенного мужчины (наравне с бородой или галстуком как фаллическими символами).

## Аддикция к деньгам

Данное расстройство известно также как *патологическое накопительство и расточительство, вецизм, синдром Плюшкина*. Ближе к нему стоит *опиомания (шопоголизм)* - неудержимая страсть к бессмысленным множественным покупкам, выявляющаяся, по данным опросов, у 10% населения - в основном у женщин.

Л. Толстой писал: «...деньги и то, что я имею их, есть одна из самых главных причин тех зол, которые я видел перед собой; и я спросил себя: что такое деньги?» З. Фрейд признавался: «Мое настроение также очень сильно зависит от моих заработков. Деньги для меня - это веселящий газ». Широко известна концепция Фрейда о связи влечения к деньгам с анальной эротикой: контроль за удержанием кала, приятная стимуляция ануса калом при дефекации могут зафиксироваться и привести к формированию анального характера (ананкастной личности).

А. Белкин, 1999 следующим образом описывает аддикцию к деньгам. Тема денег целиком занимает все помыслы человека, его интересы, связи, фантазии и сновидения. Ему страшно расставаться с деньгами, он постоянно жалуется на их недостаток. И вдруг - маниакальный приступ расточительства «сумасшедших денег», вплоть до разорения. Во время накопления денег либидо сублимируется, сексуальное влечение резко снижается. В фазе расточительства наблюдаются оргии, кутежи, азартные игры, наркотизация.

На наш взгляд, психодинамика синдрома такова. В фазе накопления нарциссическая затыкается магической игрушкой. В фазе расточительства нарциссизм пугается «затычки» и пытается доказать свою власть над ней. Однако после опорожнения с кратковременной иллюзией всемогущества восстанавливается изначальный страх пустоты.

В терапевтической ситуации сверхценное отношение к деньгам может проявляться в форме попыток клиента избежать оговоренной оплаты, а также тенденций терапевта идти ему в этом на встречу (см. Е. С. Калмыкова, 2001). Четкое соблюдение сеттинга в этих случаях особенно важно. Однако еще важнее, разумеется, найти и «отзеркалить» клиенту признаки имеющегося у него реального или хотя бы потенциального внутреннего богатства, которое невозможно растратить, т. к. при пользовании им оно лишь возрастает.

## Аддикция к власти и фанатизм

**Аддикция к власти.** На первых этапах развития аддикции большее значение имеют такие мотивы, как самовыражение, признание, азарт политической игры (с избирателями, с противниками). Патология становится заметной после победы. Привыкание к признакам почтения требует всё большей лести от подчиненных, сокрытия сигналов неблагополучия. Рано или поздно проявлений народной любви начинает не хватать, а если еще добавляется реальная опасность поражения, наступает синдром отмены. Дисфория при этом проявляется в форме поиска и наказания «виновных», число которых с каждым этапом деградации личности увеличивается.

Еще А. Адлер понял патологическое стремление к власти как компенсацию комплекса неполноценности. В обычное время они остаются унтер Пришибеевыми. В «смутные времена» могут становиться диктаторами и тогда надолго устанавливают тоталитарный режим - единственный, в котором они могут выжить после пирровой победы над собственным Суперэго и общественной моралью.

**Аддиктивный фанатизм.** Крайняя степень увлечения какой-либо деятельностью с созданием из нее культа, поклонением кумирам и растворением в группе единомышленников. Варианты: религиозный фанатизм (сектанство), политический (партийный), спортивный фанатизм, музыкальный и т. д. Реальная жизнь при этом отходит на второй план, человек жертвует семьей, работой, материальными ценностями. Его жизнь определяется культовыми ценностями, ответственность за жизнь самоотверженно передается лидеру группы. Аддиктивной мотивации фанатического поведения способствует обстановка групповой тайны, магические ритуалы, идеологический накал - все это заполняет «пустоту» реальной жизни аддикта. Характерна нетерпимость к инакомыслящим: «кто не с нами, тот против нас». Аддиктивный фанатизм часто сочетается с аддикцией к власти, а также с влечением к смерти, которое проявляется в принесении себя в жертву ради торжества сверхценной идеи. Этим можно объяснить частые случаи коллективного самоубийства сектантов.

Надо отметить, что членами фанатических групп становятся и личности, неспособные брать на себя ответственность за свою жизнь и чувствующие себя уверенно лишь в качестве ведомых сильным лидером. Однако это не аддиктивная, а конформная мотивация. О помощи членам сект см. С. Хассен, 2001.

## Трудоголизм

«Бегство в работу» от обыденной жизни при невозможности испытывать «маленькие житейские радости». Человек увлеченно создает себе все более трудные профессиональные за-

дачи и с чувством удовлетворения собой разрешает их. Работа занимает все его помыслы, основную часть его времени и сил. В качестве рационализации используются такие оправдания, как материальная или рабочая необходимость, требования карьеры и т. п. Аналогичной аддикцией может быть и хобби, которое в этом случае точно так же становится главным смыслом жизни.

Следует отличать трудоголизм от гиперсоциальности и перфекционизма психастеников (ананкастных, тревожно-мнительных личностей). В этом случае мотивация лишена гедонистического оттенка: человек много работает, перестраховываясь, сомневаясь в достижимости и правильности результата, а самое главное - в положительной оценке своих усилий начальством.

Для выявления трудоголизма применяют опросник Б. Киллинджер (цит. Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриева, 2000, с. 333).

1. Важна ли для вас ваша работа?
2. Нравится ли вам делать вещи совершенно безукоризненно?
3. Свойственен ли вам дихотомизм во взглядах, видите ли вы все в черном или белом цвете без промежуточных?
4. Стремитесь ли вы к конкуренции и важна ли для вас победа в ней?
5. Важно ли для вас всегда быть правым?
6. Критичны ли вы к себе, осуждаете ли себя в случае совершения ошибки?
7. Бойтесь ли вы все время поражения?
8. Беспокойны ли вы, импульсивны ли вы?
9. Часто ли вам становится скучно?
10. Загоняете ли вы себя до истощения?
11. Возникают ли у вас периодические состояния, во время которых вы чувствуете себя чрезвычайно усталым?
12. Испытываете ли вы чувство вины при появлении у вас дискомфорта?
13. Считаете ли вы себя необычным или отличающимся от других?
14. Читаете ли вы постоянно материалы, связанные с работой, даже во время еды или просмотра телевизора?
15. Составляете ли вы список того, что необходимо сделать, или ведете дневник?
16. Обнаруживаете ли вы, что вам становится все труднее и труднее проводить свободное время в выходные, каникулы и во время отпуска?
17. Часто ли вы чувствуете, что вам не хватает времени и вы хотите, чтобы сутки продолжались больше 24 часов?
18. Контактируете ли вы с работой во время отдыха?
19. Относитесь ли вы к работе как к игре и выходите из себя, если играете плохо?
20. Избегаете ли вы думать о том, что вы будете делать, когда не будете работать?
21. Вы ответственны на работе, но безответственны в личных делах.
22. Стараетесь ли вы избежать конфликта вместо того, чтобы его разрешить?
23. Характерны ли для вас импульсивные действия, когда вы не обращаете внимание на то, как они повлияют на других людей?
24. Вы боитесь критики, но сами любите осуждать и критиковать.
25. Вы заметили, что у вас ухудшилась память на то, о чем вам говорили другие.
26. Становитесь ли вы «вне себя», если все идет не так, как вы запланировали?
27. Если вас прерывают во время решения вами производственных проблем в домашних условиях, вызывает ли это у вас резкое раздражение?
28. Создаете ли вы безвыходные ситуации для себя и для других?

Р9. Сконцентрированы ли вы на событиях будущего, вместо того, чтобы радоваться настоящему?  
'BO. Не забываете ли вы и не преуменьшаете ли значение семейных событий и праздников?

Ответ на каждый вопрос отмечается плюсом или минусом. Если количество положительных ответов превышает 2/3, речь идет о наличии у человека трудоголизма.

## Синдром сгорания профессионала

У лиц помогающих профессий, в том числе психотерапевтов, трудоголизм может привести к формированию синдрома сгорания профессионала (М. В. Барабанова, 1995; Р. Кочюнас, 1999, В. В. Макаров, 1999 и др.). Данный синдром включает чувства усталости и опустошенности, вялость, подавленность и недостаток энтузиазма, утрату способности видеть положительные результаты своего труда, негативную установку на работу и жизнь в целом. К развитию синдрома могут приводить следующие причины:

- однообразие и кажущаяся неэффективность работы;
- вкладывание в работу больших личностных затрат без получения признания;
- недостаточная мотивированность клиентов и критицизм коллег;
- запрет на творческий поиск и самовыражение;
- отсутствие возможностей для дальнейшего обучения и профессионального роста;
- неразрешенные внутри- и межличностные конфликты профессионала.

Имеют значение такие личностные качества профессионала, как гуманизм, эмпатия, склонность идентифицироваться с другими, беспокойство, сенситивность, интроверсия. Важную роль играет также тенденция занимать пассивную позицию при неудаче и перекладывать ответственность за нее на других.

Для нормализации состояния профессионалу необходимо расширить круг интересов и друзей - желательно отличающихся профессионально и лично; читать не только специальную, но и художественную литературу, больше и интереснее отдыхать, найти себе хобби; вносить разнообразие в свою работу, не пытаться больше самого клиента отвечать за ее результаты, быть готовым к неизбежным неудачам, оценивать себя без излишней оглядки на окружающих, участвовать в работе профессионального сообщества. Важно также поддерживать свое здоровье, соблюдать режим сна и питания, овладеть техникой медитации. Психотерапевту, особенно начинающему, желательно участвовать в балинтовской группе, повышать свою квалификацию с помощью различных тренингов.

## Любовная аддикция

Характеризуется следующими признаками:

- сверхценное отношение к значимому другому (ЗД) с фиксацией на нем, с чертами непреодолимой насильственности™;
- нереалистическое, некритическое ожидание безусловно положительного отношения ЗД с отказом от возможности быть самим собой;
- осознанный страх покинутости, который ослабляет негативные чувства к объекту и заставляет идти на любые жертвы ради сохранения отношений;
- неосознанный страх интимности, тормозящий сексуальные побуждения в ситуации физической близости;

- выбор ЗД, который не может быть интимным здоровым образом, нередко это аддикт избегания.

Для **аддикта избегания** характерны следующие черты:

- сверхценное отношение к ЗД, которого внешне избегают;
- закрытость внутренней жизни от ЗД из-за страха его контроля и «поглощения» им;
- формирование заместительных, аддиктивных отношений с другими объектами.

Взаимоотношения между двумя любовными аддиктами имеют следующую динамику. Вначале наблюдаются чрезвычайно созависимые отношения, из которых практически исключаются другие люди, в том числе собственные дети (супругоцентрические семьи). Поскольку один из аддиктов энергичнее и активнее, у другого нарастает страх быть поглощенным, он стремится дистанцироваться и постепенно превращается в аддикта избегания.

Созависимость между любовным аддиктом и аддиктом избегания может развиваться и с самого начала отношений. Формируется порочный круг: чем больше проявляет свою активность любовный аддикт, тем больше вынужден отдаляться аддикт избегания, усиливая тем самым у партнера страх отвержения и покинутости и стимулируя его активность.

Нарастает *конфликт зависимых отношений*, входе которого аддикт избегания начинает удовлетворять свои аддиктивные потребности в другой любовной связи, менее опасной для его интимнофобии или в других аддикциях: воспитательной, трудолюбивой, алкогольной и т. д. Конфликт зависимых отношений сопряжен с высоким риском суицида и поэтому подробнее описан в 3-й главе.

Два аддикта избегания обычно заключают негласный договор о дистанцированных отношениях, при которых каждый имеет право на интенсивные деловые или интимные контакты с другими, или оба могут увлекаться совместным делом, хобби, заменяя ответственные, эксклюзивные интимно-личные отношения не обязывающими товарищескими или приятельскими (гражданский брак, открытая семья).

Любовные аддикты и аддикты избегания в своих отношениях страдают из-за отсутствия интимности, доверия. Они испытывают чувства неценности™ и ненужности, однако не могут создать интимные отношения с неаддиктивными людьми и не увлекаются ими, считая непривлекательными, неинтересными. В увлечениях их привлекает то, что, во-первых, ностальгически знакомо, во-вторых, обещает реализовать, наконец, детские фантазии и, в-третьих, дает надежду на новом уровне излечить детские раны в объектных отношениях.

В высокозависимых отношениях к любовной зависимости может присоединиться *аддикция отношений*, которая характерна для зависимых личностей. У этих лиц отмечается внешний локус контроля с возлаганием ответственности за свое благополучие на ЗД, отсутствует контакт с собственными чувствами, чужие чувства переживаются как свои, выражены страх отвержения и самоотверженная забота о других с отсутствием межличностных границ. Они во всем усматривают хорошее или плохое отношение к себе, ставят себя в центр событий, заставляя ЗД заботиться о себе или, наоборот, берут на себя непомерную ответственность за других. Второй вариант довольно часто встречается среди начинающих психотерапевтов.

При этом кажущаяся мягкая забота о ЗД нередко оборачивается пристальным контролем, жертвенный альтруизм - мазохистским эгоцентризмом с обидчивостью и готовностью обвинять за «неблагодарность». Вместо честного признания своих эмоциональных проблем

• пытаются решать чужие, семейные конфликты прикрывают картинкой показного благополучия, духовное развитие заменяют аскетизмом и пуританством, нередко скрывающими сверхценное отношение к материальным благам.

Зависимая личность приучена принимать решения под влиянием авторитетных лиц. Это асаается выбора профессии, друзей, супругов. Они не могут позволить себе БЫТЬ, лишь - (АЗАТЬСЯ (хорошими для ЗД). Они не реализуют СЕБЯ, а живут в тени своих ЗД - нередко это такой же аддикт (жена алкоголика).

Попадая к аналитику, зависимый пациент обычно сразу развивает эротический перенос, провоцируя эротический контртрансфер. При этом чаще всего наблюдаются следующие варианты:

- 1) мужчина-аналитик и пациентка-мазохистка;
- 2) профессионал (ка) с выраженными нарциссическими чертами;
- 3) женщина-аналитик - мазохистка и соблазняющий нарцисс.

В случае патологии суперэго у аналитика возможна такая нарциссическая реакция, как сексуальные отношения с клиентом, которые могут закончиться трагически для мазохистического партнера. Чаще тенденция к формированию взаимных высокозависимых отношений приводит к развитию «бесконечного анализа» как варианта *психоголизма*.

Аддикты отношений могут создавать труппу «по интересам». Нередко это однополая компания, члены которой часто ходят друг к другу в гости, подолгу разговаривают по телефону - «не могут жить друг без друга». Такие же группы создаются в рабочих коллективах, и тогда на работу ходят ради такого рода общения, часто собирают застолья по различным поводам с постепенным развитием алкогольной зависимости.

Клиенты с выраженной интимнофобией избегают индивидуальной терапии, предпочитают работу в группе, которую пытаются превратить в идеальное по их представлениям «общество № 2», или систематически посещают различные тренинговые или учебные группы, проявляя *группоголизм*.

Коррекция в этих случаях следует принципам 12 шагов АА (Алкоголик-Аноним): научиться изменять негативные убеждения, включающие аддиктивное влечение, найти другие способы справиться с тревогой и стрессом. Пациентам важно также научиться навыкам уверенного и эмпатического общения с помощью ассертивного и сенситивного группового тренинга (см. описание социально-психологического тренинга в 3-й главе).

## Происхождение аддикций

Н. Пезешкиан, 1985, выделяет 4 формы аддиктивного поведения как бегства от реальности путем замещения традиционных форм жизнедеятельности и иерархии ценностей быденной жизни:

1. «бегство в тело» - собственное физическое или психическое «усовершенствование»;
2. «бегство в работу» - концентрация на служебных делах или учебе;
3. «бегство в контакты или одиночество» - постоянное (утрированное) стремление к общению или, наоборот, к уединению;
4. «бегство в фантазии» - жизнь в мире иллюзий и фантазий.

У аддиктов обнаруживаются следующие психологические особенности:

- сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;

- скрытый комплекс неполноценности, сочетаемый с внешне проявляемым превосходством;
- внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;
- стремление говорить неправду;
- стремление обвинять других, зная, что они не виновны;
- стремление уходить от принятия решений;
- стереотипность, повторяемость поведения;
- зависимость; тревожность.

Основные мотивации аддиктивных расстройств по Ц. П. Короленко и Т. А. Донских, 1990: атарактическая (противотревожная), субмиссионная (подчиненная), гедонистическая, активизирующая, псевдокультурная (демонстративная, компенсующая комплекс неполноценности). Предрасполагающими факторами аддиктивного поведения может быть патологическая наследственность и органическая неполноценность мозга, в том числе - *синдромом дефицита удовлетворения* («Нет в жизни счастья»). Начинается он как синдром гиперактивности у детей и характеризуется повышенной возбудимостью, негативизмом (активный негативизм проявляется как упрямство, пассивный - как лень). Наблюдается несобранность, агрессивность, лживость. Впоследствии часто развивается аддиктивное поведение (азартное, со сверхценными увлечениями, патологическими влечениями, в том числе химической зависимостью). При этом однояйцовые близнецы становятся, к примеру, алкоголиками, независимо от того, кто из них воспитывался в какой семье - алкоголиков или благополучной.

В своем «Очерке клинического психоанализа» в 1926 г. Фенихель сделал вывод, что аддикты действуют так, как если бы любое напряжение грозило им тяжелой травмой. Поэтому их основной целью становится избегание напряжения и боли, а не достижение удовольствия. Любое напряжение воспринимается как предвестник явной угрозы существования, также как младенцем воспринимается чувство голода.

Эго-психология помогает понять, что аддикты страдают не только вследствие переживания внутренней дисгармонии, дискомфорта и фрагментации или из-за неспособности думать хорошо о себе, а следовательно, и о других. Гораздо больше мучений им доставляют собственные защиты, с помощью которых эти люди пытаются скрыть свою уязвимость. Аддиктивная личность защищает поврежденное и уязвимое Я с помощью саморазрушающих защит: отказа от реальности, утверждения собственной самодостаточности, агрессии и бравады. За это приходится платить чувством изоляции, обеднением эмоциональной сферы и неустойчивостью взаимоотношений с людьми.

М. Малер, М. Кляйн, Д. Винникот, М. Балинт и другие представители британской школы объектных отношений, чьи идеи в настоящее время успешно развивает О. Кернберг, установили фазы развития объектных отношений в паре «мать - младенец», к которым затем может регрессировать аддикт в отношениях с ЗД. Таким образом, проблемы аддиктов, с которыми приходится иметь дело психотерапевту, лежат в трех сферах: аффективная регуляция, самооценка и объектные отношения.

### *Клинические иллюстрации*

Домохозяйка, 31 года, обратилась за помощью по поводу вспышек раздражения, связанных с дисгармонией в браке и наблюдающихся в течение 3 последних лет. За последние годы ухудшились отношения с мужем, которого она подозревает в связи с его секретаршей. Когда он

задерживается поздно на работе, она всегда упрекает его в этом. Во время таких эпизодов она чувствует, как нарастает напряжение и хочет «разрядить» его с помощью гимнастики, однако | чрсто «взрывается», когда муж поздно возвращается домой. Иногда она бросает в него стаканом, иногда бьет ногами в туфлях на высоком каблуке так, что сыплется штукатурка, а однажды разбила рукой окно, когда муж вышел из комнаты во время очередной вспышки. Перед каждым срывом она старается оставаться спокойной, но когда муж поздно возвращается домой и она смотрит на него, у нее возникает головная боль и чувство «незнакомости». В этот момент она обычно теряет контроль и становится неистовой. После вспышки наступает подавленность, и она сожалеет о случившемся, считая, что эти вспышки - «сумасшествие», даже если ее подозрения справедливы. Она также признает, что, когда дети плачут или проявляют нетерпение во время вспышек, она чересчур рьяно шлепает их или наказывает сильнее, чем обычно. Однажды, когда ребенок долго не засыпал, она ударила его так, что у него остался синяк на лице.

Эпизоды потери контроля случаются один или два раза в месяц, учащаясь последние годы. В промежутке между ними она спокойна и не обнаруживает признаков агрессивности.

В 18 лет она потеряла сознание на короткое время, упав во время катания на роликовых коньках; никакого лечения не проводилось. У нее имели место повторные травмы головы, так что дома ей советовали «носить футбольный шлем» из-за ее неловкости.

На ЭЭГ обнаружены неспецифические нарушения биоритмов мозга. Во время лечения вновь бранилась с мужем, который наконец признался в своей связи с секретаршей.

**Обсуждение.** Больная решила лечиться, поскольку понимает, что даже если ее подозрения насчет неверности мужа оправданы, ее вспышки гнева носят неадекватный характер и не являются особенностью ее дружелюбного характера. Каждой вспышке предшествует чувство напряжения, а за ней следуют самообвинения. Эти особенности указывают на импульсивное расстройство.

**Диагноз.** Перемежающееся эксплозивное расстройство. (Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок, 1994). Молодая учительница пеня, говорливая полная брюнетка маленького роста, разведенная, имеющая дочь-дошкольницу, была склонна к пищевым, алкогольным и сексуальным эксцессам, строила свои личные отношения на меркантильном интересе. Оставила дочь своей 1 матери, с которой была в натянутых отношениях, и уехала в Японию. Пела в ночном клубе; по условиям договора ей запрещалось вступать в интимные связи с посетителями, надо было лишь «динамить» их; позволялось угощаться за их счет, но отказываться от спиртного. Копила деньги на машину, экономила на всем. Стала переедать на работе, красть продукты, косметику и бижутерию в магазинах. Однажды была поймана и предупреждена о возможности выдворения из страны. Вернулась на родину с «тойотой» и планами поступить в Японию на курсы менеджеров, переехать туда с дочерью жить. Однако опасалась, что не сможет контролировать свое поведение, обратилась для проведения краткосрочной психотерапии.

Выяснилось, что мать - учительница, прививала строгие моральные нормы, за непослушание наказывала лишением обеда. Бабушка-буфетчица жалела внуку, приносила ей сладости; сти. Отец пил и гулял, оставил семью, когда пациентке было 5 лет. Скучала по нему, т. к. он один играл с ней, но мать запретила их свидания. Росла «мальчишницей», рано начала втайне от матери половую жизнь, родила дочь в 18 лет, вышла замуж беременной без любви. Муж пил, изменял ей, у нее также были романы, вскоре расстались. С тех пор живет с матерью, которая всегда предпочитала ей своих учеников, а теперь - внучку.

Участвовала в индивидуальной и групповой динамической психотерапии в течение 3 месяцев. Была фиксирована на своем весе, часто переела и затем вызывала искусственную рвоту. По несколько суток проводила со случайными мужчинами, получая от них деньги; на



прощание украдкой брала себе какой-нибудь «сувенир». Несколько раз напивалась допьяна. На групповых занятиях говорила без умолку - как сказал один из пациентов, «не давала никому рта раскрыть» (опасаясь критических замечаний в ответ на свои признания). По мере осознания связи своего поведения с особенностями своего детства и растущего уважения группы к ее открытости и доверию, внимание пациентки переместилось с контроля за внешностью и поведением на хронические внутренние проблемы. Этого оказалось достаточно, чтобы переместить интересы пациентки на подготовку к отъезду, перестройку отношений с дочерью и бывшим мужем; разыскала отца и впервые за много лет встретилась с ним. На последней групповой сессии пообещала писать, через 2 месяца прислала письмо, в котором благодарила группу, которая «дала ей дугой взгляд на жизнь».

**Диагноз.** Аддиктивное поведение: гиперфагия, клептомания, гиперсексуальность (собственное наблюдение).

Другой мой пациент, аспирант-психолог, увлекался парашютным спортом. Каждый прыжок он превращал в «русскую рулетку», небрежно укладывая парашют. Он несколько лет жил в долг, хотя хорошо зарабатывал; воровал деньги у друзей и матери, норовил напиться «на халяву» и затем провоцировал драку, «чтобы не оставаться в долгу». Запустил работу над диссертацией, вступил в конфликт с научной руководительницей, напоминавшей ему своей требовательностью мать, хотя в свое время сам выбрал ее. Был склонен к промискуитету и навязчивой мастурбации.

Азартностью и сексуальными излишествами отличался его дед, бывший летчик, герой войны; родители-ученые были трудолюбивыми, но мало получали; завидовали более обеспеченным, в то же время критиковали их за приспособленчество. Мать развелась с отцом в детстве пациента, воспитывала его в духе повышенной моральной ответственности. Когда пациент в процессе индивидуальной и групповой динамической психотерапии осознал и проработал свой вытесненный негативизм по отношению к матери, он перестал играть своей жизнью. Оставил парашютный спорт, защитил кандидатскую диссертацию по психологии рекламы, женился на коллеге-иностранке (на несколько лет старше его); в настоящее время живет и успешно работает в США. Отношения с матерью стали более открытыми и искренними.

**Диагноз.** Аддиктивное поведение (суицидомания, аддикция к деньгам, гиперсексуальность).

## Тесты

1. Психоналитическая теория рассматривает «Я» как связанную систему функций, включающую следующее, **кроме:**

- А. первичный процесс мышления
- Б. регуляция инстинктивных влечений
- В. формирование отношений
- Г. адаптация к реальности
- Д. речь.

2. Какой из следующих авторов впервые акцентировал внимание на развитии чувства «Я» от инфантильной фрагментарности и хрупкости до цельной и стабильной структуры у взрослого:

- А. Пиаже
- Б. Эриксон
- В. Фрейд
- Г. Клейн
- Д. Кохут.

3. В психоаналитической теории «Сверх-Я»:

- А. абсолютно бессознательно
- Б. является механизмом психологической защиты
- В. существует для уменьшения чувства вины и стыда
- Г. включает сексуальное и агрессивное влечение
- Д. включает «Я-идеал».

4. Все следующие утверждения согласно психоаналитической концепции эдипова комплекса правильны, **кроме:**

- А. он наступает между фаллической и латентной стадиями
- Б. его обычно сменяет идентификация с родителем того же пола
- В. он встречается только у детей, предрасположенных к неврозам
- Г. он связан с феноменом кастрационной тревоги
- Д. он наблюдается как у мальчиков, так и у девочек.

5. Правильные суждения о латентной фазе развития включают нижеследующие, **кроме:**

- А. она начинается после разрешения эдипова комплекса
- Б. во время этой фазы обычно возникает идентификационный кризис
- В. она укрепляет идентификацию с родителем того же пола
- Г. она часто связана с определенным сексуальным осознанием и активностью
- Д. она включает более широкие контакты со сверстниками.

6. Диффузия идентичности, описанная Э. Эриксонем, встречается впервые:

- А. в младенческом возрасте
- Б. в детском возрасте
- В. в подростковом возрасте
- Г. во взрослом состоянии
- Д. в старческом возрасте.

7. Теории развития Э. Эриксона и З. Фрейда отличаются тем, что:

- А. Эриксон считает роль бессознательного минимальной, в то время как Фрейд подчеркивает его значение
- Б. Эриксон подчеркивает влияние культуральных факторов на индивидуальное психологическое развитие в большей степени, чем Фрейд
- В. Теория Эриксона является бихевиоральной (поведенческой), а теория Фрейда - психоаналитической
- Г. Эриксон отдает большее предпочтение структурам «Я», чем Фрейд.

8. Теория К. Юнга включает следующие концепции, **кроме:**

- А. анимус и анима
- Б. либидо как сексуальная энергия
- В. коллективное бессознательное
- Г. архетипы
- Д. «тень».

9-12. Для каждого из описанных пациентов выберите наиболее адекватное психотерапевтическое вмешательство:

- А. психоанализ
- Б. краткосрочная индивидуальная психотерапия
- В. группы встреч
- Г. поведенческая психотерапия
- Д. семейная психотерапия.

9. У молодой женщины, не страдавшей ранее психическими расстройствами, развивается страх водить машину после того, как она попала в небольшую автомобильную аварию;
10. У 40-летнего женатого мужчины, преуспевающего предпринимателя с удовлетворительной семейной жизнью, отмечается сосредоточенность на мыслях о возможной связи с более молодой женщиной. У него не отмечено психических расстройств в анамнезе и других жалоб.
11. У 16-летней девушки отмечается сексуальная разрядка напряжения. Ее школьная успеваемость снижается. Симптоматика проявляется параллельно с частыми ссорами между ее родителями, которые находятся на грани развода.
12. Интеллигентная одинокая женщина 25 лет, сделавшая успешную карьеру, жалуется на многочисленные неудачи в отношениях с мужчинами, ощущение себя несчастной и желание «разобраться в своей жизни». Предшествующий опыт индивидуальной психотерапии был отчасти успешным.

## Ответы

1. Правильный ответ А. «Я» является посредником между «Оно» личности, которое содержит примитивные влечения, и внешним миром. «Оно» отвечает на внутренние и внешние стимулы, находя действия или поведение, которое дает максимальное проявление влечениям в рамках требований «Сверх-Я» и реальной обстановки. Его функции включают восприятие реальности, регуляцию защитных механизмов, а также установление отношений. «Я» связано с вторичным процессом мышления (логическим) в большей степени, чем с первичным процессом.
2. Правильный ответ Д. Г. Кохут разработал вариант психоанализа, который оказал большое влияние на современную психоаналитическую терапию. Он считал, что психическое развитие первично организуется вокруг противоречий развития «Я», особенно в отношении к взаимодействию с «Я-объектами». Наиболее важным «Я-объектом» в раннем возрасте является мать. Фрейдистский психоанализ предполагает последовательность психосексуального развития, подчеркивающую бессознательные конфликты и влияние сексуального и агрессивного влечений. Э. Эриксон разрабатывал концепцию о роли культуры и формировании значений этих влечений на протяжении жизни. М. Клейн является представителем школы психоанализа, рассматривающей отношение к объекту, ей принадлежит детальный анализ ранних стадий отношений матери и ребенка. Пиаже наиболее известен своими работами по изучению развития интеллекта.
3. Правильный ответ Д. «Сверх-Я» в психоаналитической теории является «вместителем» «Я-идеала» и совести. Оно оценивает поведение, желания и решения индивида - верны они или нет, хороши или плохи, добродетельны или позорны. Хотя в основном оно бессознательно, в нем имеются и сознательные элементы. Бессознательный аспект «Сверх-Я» может вызывать чувство вины или стыда по отношению к желаниям и фантазиям, а не только к поступкам. «Оно» является источником сексуальных и агрессивных импульсов, а «Я» отвечает за создание механизмов психологической защиты.
4. Правильный ответ В. Согласно психоаналитической теории, эдипов комплекс наблюдается у всех детей мужского и женского пола. Он наступает на 3 - 5 году жизни, между фаллической и латентной фазами. Эта фаза развития связана с развитием эдипова комплекса, то есть сексуального влечения к родителю противоположного пола и ревности и жестокими фантазиями по отношению к родителю того же пола. В норме эдипово влечение сдерживается у мальчиков кастрационной тревогой, а у девочек - материнским осуждением и невозможнос-

тью подчинить отца. В обоих случаях это ведет к периоду более выраженной идентификации с родителем того же пола.

5. Правильный ответ Б. Психоаналитическая теория утверждает, что латентная фаза развития следует за разрешением эдипова комплекса и предшествует пубертатному и подростковому периоду. Первоначально считалось, что сексуальный интерес исчезает из сознания во время латентного периода, но современные клинические наблюдения показывают, что это не так. Именно в латентной фазе у детей укрепляется идентификация в играх и через связь с родителем того же пола, а также путем более широкого взаимодействия со сверстниками, феномен кризиса идентификации обычно связан с подростковым периодом.

6. Правильный ответ В. Эриксон рассматривал течение подросткового кризиса и отметил тот факт, что во время этого периода развития индивид глубоко вовлечен в процесс интеграции эго-идентичности. Идентификация по Эриксону включает преемственность с индивидуальным прошлым, чувство постоянства, а также целостное ощущение «Я», включающее цели, задачи и стиль жизни наряду с сексуальной идентификацией. Диффузия идентичности, которая до определенной степени наблюдается у всех подростков, особенно выражена у подростков с психологическими проблемами, характеризуется чувством неуверенности, незащищенности и бесцельности.

7. Правильные ответы Б и Г. Теории развития как Фрейда, так и Эриксона являются психоаналитическими и признают роль бессознательного. Однако Эриксон уделяет больше внимания тому, как влияет на развитие индивида окружающая культурная среда. В соответствии с более современной психоаналитической теорией Эриксон также отдает предпочтение в своих выводах психологии «Я».

8. Правильный ответ Б. В то время как З. Фрейд считал, что психическая энергия (либидо) является по своей природе сексуальной, Юнг оспаривал это, утверждая, что она имеет более общий характер и не является исключительно сексуальной или чувственной. Юнг считал, что бессознательное включает коллективное бессознательное, состоящее из национальной и культуральной памяти, преломленной отдельными людьми. Коллективное бессознательное включает архетипы, которые состоят из врожденных представлений, накапливающихся годами, о таких фигурах, как мать, Отец и герой. Юнг считал, что все личности содержат как маскулинный (анимус), так и фемининный (анима) прототипы в своей структуре. «Тень» - это термин, обозначающий животные инстинкты, которые являются следствием эволюции от животных.

9. Правильный ответ Г. Наиболее адекватным методом лечения этой женщины является систематическая десенсибилизация - одна из форм поведенческой психотерапии. Систематическая десенсибилизация используется для лечения классических фобий, но наряду с другими формами поведенческой терапии успешно применяется и в лечении других психических расстройств.

10. Правильный ответ Б. Тщательный отбор пациентов является важным аспектом кратковременной психотерапии. На основании психоаналитических принципов психотерапевт пытается отобрать пациентов с интеллектом выше среднего, с высоким уровнем мотивации и способных мыслить психологически. Также является важной сосредоточенность на основной жалобе, например, на интересе этого мужчины к более молодой женщине. Учитывая, что у данного мужчины хорошая работа, семейная жизнь, отсутствие предыдущего опыта психотерапии и четко сформулированные жалобы, можно считать кратковременную психотерапию наиболее адекватным методом. Если в процессе лечения выявятся другие существенные проблемы, то может потребоваться более длительная психотерапия.

11. Правильный ответ Д. Семейная психотерапия является методом выбора для этой девочки, поведенческие расстройства которой связаны с нарушением супружеских отношений между

родителями. Индивидуальная терапия, которая может быть направлена на симптомы у девочки, не сможет ни решить супружеские и семейные проблемы, ни позволить родителям связать поведенческие расстройства их дочери с нарушениями супружеских отношений.

12. Правильный ответ А. Эта женщина представляется подходящим кандидатом для психоанализа. Она описывает наличие довольно длительно существующих проблем в отношениях с противоположным полом. Представляется, что они обусловлены бессознательными конфликтами. Кроме того, она несчастлива в жизни. Так как предшествующая терапия облегчила, но не устранила симптомы, психоаналитическое исследование является адекватным психотерапевтическим вмешательством.

### *Рекомендуемая литература*

- Даулинг С. (ред.). Психология и лечение зависимого поведения. Пер. с англ. - М., 2000.  
Каплан Г.И., СэдокБ.Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. - М., 1994. Т. 1-2.  
Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. - М. - Екатеринбург., 2000.  
Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практик. руководство. - М., 1998.  
Оудсхоорн Д.Н. Детская и подростковая психиатрия. Пер. с нидерланд. - М., 1993.  
Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - СПб., 2000.  
Фрейд З. Анализ конечный и бесконечный // Моск. психотер. журн., 1996. - № 2. - С. 125-155.  
Фрейд З. Покорение огня. Преходящее // Архетип, 1995. - № 2. - С. 98-103.

### *Дополнительная литература*

- Антонян К.М. Бессознательная мотивация преступного поведения // Рос. психоаналит. веста., 1992. - № 2. - С. 120-130.  
Барабанова М.В. Изучение психологического содержания синдрома выгорания // Вести. Мое. ун-та, сер. 14, Психология, 1995. - №1.  
Белкин А. И. Вожди или призраки. - М., 2000.  
Белкин А. И. Запах денег: Психологические этюды. - М., 1999.  
Бройтмгм В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. Пер. с нем. - М., 1999.  
Золотухина О.Н., Кондаков В.С. Художественная психопатология. - Ижевск, 2000.  
Калмыкова Е.С. Анализ в кредит: уступка реальности или бегство от реальности // Журн. пракщ. психолога, 2001. - №1-2. - С. 170-184.  
Клювер К. Правонарушители и возможность их терапии // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 2. М., 2001. С. 26-60.  
Колесов Д.В. В.И. Ленин: Личность и судьба. - М., 1999.  
Колесов Д.В. И.В. Сталин: Загадки личности. - М., 2000.  
Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. Пер. слит. - М., 1999.  
Курек Н.С. Эмоциональное общение матери и дочери как фактор аддитивного поведения // Вопр. психол., 1997. - № 2.  
Личко А. Е. Истерики, рвущиеся к власти (Александр Керенский и Георгий Гапон) // Обзор. психиатр, и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1996. - № 3-4.  
Личко А. Е. О четырех основах паранойальной психопатии и паранойального развития на примере исторических личностей (Иван Грозный, И.В. Сталин, А. Гитлер) // Обзор. психиатр, и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1996. - № 3-4.  
Личко А. Е. Подростковая психиатрия. - 2-е изд. - Л., 1985.  
Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - 2-е изд. - Л., 1983.  
Маданес К., Маданес К. Тайное значение денег. Пер. с англ. - М., 1999.  
Мэй Р. Сила и невинность. - М., 2001.  
Ноймар А. Диктаторы в зеркале медицины. Наполеон. Гитлер. Сталин. - Рост. н/Д., 1997.

- Потапова В.А. Случай клептомании как компромиссного образования эдипова комплекса. // Росс. психоан. вестн., 1993-1994. - № 3-4. - С. 52-56.  
Пухова Т.Н. «Ф» - последняя буква: Случай аффективного и мотивационного расстройства личности. // Журн. пракщ. психолога, 1999. - № 5-6. - С. 219-228.  
Россохин А.В. Эротизированный перенос как защита от проявления агрессии к аналитику. // Психотерапия: от теории к практике. - М., 1997. - С. 75-78.  
Сапина Е.А., Соколова В.Е. Особенности детско-родительских отношений в сектанской семье. // Журн. практич. психолога, 2000. - № 8-9. - С. 208-220.  
Снегирева Т.В. Кража // Моск. психотер. журн., 1996. - № 1. - С. 73-94.  
Современные проблемы пограничных и аддиктивных состояний. - Томск, 1996.  
Фромм Э. Бегство от свободы. - 2-е изд. - Пер. с англ. - М., 1995.  
Фромм Э. Иметь или быть? - 2-е изд. - Пер. с англ. - М., 1990.  
Хассен С. Освобождение от психологического насилия. Пер. с англ. - СПб., - 2001.  
Циерпка М. О психодинамике невротически обусловленной клептомании. // Моск. психотер. журн., 1996. - №1.-С. 95-114.

## Глава 10

# ЛИЧНОСТНЫЕ ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

*Половая идентификация* представляет собой психологическое состояние, которое отражает внутреннее ощущение своей принадлежности к мужскому или женскому полу; формируется до 7 лет. Публичным выражением половой идентификации является половая роль (формируется в 7 - 13 лет).

*Сексуальная ориентация* означает стремление иметь половую связь с представителями определенного пола (гетеросексуальная, бисексуальная, гомосексуальная ориентация). Психосексуальная ориентация формируется в 13 - 18 лет и проходит платоническую, эротическую и сексуальную стадии.

**Расстройство половой идентификации** определяется как устойчивое чувство дискомфорта, связанное со своей половой принадлежностью, или чувство несоответствия половой роли самоощущению.

### Транссексуализм и парафилии

**Транссексуализм.** Расстройство половой идентификации, проявляющееся в форме выраженного устойчивого желания избавиться от своих первичных и вторичных половых признаков, приобрести половые признаки противоположного пола и жить и восприниматься как лицо другого пола.

Распространено больше среди мужчин<sup>1</sup>, у которых в детстве отсутствовала модель полового поведения, воспитатели поощряли поведение, присущее другому полу; возможно физическое и сексуальное насилие. В детстве отмечается **трансвестизм** - переодевание в одежду другого пола. Возможны пограничное расстройство личности, депрессивные расстройства, суицидальные тенденции, самокалечение половых органов.

Лечение включает рассмотрение показаний и противопоказаний для хирургического изменения пола, на которое нередко импульсивно решаются пациенты в состоянии тяжелого дистресса или сильной тревоги. Пациенты проходят испытательный срок 3-12 месяцев, в течение которого они постоянно носят одежду другого пола и получают гормональное лечение (экстрадиол и прогестерон у мужчин и тестостерон у женщин). Адаптацию к новой половой роли облегчает поддерживающая психотерапия.

**Парафилия** (греч. пара - отклонение, рпШа - склонность) - сексуальная перверсия, сексуальная психопатия. Различают извращение полового влечения в отношении его объекта: (пол, возраст, животные) или способа удовлетворения (онанизм, петтинг, фроттеризм и др.).

различают также истинные и ложные парафилии. Истинные проявляются с начала полового влечения, являются единственно приемлемыми или предпочтительными.

Выделяют **сексуальные девиации** - ситуационно обусловленные или транзиторные нарушения в период гиперсексуальности. Они могут стать привычными и возобновляться в соответствующей ситуации, могут развиваться в ложные перверсии.

У больных шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, эпилепсией наблюдаются **симптоматические перверсии**.

1) Половые извращения в отношении объекта. Описана триада врожденного **гомосексуализма** (активного у женщин и пассивного у мужчин):

А. с детства имеются соматические особенности другого пола;

Б. транссексуализм и трансвестизм;

В. инверсия либидо (характерна и для ситуационно обусловленных форм гомосексуализма у активных мужчин и пассивных женщин).

**Педофилия** - половое влечение к детям, не достигшим 13 лет (эребофилия - влечение к подросткам).

**Зоофилия (скотоложство)** - половые сношения с животными, встречается в сельской местности; возможно при отсутствии условий для нормальных половых сношений.

**Некрофилия** - половое влечение к трупам, часто сочетается с гомоцидоманией.

**Нарциссизм (аутофилия, аутоэротизм)** - половое влечение к собственному телу, возникающее при разглядывании его в зеркале; обычно сочетается с навязчивой мастурбацией.

2) Извращенные способы полового удовлетворения:

**эксгибиционизм** - неожиданное обнажение гениталий перед женщиной с возникновением сексуального возбуждения и последующей мастурбацией;

**вуайеризм (визионизм, скопофилия)** - для сексуального возбуждения необходимо подглядывание за обнаженными, раздевающимися или совершающими половой акт людьми (вариант - тайный секс по телефону);

**фетишизм** - половое возбуждение возможно при созерцании определенных объектов или манипуляции с ними во время коитуса или мастурбации - обычно это предметы женского туалета, хотя фетишем может служить и определенная часть тела женщины: ноги, грудь и т. д.

**фетишистский трансвестизм** - надевание одежды другого пола с целью добиться полового возбуждения в процессе коитуса или мастурбации, ощущая себя и производя впечатление существа другого пола (после оргазма возникает сильное желание снять одежду);

**фроттеризм** - половое возбуждение и удовлетворение достигаются трением половых органов о верхнюю одежду женщины;

**садомазохизм** - сексуальное возбуждение происходит при грубом физическом или психическом воздействии или унижении партнера или со стороны партнера;

**гипоксифилия** - странгуляция (удушение) и использование аноксии (кислородного голодания) для усиления сексуального возбуждения;

**уролагния** - половое возбуждение связано с актом мочеиспускания;

**копрофилия** - половое возбуждение стимулируется актом дефекации (вариант - копролалия, телефонная скатология - непристойные разговоры, в том числе по телефону).

### Сексуальная аддикция

Характерны:

- неспособность контролировать сексуальные импульсы;
- вредные последствия этого поведения, хотя, как правило, сексуальный аддикт это отрицает,

- неуправляемость в других областях жизни;
- усиление частоты импульсов с течением времени;
- симптомы абстиненции при воздержании.

Сексуальные аддикты получают от секса необычно приятные переживания, подъем духа, несравнимые ни с чем другим в их жизни. Эти чувства помогают им уйти от трудной реальности, т. к. подавляют любые негативные эмоции: обиду, тревогу, печаль. Поэтому сексуальные аддикты не могут остаться без своих патологических защит, как бы не старались.

Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриева, 2000 описывают 4 стадии динамики фазы сексуальной аддикции:

1. обсессивная стадия с фиксацией на сексуальной тематике;
2. стадия ритуализации с разработкой и реализацией схем аддиктивного поведения;
3. стадия компульсивного сексуального поведения с эпизодами потери контроля;
4. этап отчаяния с суицидальными тенденциями.

Большинство «сексуальных маньяков» - мужчины, страдающие парафилиями, склонные к промискуитету, компульсивному мастурбированию, гомосексуальности, сексуальному насилию и инцесту. При обычных же половых контактах резко увеличивается их частота (сатириазис).

У женщин сексуальная аддикция (нимфомания) проявляется в частых опасных половых контактах с незнакомыми людьми. Обнаруживается следующая мотивация:

- я не имею собственной силы, но могу обольщать сильный пол;
- меня всегда будут бросать, если я не научусь обольщать;
- я обречена на одиночество - физическое или психическое, но в соитии я сливаюсь с другим человеком;
- мое тело порочно и отвратительно, но когда оно так желанно для другого, мне легче.

Вариантом гиперсексуальности является *донжуанизм*, для которого характерна частая смена сексуальных партнеров из-за того, что первый же половой контакт вызывает сильное отвращение к данному объекту и одновременно - непреодолимое сексуальное влечение.

## Инцест

Нередко при парафилиях выявляется *абьюз* (инцестуозное физическое или сексуальное насилие) с последующей фантазией, что его удалось бы избежать, принадлежа к другому полу. Во время абьюза фиксируется связь между половым возбуждением, запретом и болью, что приводит к формированию защитного поведения, отрицающего любовь. Например, необходимым условием получения чувственного наслаждения становится причинение боли себе или партнеру, наличие у него дефекта, насилие, оплата секса или воровство, дистанцирование с помощью наблюдения со стороны (секс втроем - триолизм) и т. д.

Е. 5. Вите, 1990 (циг. Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриева, 2000) разработала впечатляющий по своей полноте диагностический тест, позволяющий выявить перенесенное в детстве инцестуозное насилие.

1. Наличие страхов у взрослого человека, к которым относятся страх темноты; страх оставаться ночью спать одному в комнате, кошмары, сновидения, ощущение чувства присутствия кого-то в помещении; обострение в ночное время мыслей о преследовании, угрозе; ощущение пребывания в ловушке, из которой человек не может выйти.

2. Проблемы в «отношениях» с водой. Повышенная чувствительность к воде; проблемы, связанные с проглатыванием воды; возникновение неприятного чувства при попадании воды на лицо во время купания и плавания. Ощущение удушья при попадании воды на лицо. Наличие таких расстройств хорошо запоминается и свободно вербализуется человеком при разговоре на эту тему.

3. Изменение ощущения чувства своего тела. Следует обратить внимание на то, в какой мере человек фиксирует внимание на своем теле, какой имидж тела у него существует. Не старается ли он одевать себя таким образом, чтобы избежать внимания к себе.

При наличии таких расстройств появляются неуклюжесть и неловкость в походке и в позе; отсутствие достаточного внимания к себе, проявляющееся в возникновении проблем с одеждой. Такие люди носят на себе большое количество одежды, не соответствующее времени года. Форма их одежды мешковатая, они испытывают затруднения в частичном снятии одежды в комнате, при раздевании на пляже, в бане, при отходе ко сну. Они проявляют чрезвычайную требовательность к отсутствию в это время посторонних со стремлением быть незаметными и не обращать на себя внимание окружающих.

4. Стремление быть во всем совершенным (и в хорошем и в плохом).

5. Наличие частых депрессивных состояний, возникающих в связи с отсутствием загруженности делами.

6. Частые отрицательные эмоции - такие, как злость и ярость; неспособность пациентов к распознаванию у себя этих эмоций, их выражению. Интенсивная враждебность по отношению ко многим вещам, иногда, например, по отношению к группе людей, имеющих общий признак с человеком, совершившим сексуальную агрессию. К такому признаку могут быть отнесены возраст, манера поведения, этнические признаки. Может присутствовать враждебность по отношению к целому полу.

7. Стремление контролировать мыслительный процесс, проявляющийся в медленном, осторожном характере речеобразования.

8. Стремление к дистанцированию, связанное с напряжением.

9. Непонимание юмора и отрицательное к нему отношение. Выраженная серьезность.

10. Ощущение, что за ними наблюдают, присматриваются к ним. Ожидание чего-то неожиданного.

11. Неспособность доверять кому-то, исходящая из предположения, что доверие всегда небезопасно. Возможна смена недоверия на тотальное доверие, производящая необычное впечатление.

12. Неприемлемость всего, что связано хотя бы с некоторой долей риска, или, наоборот, такой человек бросает вызов судьбе и постоянно рискует.

13. Страх потери контроля над собой, над своим поведением, над ситуацией. В связи с этим специалистами иногда диагностируется у таких людей наличие обсессивно-компульсивного поведения.

14. Стремление контролировать явления, не имеющие сколько-нибудь большого значения, связанные с желанием просто что-то контролировать.

15. Проблемы вины, стыда и низкой самооценки. Ощущение того, что они ничего не значат. Этим объясняется высокая оценка малых положительных стимуляций со стороны людей, сделавших немного, но высоко оценивающихся.

16. Чувство жертвы, приношение себя в жертву. Отсутствие чувства собственной силы. Субмиссивное (зависимое, подчиненное) поведение. Трудности в установлении границ поведения, связанные с непониманием того, что человек должен и чего не должен делать.

17. Трудности при необходимости сказать «нет», стремление заранее угадать то, чего хочет человек, созависимость. Страх покинутости, ожидание покинутости.
18. Блокировка памяти на события периода до 12 лет, могущая носить фрагментарный характер. Например, из памяти «исчезает» образ человека или территории.
19. Ощущение принадлежности к носителю тайны, секрета. Амбивалентность в поведении, выражающаяся, с одной стороны, в стремлении выдать тайну, а с другой стороны, страх того, что она будет раскрыта. Убеждение в том, что никто не поймет и не выслушает настоящего.
20. Общая скрытность.
21. Чувство, что они сходят с ума, сопровождающееся необычным ощущением нереальности окружающей обстановки (деперсонализация-дереализация с алиенофобией).
22. Тенденция к созданию фантастических миров и событий, в которых человек приобретает другую идентичность, противоположную прежней по содержанию. Таким образом, в мире фантазий происходит определенная компенсация, связанная с появлением альтернативной личности - например, другого пола, не выглядящей жертвой.
23. Отрицание с игнорированием многих явлений (например, неприятных переживаний, не касающихся сексуальной травматизации, минимизации травматизации), исходящее из того, что ничего особенного не произошло, все это объясняется игрой воображения и на самом деле все выглядело по-другому.
24. Подавление нежелательной информации.
25. «Неадекватные», неожиданные отрицательные реакции на события, на человека, на место. Сенсорные вспышки, во время которых неожиданно, например, во время разговора или в момент нахождения на улице, человек видит внутренним зрением вспышку света или у него возникает чувство чего-то знакомого, но времени на распознавание этого явления не хватает. Сенсорные вспышки повторяются, но значение их никогда не расшифровывается, смысл ситуации не «схватывается», несмотря на желание разобраться в этом.
26. Трудности в разговоре на сексуальную тему. Асексуальность. С одной стороны, ощущение секса как чего-то грязного с реакцией отвращения на прикосновение к их телу (очевидно, это является следствием затруднений в интеграции сексуальности и эмоциональности и затруднений в разделении сексуальности от агрессивности). С другой стороны, возможно доминирование насилия с элементами вызывающего и соблазняющего поведения.
27. Способность вступать в сексуальные отношения с незнакомыми представлена в большей степени по сравнению с неспособностью вступать в интимные отношения. Стремление к сексу сочетается со стремлением к агрессии, мести и ярости.
28. Сексуализация всех значимых отношений, возникновение эротических компонентов при отрицательных эмоциях, злости.
29. Сексуальные фантазии с элементами доминирования, насилия.
30. Проблемы с интимностью в широком смысле.
31. Избегание зеркал, отражающе связь со стремлением быть невидимым, недоверие к воспринимаемому образу себя в зеркале.
32. Возникающее иногда желание изменить имя, фамилию, по-другому себя обозначить.
33. Ограниченная способность переживать положительные эмоции с мыслями типа «Я никогда не могу быть по-настоящему счастливым и жизнерадостным человеком». Боязнь наступления у себя таких чувств, так как после того, как они проходят, наступает противоположное состояние. Недоверие к состояниям повышенного настроения в связи с их искусственностью, нетипичностью и кратковременностью.

34. Тихая, незаметная манера поведения, стремление не обозначать себя громкими звуками во время сексуальной активности, смеха, плача, разговора. Стремление управлять своим олосом. Такие лица говорят настолько тихо, что их трудно услышать.

35. Наличие чувства раздвоения и мира фантазий, в котором они выступают в другой ли. Перенос в реальный мир другой идентичности. Наличие других паттернов поведения, пример, во время отпуска в незнакомой обстановке.

## Психодинамика

Современные теоретические модели парафилии трактуют парафильное поведение следующим образом. Эгодистонические формы укладываются в обсессивно-компульсивное поведение. Стереотипные парафильные реализации с характерным эмоциональным эффектом (непреодолимое напряжение - импульсивная разрядка без борьбы мотивов с чувством удовольствия) относят к аддиктивному поведению. Этологическая модель проводит аналогию парафилии с поведением животных, объясняет парафильное поведение фиксацией филогенетических механизмов или регрессивным возвратом к ним.

Психоаналитическая модель интерпретирует парафилии как задержку психосексуального развития - недифференцированную «полиморфно-извращенную стадию» (З. Фрейд) как результат фиксаций. Фелляция (оральный секс на мужчине) и куннилингус (оральный секс на женщине) рассматриваются как оральная регрессия, предпочтение позы наездницы - как маскулинная тенденция к власти, анальный секс - как анальная фаза или гомосексуализм. Фрейд считал мазохизм вторичным, рассматривал его как поворот первичного садизма против Я в результате чувства вины, вызываемого суровым Суперэго. Он связывал развитие данного расстройства с женским стереотипом пассивного и рецептивного, отзывающегося поведения.

Неразрешенный эдипов комплекс тормозит идентификацию с агрессором - родителем своего пола и тем самым нормальную половую идентификацию; в результате возникает идентификация с родителем противоположного пола или выбор неадекватного объекта для либидо. Формируется патологический канал для сексуальных и агрессивных тенденций, которые не должны включаться в основное половое поведение. Извращенное сексуальное удовлетворение избавляет от страха кастрации со стороны отца и разлуки с матерью.

Эксгибиционизм и вуайеризм связаны с фиксацией на гениталиях (собственных и других) из-за страха кастрации. При этом жена эксгибициониста обычно доминирует, замещая мать, к которой большой в детстве был слишком привязан из-за невозможности идентифицироваться с чрезмерно авторитарным отцом. Демонстрация пениса женщине (обычно девочке или девушке) в качестве фаллического символа силы и изначального превосходства своего пола служит компенсацией испытанного в детстве чувства неполноценности и унижения.

Фетишизм - защита от коитофобии смещением либидо на неподходящий объект. Педофилия и сексуальный садизм - потребность доминировать для компенсации своей беспомощности в период эдиповой фазы. Сексуальный мазохист преодолевает страх перед болью, демонстрируя свою невосприимчивость к ней.

Г. Аммон, 1995 разделяет патологическое сексуальное поведение на деструктивное и дефицитное. Деструктивная сексуальность характеризуется отщеплением от аспекта идентичности, контакта и партнерства. Она не обладает аффективным моментом сексуальной встречи и может служить средством для достижения несексуальной цели. Ее варианты: садомазохизм, эксгибиционизм, фетишизм, проституция и т. п.

Дефицитная сексуальность выражается в форме импотенции, фригидности или отказа от секса. Она связана с интимофобией, нарциссизмом и дефицитной агрессией. Последняя проявляется в отсутствии потребностей, интересов и задач, пассивным уединением от людей и вещей с чувством внутренней пустоты и скуки, вины, уступчивости, неспособности к установлению контактов.

При гомосексуализме, транссексуализме и трансвестизме имеется идентификация с родителем противоположного пола. Сильное влияние оказывает симбиотическая связь с матерью у мальчиков и слабость или отсутствие отца, что затрудняет формирование адекватной половой идентификации. При этом отец может спастись от доминирующей жены бегством в работу или алкоголизм, может откупаться от жены ребенком в качестве игрушки. В свою очередь, жена может позволять мужу инцестуозное отношение к дочери, чтобы получить возможность отойти в сторону.

## Психотерапия

Направлена на формирование у пациентов адекватной самооценки. К. Дернер и У. Плог, 1997 применяют позитивное переформулирование:

- эксгибиционизм - решение проблемы чуждости, дистанцирования, устранения утаивания;
- фетишизм - символическая игровая любовь к другому как к объекту и устранение идеологии партнерства;
- садомазохизм - безусловность взаимного обращения друг к другу, роскошь реального времени и устранение идеологии гармонии прикладного значения любви;
- копрофилия - устранение барьера отвращения;
- педофилия - устранение возрастного барьера;
- геронтофилия - устранение идеологии молодости и красоты.

После осознания больным потребности, которую он реализует патологическим образом, осуществляется поиск приемлемых путей ее удовлетворения.

О. Ф. Кернберг, 1998 видит задачу лечения перверсии в том, «чтобы освободить инфантильную полиморфную перверсную сексуальность из ловушки, в которую ее заключила окружающая психопатология. Необходимо достигнуть такого положения, при котором полиморфные перверсные инфантильные фантазии и опыт пациента выразились бы в контексте глубоких объектных отношений, где нежность и эротика соединились бы и неизбежно соединились бы также эротика и агрессия, проявились бы наиболее глубокие конфликты относительно эдиповой ситуации и кастрационной тревоги.

При эксгибиционизме, вуайеризме, фроттеризме, садизме, фетишизме применяются также аверсионные методы - например, многократная мастурбация с использованием фетиша, пока тот не перестанет вызывать возбуждения вследствие насыщения.

Групповую терапию применяют при мазохизме, фроттеризме и педофилии (в последнем случае - в стационаре), на фоне лечения литием, финлепсином, соннапаксом, бромкамфарой. Назначают также антиандрогенные препараты, например ципротерон-ацетат (андрокур), блокирующий сперматогенез и тормозящий половое влечение у мужчин.

При аналитическом лечении сексуальной аддукции, в основе которой обычно лежит ангедония, надо быть готовым к развитию депрессии из-за ослабления в ходе анализа эротизированных защит. В этих случаях приходится временно назначать антидепрессанты.

## Клинические иллюстрации (из публикаций автора в «Спид-Инфо»)

### Всевидящее око

«Рискнула написать в вашу газету, чтобы хоть как-то восполнить опустошение. Рассказать об этом кому-то я не могу, а переживать все это в себе больше нет сил.

Я врач. Мой муж, программист по образованию, несколько лет назад занялся ремонтом компьютеров. Стали жить в некотором достатке. Недавно мы купили хорошую пятикомнатную квартиру, сделали евроремонт. Вернулся из армии сын Вадим (конечно, его зовут иначе), тоже занялся отцовским бизнесом. Потом открыл с приятелем магазин, где стал торговать видео- и другой техникой. Жил он с нами, копил деньги на собственное жилье. От помощи отца категорически отказывался, говорил, что всего добьется сам. Дочка готовилась поступать в медицинский. В общем, наша жизнь была безбедной и совершенно обычной.

Всю эту «нормальность» я воспринимала как тихое счастье и всегда благодарила судьбу. Пока однажды все это не превратилось в какое-то безумие.

Было утро. Я возвращалась с сурочного дежурства. Сын был в поездке, муж и дочь к этому времени должны были уйти, так что я не надеялась застать кого-то дома и мечтала поскорее лечь в постель. Войдя в квартиру, я услышала шум телевизора в комнате Вадима. Я обрадовалась возвращению сына и пошла поздороваться с ним. Чтобы сделать свое появление неожиданным, Я осторожно подошла к его двери и слегка приоткрыла ее. Конечно, в нашей семье не принято входить без стука, но мне хотелось сделать сыну приятное, тем более, что в прихожей я не увидела чужих вещей и была уверена, что он просто отдыхает с дороги.

Когда я заглянула в комнату, я увидела Вадима, лежащего на диване перед телевизором. Он был совершенно голый и, раздвинув ноги, онанировал, глядя на экран. В первую секунду мне стало ужасно стыдно, я хотела тут же закрыть дверь и уйти, но у меня подкосились ноги, когда я увидела, что смотрел сын по телевизору. На экране мужчина и женщина занимались любовью. Снято было сверху, как будто с потолка. Приглядевшись, я с ужасом узнала в мужчине своего мужа, а в женщине саму себя. Это была наша спальня, наша кровать, было слышно все, что мы с мужем говорили друг другу, как я стонала...

Я закрыла дверь и вышла на улицу. Стыду и отвращению не было предела. Я не знала, как вести себя, что делать. Как вернуться домой и как посмотреть сыну в глаза. В моей голове раз за разом прокручивалась эта гадкая сцена.

Когда я вернулась домой, сына уже не было. За книгами в шкафу я нашла несколько видеокассет. Я смотрела на экран и боялась сойти с ума от увиденного. Потом пошла искать скрытые камеры. Они были установлены по всей квартире. Две из них, в ванной и туалете, я нашла в вентиляционных вытяжках, в спальне - в декоративном подвесном потолке, в комнате дочери - над книжной полкой... Я увидела, как моя дочь моется и мастурбирует, как она занимается сексом со своим парнем. Потом я увидела, как занимается онанизмом мой муж. Это казалось галлюцинацией. За какие-то минуты я потеряла в душе самых дорогих мне людей. Сама себе я казалась грязной извращенкой, когда смотрела все это.

Одна мысль о том, что все это может открыться, приводила меня в оцепенение. Единственное, что я могла сделать - уничтожить камеры и кассеты.

...Вадим конечно же все понял, когда обнаружил пропажу кассет. Он снял квартиру, бывает у нас редко, иногда звонит. Недавно сказал, что собирается жениться. Он так и не знает,

кто уничтожил камеры. Муж и дочь даже не подозревают о случившемся, а я пытаюсь забыть, но всякий раз вспоминаю весь этот ужас и повторяю про себя одну и ту же фразу: «Господи, это не может быть правдой!»

Комментарий. Табуированное и потому сверхценное значение секса у женщины-врача можно объяснить наличием сурового Суперэго. Она защищается от него моральным осуждением секса, чувствами отвращения и стыда, магическим уничтожением «улик», молитвой с отрицанием реальности, завесой тайны вокруг секса, провоцирующей обнажить его. Обнаруживаются три круга подглядывания. В первом находится сын, во втором мать, подглядывающая за сыном и с его помощью - за остальными членами семьи. В третий круг приглашаются читатели (на миру и смерть красна). Суперэго вначале убило в этой женщине здоровый секс и восприятие близких как сексуально полнокровных, живых людей. Теперь в ее душе пусто-та, т. к. падшие ангелы изгнаны из рая. Осталось одно всевидящее Око.

## Ай-яй-яй, компания!

«В групповуху меня затащила моя подруга Ирина. Я тогда была совсем наивная девочка, сначала даже испугалась. Но Ирка подбодрила: «Ничего, будешь пока «гляделкой», понравится - включишься, никто насильно тащить не будет...» А я включилась с первого захода. Правда, сначала смущалась, но ребята оказались все такие милые...»

- Групповуха, групповой секс. Что заставляет людей искать иные формы сексуального удовлетворения взамен интимной близости двоих, созданной самой Природой?

- Дело в том, что группа по сравнению с одним человеком дает чувство единения с какой-то общностью. Это уже большая семья, большое Мы. Здесь свои теплые отношения, тут никто никому ничем не обязан. Здесь нет зависимости от человека, но есть зависимость от секса. Партнеры, как дети, объединены одной игрой и никакие другие отношения от нее не отвлекают.

- Но о каких теплых чувствах можно говорить, когда речь идет просто о компании подростков, которые после вечеринки обмениваются своими подружками? Или десяток парней с трема «коллективными давалками» развлекаются в подвале? Тоже семья?

- Вы путаете разные вещи. Групповой секс - это не просто много людей, занимающихся сексом сообща. То, о чем вы говорите, - обычные пьяные оргии, насилие или дешевая проституция. А в групповом сексе люди действительно живут как одна большая семья. Отношения здесь довольно длительные, но группа собирается только для секса, он их сближает и объединяет. Трагедия людей, занимающихся групповым сексом, в том, что они попадают в сильную зависимость от этого наркотика, особенно женщины.

- Почему именно они?

- Мужчина свою половую энергию легче может «перегонять», сублимировать в иную форму деятельности или времяпровождения. У большинства женщин на первом месте ценность любви. Так вот: если алкогольные компании создают мужчины, то секс-группы - женщины! И в моей врачебной практике не было случая, когда мужчина попал бы в столь же сильную зависимость от группового секса, в какой оказывалась женщина. В один половой акт вовлекаются сразу несколько человек, мозг получает многочисленные импульсы из разных эrogenных зон одновременно, женщине после такого трудно удовлетвориться ласками одного партнера.

«Мы собирались довольно часто. Ощущения каждый раз бывали восхитительными. Трудно передать, что я испытывала, когда меня ласкали одновременно и мужчина, и женщина. Они все такие разные, и у каждого есть что-то свое, своя изюминка...»

- Так групповой секс опасен абсолютно для всех?

- Я не стал бы этого утверждать. Все зависит от человека. Но групповой секс - это потенциальная опасность для любого, потому что мы недостаточно хорошо себя знаем. И не узнаем, пока не попробуем. А вот то, что существует много людей, предрасположенных к групповому сексу, - это факт. Сексоголики. Чем-то сродни алкоголикам. У них и схожий стереотип поведения - «грешу и каюсь», и та же уверенность, что можно бросить в любой момент, и та же непреодолимая тяга.

Для игры в Большой Секс нужен человек с подростковым восприятием, не развившийся в самостоятельную личность. Он может быть очень образованным, культурным, но не развитым в интимно-личном плане. Именно таких людей и толкает в секс-группу.

В такой группе есть своя структура, свое «ядро». Есть координатор, человек наиболее авторитетный в компании. Не обязательно самый темпераментный в сексуальном плане. Это своего рода Отец. Он назначает время и место, распределяет роли, с ним советуются, когда хотят привести новичка. Есть женщина - Мамочка, создающая уютное, домашнее настроение. Обязательно существует Принцесса - самая сексапильная, заводная. И конечно, ее мужской аналог, неутомимый бычок-производитель, Мачо. Остальные на второстепенных ролях. Когда в группу приводят новенького, его опекает и ведет это «ядро».

- Если человека затягивает, можно ли его вытащить?

- Только в том случае, если он сам хочет поменять свой образ жизни. Важно найти новое увлечение. Недавний пример. Молодая, очень симпатичная девушка. Приехала в Москву. Почти никого здесь не знала. Подружки втянули в групповуху. А она явно не создана для этого, хотя очень темпераментная. У нее вскоре началась сильная депрессия, развилось кризисное состояние. Она попала ко мне на ранней стадии. Я помог ей сменить среду. До групповухи она увлекалась живописью, джазом, и я постарался найти ей друзей со сходными интересами. Правда, приятели из группы пытались завлечь девушку обратно. Но теперь я за нее спокоен. Человеку помочь не так уж трудно, если он сам этого хочет.

## Сладкая смерть

Знаменитую американскую танцовщицу Айседору Дункан задушил собственный автомобиль, намотав на свое колесо ее слишком длинный шарф. Что она испытывала в эти последние секунды?

Ежегодно в мире около тысячи человек умирают от так называемого скарфинга (от англ. шарф). Речь идет о самоповешенных во время мастурбации женщинах и мужчинах. Нет, они не хотят покончить с собой, а стремятся лишь к «легкому удушью», накидывают петлю для того, чтобы получить особое удовольствие. Дело в том, что в сексуальном фольклоре бытует некий миф, что прекращение в момент оргазма притока крови к мозгу многократно увеличивает чувство экстаза. К сожалению, иногда петля затягивается сильнее, чем было запланировано. И тогда из-за помрачения сознания жертва уже не в состоянии развязать свою удавку, с которой «занималась любовью».

В моей практике суицидолога мне не раз приходилось сталкиваться с самоповешением, но один случай стоит особняком. Парень поспорил с девушкой, что сумеет сам выбраться из петли и повис на веревке, привязанной к трубе водяного отопления. Спор он проиграл, но краснеть перед девушкой ему пришлось по другой причине: она подумала, что он обмочился со страха. Этот парень и озадачил меня впервые вопросом: какая связь между удушением и оргазмом?



В головном мозгу находятся два центра эякуляции: корковый и подкорковый. Корковый центр обеспечивает сознательный контроль, например, когда надо оттянуть наступление или уменьшить проявления оргазма. Подкорковый центр вместе со спинномозговым включает семяизвержение, которое уже не остановить.

Корковые клетки сложнее и чувствительнее к недостатку кислорода, чем клетки подкорки. Поэтому при удушении корковый центр оргазма отключается первым. В результате подкорковый центр растормаживается, уровень сексуального возбуждения повышается.

К тому же сдавливаемые веревкой сонные сплетения бомбардируют мозг болевыми импульсами. Мозг реагирует на нехватку кислорода и боль противошоковой терапией - выбросом внутреннего морфия, эндоморфина. Экономная природа, однако, использует это же средство и для подкрепления такого богоугодного дела, как размножение: сладострастные ощущения во время сексуальной разрядки также обеспечиваются эндоморфином. Шок и сексуальное возбуждение поджигают эту свечу с обоих концов.

Но это еще не вся хитрость. Ни один самый осторожный предохраняющийся любовник не сосредоточен так на приближении оргазма, как скарфингер. От страха полностью потерять самоконтроль он максимально сосредоточен на своих ощущениях, и это обостряет их до предела.

Вы спросите, а как насчет мазохизма у скарфингеров? Да, использование мучительных ощущений для получения оргазма характерно все же для мазохистов. Какую-то роль здесь может играть случайное совпадение неприятных ощущений и сексуального возбуждения, ведь у впечатлительного ребенка условный рефлекс вырабатывается за один раз. Возможна и наследственная предрасположенность к данному психосексуальному типу.

Чем еще отличаются скарфингеры? Потребность в сексуальном допинге и аутоэротические тенденции вместо партнерской любви говорят о незрелости их половой сферы. Известный авантюризм, тяга к риску свидетельствуют о подростковом уровне личности, когда важнее всего «что я могу» и ценится больше сила, а не качество чувств и ощущений. Ценность собственной жизни при этом еще недостаточно осознана и стоит ниже, чем чувственное удовольствие.

Такой комплекс обычно бывает у юношей и девушек, «недоласканных» в детстве, которых тянет в кайф, балдеж, расслабуху - в нирвану материнской утробы. Назад - в то время, когда они были счастливы! Кстати, не родились ли они с обвитием пуповины, роль которой потом выполняет шарф?

## Тесты

1-4. Обозначьте следующее:

- А. внутренняя половая идентификация
- Б. полоролевое поведение
- В. полоролевая идентификация
- Г. сексуальная идентификация
- Д. сексуальный стереотип.

7. Внутренний опыт сексуальных стимулов и самообозначения.

- 2. Внутреннее убеждение в том, что данный человек является мужчиной или женщиной.
- 3. Самооценка личностью психологических маскулинных и фемининных черт.
- 4. Объективный рисунок сексуального поведения.
- 5. Правильные утверждения по поводу фетишизма включают следующие, **кроме:**

А. он встречается у лиц как с гомосексуальной, так и с гетеросексуальной ориентацией

- Б. он встречается как у мужчин, так и у женщин
- В. он обычно включает неодушевленный объект
- Г. он часто связан с мастурбацией
- Д. он часто сочетается с другими перверсиями.

6. Все следующие утверждения по поводу фетишистского трансвестизма верны, **кроме:**

- А. он встречается у мужчин-гомосексуалистов
- Б. отмечаются сексуальное влечение и возбуждающие фантазии, связанные с переодеванием в одежду противоположного пола
- В. мастурбация часто связана с фантазиями на тему сексуальной привлекательности при переодевании в женскую одежду

Г. расстройство часто начинается в детском или подростковом возрасте

Д. желания произвести операцию по изменению пола нет.

7-8.

- А. расстройство половой идентификации
- Б. фетишистский трансвестизм
- В. оба
- Г. ни одно.

7. Постоянный дискомфорт и чувство несоответствия официальному полу.

8. Переодевание в одежду противоположного пола с целью полового возбуждения.

9. Хотя гомосексуализм является спорным вопросом психиатрии, большинство современных психиатров считает его:

- А. расстройством личности
- Б. неврозом
- В. генетически обусловленным заболеванием головного мозга
- Г. формой полового извращения
- Д. вариантом сексуального предпочтения.

10-12. 33-летний мужчина приходит на консультацию по поводу хронической тревоги. Он оценивает свой брак как очень счастливый, и сексуальный анамнез включает ежедневные и удовлетворяющие контакты с женой. Он также мастурбирует 3-4 раза в неделю. Он отмечает, что у него сексуальное влечение было высоким с подросткового периода. Его сексуальные фантазии преимущественно гетеросексуальны, но при мастурбации иногда бывают гомосексуальные фантазии. Будучи взрослым, несколько раз во время путешествий он вступал как в гетеросексуальные, так и в гомосексуальные связи, которые вспоминает как приятные. Описывая некоторое временное чувство вины по поводу «измены» жене, он не испытывает тревоги или волнения по поводу своей сексуальности и не считает это причиной проблемы.

10. На основании сексуального анамнеза больного можно предположить диагноз:

- А. шизотипического расстройства личности
- Б. антисоциального расстройства личности
- В. нарциссического расстройства личности
- Г. пограничного расстройства личности
- Д. ни один из вышеперечисленных.

<sup>1</sup> 7.1. Какое из следующих утверждений наиболее вероятно является правильным по поводу мастурбации пациента и общей сексуальной активности:

- А. у пациента отмечается сексуальное влечение выше среднего, но оно остается в рамках нормального
- Б. регулярная мастурбация у женатого мужчины, у которого возможно сношение, является патологической

В. у пациента возможна гипомания

Г. регулярность мастурбации заставляет предположить, что он ложно описал свои сексуальные отношения с женой как приносящие удовлетворение

Д. пациент, вероятно, страдает психозом.

12. Какое из следующих утверждений наиболее вероятно является правильным по поводу периодических гомосексуальных фантазий и нескольких гомосексуальных связей в зрелом возрасте:

А. пациент практически несомненно является скрытым гомосексуалистом

Б. отсутствие тревоги или озабоченности по поводу сексуальной жизни предполагает наличие психопатологии

В. он может быть бисексуалом, но в анамнезе нет данных, предполагающих сексуальную психопатологию

Г. необходимо присоединить семейную психотерапию

Д. у пациента отмечается нарушение внутренней половой идентификации.

13. Традиционный психоанализ используется для лечения лиц со следующими состояниями кроме:

А. конверсионных расстройств

Б. обсессивно-компульсивных расстройств

В. расстройств личности

Г. психотических расстройств

Д. некоторых перверсий.

### Ответы

1-4. Правильные ответы 1-Г, 2-А, 3-В, 4-Д. Сексуальная идентификация означает то, как личность субъективно переживает характер сексуального возбуждения. Она включает осознание того, что переживается как эротическое и желаемое, и является частью общего чувства «Я». Например, человек, который переживает как гомосексуально, так и гетеросексуальное эротическое возбуждение, мог бы обратиться к психиатру вследствие нарушения сексуальной идентификации.

Внутренняя половая идентификация отражает самооценку биологического пола. Таким образом, она представляет решение личности относительно того, является ли она женщиной или мужчиной. Обычно она соответствует биологическому полу, но она может быть неясной при некоторых формах гермафродитизма, а также при нарушениях половой идентификации, таких, как транссексуализм.

Полоролевая идентификация означает самооценку и самосознание, которые выражаются в уверенности «Я-мужчина» или «Я-женщина». Она развивается до взрослого состояния и иногда колеблется как отражение оценки личностью ее чувств, поведения и поступков. Она тесно связана со степенью, в которой индивид чувствует себя соответствующим предписываемой культуральной роли.

Сексуальный стереотип означает объективный рисунок сексуального поведения. Он более всеобъемлющий, чем предпочтение особого сексуального объекта или специфической сексуальной активности, но он является глубинной информацией о том, что может вызвать эротическое желание. Он играет большую роль в сексуальной идентификации личности (субъективное самообозначение), а также формирует характер объектов, определяющих сексуальные фантазии и поведение индивида.

5. Правильный ответ Б. Фетишизм был описан только у мужчин и в типичных случаях включает неодушевленные предметы, ассоциирующиеся с людьми и частями их тела. Он встречается у лиц как гетеросексуальной, так и гомосексуальной ориентации, часто в сочетании с другими парафилиями. Фетишизм часто сочетается с мастурбацией, но иногда может являться частью сексуального контакта с партнером.

6. Правильный ответ А. Фетишистский трансвестизм является состоянием, которое чаще наблюдается у гетеросексуальных мужчин, испытывающих повторное и сильное сексуальное возбуждение, связанное с переодеванием в женскую одежду. Во время переодевания часто отмечается мастурбация с фантазиями относительно сексуальной привлекательности. Надевание предмета женской одежды или переодевание в женское платье может являться возбуждающим объектом и при половом контакте. Это состояние обычно наступает в детском или раннем подростковом возрасте. Мужчины с этим расстройством считают себя мужчинами, но отмечают некоторую неудовлетворенность, связанную с полом. Для установления диагноза подобное поведение должно сохраняться по меньшей мере в течение 6 мес.

7-8. Правильные ответы 7-А, 8-Б. Расстройство половой идентификации характеризуется чувством несоответствия анатомического пола, а также желанием жить или восприниматься окружающими как человек другого пола. Такие люди часто хотят изменить свой пол хирургическим путем. Переодевание в одежду противоположного пола производится не с целью вызвать сексуальное возбуждение, а для воплощения в жизнь своей половой идентификации.

Фетишистский трансвестизм отличается тем, что он отмечается у мужчин с гетеросексуальной ориентацией, которые не хотят стать женщиной, но испытывают половое возбуждение и возбуждающие фантазии при переодевании в одежду противоположного пола.

9. Правильный ответ Д. Хотя раньше гомосексуализм считался вариантом полового извращения, с современной точки зрения Американской психиатрической ассоциации гомосексуализм считается не психическим нарушением, а вариантом сексуального предпочтения. Это изменение частично базируется на сводных данных о том, что частота и тип психопатологических феноменов у гомосексуалистов не отличаются от таковых у гетеросексуалов. Этиология гомосексуализма остается неясной и спорной. Многие психиатры считают, что существует биологическая предрасположенность, которая по мере развития приобретает психологическую реализацию.

10-12. Правильные ответы 10-Д, 11-А, 12-В. В анамнезе пациента нет ничего, что могло бы предполагать наличие личностного расстройства. Отличительным признаком личностных расстройств является устойчивое сочетание поведенческих отклонений или черт, приводящих к значительным нарушениям социального и профессионального функционирования или субъективному страданию. В анамнезе нет подобного страдания или нарушения функционирования. Хотя некоторые люди в нашем обществе и могли бы осудить его сексуальное поведение с точки зрения морали, такие заключения не являются частью диагностического процесса.

Пациент рассказывает о том, что он испытывает оргазм примерно 9-10 раз в неделю и описывает высокое сексуальное влечение с подросткового возраста. Хотя эта частота и выше, чем у большинства мужчин немного старше 30 лет, это не выходит за рамки нормы и не является патологическим. Аналогично, наличие мастурбации у женатого мужчины не является необычным и само по себе не является признаком сексуального расстройства или супружеских проблем. Это может быть связано с более высоким уровнем возбуждения, чем требуется для удовлетворения партнера, и удовлетворяет сексуальные импульсы, которые не могут быть реализованы иначе, или доставляет удовольствие иным способом. Так как мастурбация иногда мотивируется желанием скорее облегчить тревогу, чем удовлетворить сексуальное влечение, она может быть также связана с генерализованной тревогой у данного пациента. Маниа-

кальные и гипоманиакальные больные часто испытывают повышенное сексуальное влечение и у них отмечается более высокая частота его удовлетворения, но это отмечается периодически, а не постоянно на протяжении жизни.

Сексуальное поведение и фантазии колеблются от чисто гетеросексуальных до чисто гомосексуальных. Многие мужчины, преимущественно гетеросексуальной ориентации, иногда проявляют гомосексуальное поведение или фантазии, а также существует много мужчин преимущественно с гомосексуальной ориентацией, способных к гетеросексуальному возбуждению. Наличие гомосексуального возбуждения или поведения не может считаться сексуальным расстройством. Хотя психотерапевтическое интервью может выявить сексуальный конфликт или нарушение супружеских отношений, настоящие данные не предполагают их наличие в данном случае.

13. Правильный ответ Г. Психиатрический анализ обычно используется для лечения лиц с длительно существующими невротическими нарушениями и характерологическими расстройствами. Эти нарушения включают конверсионные и обсессивно-компульсивные расстройства, фобии и некоторые перверсии. Обычно больные с психотическими расстройствами и лица, злоупотребляющие психоактивными веществами или алкоголем, имеют психопатологические отклонения слишком тяжелые, чтобы выдержать условия анализа. Они, несомненно, являются исключением.

### Рекомендуемая литература

- Абрахам К. Мужчина, который любил корсет // Знаменитые случаи из практики психоанализа. - М., 1995. - С. 40-53.
- Даулинг С. (ред.). Психология и лечение зависимого поведения. Пер. с англ. - М., 2000.
- Дернер К., ПлогУ. Заблудаться свойственно человеку. Учебное пособие по психиатрии и психотерапии. Пер. с нем.-СПб., 1997.
- Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. доп. под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М., 1998.
- Каприо Ф. Многообразие сексуального поведения. Пер. с англ. - М., 1995.
- Келли Г. Основы современной сексологии. Пер. с англ. - СПб., 2000.
- Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. Пер. с англ. - М., 1998.
- Кернберг О.Ф. Отношения любви: норма и патология. Пер. с англ. - М., 2000.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. - М. - Екатеринбург., 2000.
- Кришталь В. В., Григорян С.Р. Сексология. Т.5. Судебная сексология. - Х., 1999.
- Мастере У. и др. Основы сексологии. Пер. с англ. - М., 1998.
- Фрейд З. Три очерка по психологии сексуальности // Психология бессознательного. - М., 1990. - С. 123-201.

### Дополнительная литература

- Абрагам К. Исследования о самой ранней прегенитальной стадии развития либидо // Классический психоанализ детского возраста. - Красноярск, 1994. - С. 9-37.
- Адам Р. Аутоэротика с точки зрения психоанализа // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. Пер. с нем.- М., 1998. - С. 407-415.
- Алби Ж.-М., Паше Ф. Психоаналитическая концепция мазохизма со времен Фрейда: превращения и идентичность // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. - М., 1998. - С. 483-498.
- Аммон Г. Динамическая психиатрия. - СПб., 1995.
- Белкин А. И. Третий пол. Судьба пасынков Природы. - М., 2000.
- Белкин А. И., Карпов А. Транссексуализм: методические рекомендации по смене пола. - М., 1991.

- Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии. Пер. с англ. - Екатеринбург., 1998.
- Венера в мехах. Л. фон Захер-Мазох. Венера в мехах. Ж. Делез. Представление Захер-Мазоха. З. Фрейд. Работы о мазохизме. Пер. с нем. и фр. - М., 1992.
- Голод С.И. Социально-психологические проблемы проституции. - М., 1988.
- Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. Пер. с англ. - М., 2000.
- Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка. // Психоанализ в развитии: Сб. переводов. - Екатеринбург., 1998. - С. 59-107.
- Кришталь В. В., Григорян С.Р. Сексология. Т.5. Судебная сексология. -Х., 1999.
- Лангер Д. Сексуальные деликты, сексуальные девиации, транссексуальность. // Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Пер. с нем. - М., 1999. - С. 185-191.
- Макдугал Дж. Тысячеликий Эрос. Психоаналитическое исследование человеческой сексуальности. Пер. с англ.-СПб., 1999.
- Маркиз де Сад и XX век. Пер. с фр. - М., 1992.
- Моник Ю. Кастрация и мужская ярость. Фаллическая травма. Пер. с англ. - М., 1999.
- Моник Ю. Фаллос. Священный мужской образ. Пер. с англ. - М., 2000.
- Нохурова А. Нарушения сексуального поведения. - М., 1988.
- Паджаковска К. Извращение. - М., 2002г
- Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - СПб., 2000.
- Райх В. Характероанализ: Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков. Пер. с нем. и англ. - М., 1999.
- Сокаридес Ч.В. Значение и содержание отклонений в сексуальном поведении // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. Пер. с нем. - М., 1998. - С. 729.
- Тауск В.К. К психологии детского сексуальности // Клинический психоанализ детского возраста. - Красноярск, 1994.-С. 85-101.
- Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Пер. с нем. - Мн., 1999.
- Ткаченко А.А. Клиника и судебно-психиатрическая оценка экибистицизма: Методические рекомендации. - М., 1990.
- Ткаченко А.А. Экибистицизм: попытка психодинамического подхода // Росс, психоан. вестн., 1991. - № 1. - С. 90-114.
- Ткаченко А.А., Якубова А.В. Садомазохистское влечение и механизмы психологической защиты // Росс, психоан. вестн., 1992. - № 2. - С. 79-96.
- Топорова Л.В. Творчество Мелани Кляйн. - СПб., 2001.
- Усков А. Извращенность: проблема личности и общества // Моск. психотер. журн., № 4. - С. 55-69.
- Фрейд З. Леонардо да Винчи. Воспоминание детства. Рост. н/Д., 1990.
- Фрейд З. Характер и анальная эротика // З. Фрейд и психоанализ в России. М. - Воронеж, 2000. - С. 196-201.
- Фэн М., Марта П. Функциональные аспекты и структурирующая роль гомосексуального катексиса в ходе психоаналитического лечения взрослых // Антология современного психоанализа. Т.1. - М., 2000. - С.273-281.

## Глава 11

# АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Типичный аффективный синдром включает обязательную триаду симптомов: расстройство эмоций, воли и течения ассоциативного процесса, а также дополнительные симптомы: нарушения самооценки, влечений, тенденций и поведения.

В МКБ-10 включены следующие аффективные расстройства: депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия, реактивная депрессия, маниакальный эпизод, биполярное аффективное расстройство, циклотимия.

Классификация аффективных синдромов основана на трех параметрах:

1. аффективный полюс: депрессивный, маниакальный, смешанный;
2. структура: типичная, атипичная;
3. степень выраженности: психотический, непсихотический.

### Депрессивные синдромы

*Типичный депрессивный синдром* (психотическая депрессия классического типа). Ведущим симптомом является витальная (лат. уйа - жизнь) тоска с ангедонией (пейопе - наслаждение), апатией (ара(пе)а - бесчувственность) с неспособностью плакать. Обязательные симптомы - заметные внешне гипобулия (Ы!е - воля), гипокинезия (йпеаз - движение), замедление темпа мышления (депрессивная триада). Дополнительные симптомы - пессимистическая оценка своего прошлого, настоящего и будущего с идеями виновности, самоуничтожения, суицидальными тенденциями.

Характерны бредовые идеи отношения (всеобщего плохого отношения к больному), преследования, разорения, болезни (ипохондрический бред или нигилистический - с убежденностью в отсутствии функций внутренних органов или их атрофии). Наблюдаются также обусловленные депрессивным аффектом слуховые и зрительные галлюцинации.

Отмечаются соматические проявления: утомляемость, жажда (фр. адИаИоп - возбуждение), анорексия или гиперфагия с утратой вкуса пищи, бессонница или сонливость, аменорея, отсутствие либидо.

*Типичный субдепрессивный синдром* (непсихотический) характеризуется нерезко выраженной тоской, субъективно переживаемой гипобулией и замедлением темпа ассоциативного процесса.

По ведущему синдрому депрессивные состояния классифицируют следующим образом:

*простые депрессивные состояния* с преобладанием гипотимических расстройств или нарушений энергетического характера (меланхолическая, тревожная, анестетическая, адинамическая, апатическая, дисфорическая депрессия);

*сложные (атипичные) депрессивные состояния* (сенесто-ипохондрическая депрессия, депрессивно-бредовой синдром, депрессивно-параноидный синдром с псевдогаллюцинациями, бредом и кататоническими расстройствами). Депрессивное содержание бреда отличает атипичный МДП от приступов шизофрении.

*Депрессивно-параноидный синдром* включает тревожно-тоскливый аффект, замедление и ускорение течения ассоциаций, чувственный бред (осуждения, преследования), бред особого значения, чередование гипокинезии и ажитации, отдельные кататонические симптомы. Наблюдаются также парейдолии (живые зрительные иллюзии), аффективные вербальные иллюзии, функциональные галлюцинации (стимулируемые реальными раздражителями), псевдогаллюцинации - произвольные яркие чувственные представления. Максимально выраженная клиническая картина наблюдается при синдроме Котара: идеи принимают фантастический характер нигилистического ипохондрического бреда или бреда гибели мира. Ассоциации ускоряются до вихря идей, появляется бред интерметаморфоза (постоянно изменяющееся восприятие окружающего), бред двойника с ложными «узнаваниями». Ажитация может доходить до раптуса - импульсивного взрыва отчаяния, в котором больной буквально бьется головой о стену с целью самоубийства.

*Атипичный депрессивный синдром* нередко наблюдается в виде *тревожной* (тревожно-ажитированной) депрессии, для которой характерны: выраженная тревога, ускорение темпа мышления до вербигерации (лат. уегЪит - слово, дего - совершаю) - бессмысленного стереотипного повторения фраз или слов. Ажитация может доходить до раптуса. Наблюдаются также бредовые идеи вины, слуховые галлюцинации: голоса, которые порицают или высмеивают больного, предрекают ему мучительное наказание; похоронное пение и плач и т. п. К атипичным субдепрессивным синдромам относятся следующие:

*астено-депрессивный синдром*: нерезко выраженная тоска, повышенная утомляемость, эмоциональная и психическая гиперестезия (ае\$!пеБ1з - ощущение, греч.), эмоциональная лабильность;

*динамическая субдепрессия*, безразличие, вялость, апатия, бессилие, сонливость;

*анестетическая субдепрессия*: тоска с мучительным переживанием «бесчувствия», внутренней опустошенности, утраты любви к близким; гипобулия, тревога, деперсонализация-дереализация;

Выделяют *ларвированные (скрытые, латентные, маскированные, соматизированные) депрессии*, которым присущи следующие особенности (по А. В. Рустанович и В. К. Шамрей, 2001):

- начало заболеваний, как правило, не связано с влиянием психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов;
- преобладание общесоматических и вегетативных жалоб, не укладывающихся в клинику соматических заболеваний;
- витальный оттенок сниженного настроения («тяжесть на душе» с явлениями идеаторной и двигательной заторможенности, а также стойкими расстройствами сна, анорексией, снижением либидо и общего «упадка сил»);
- наличие суицидальной готовности;
- фазное течение, с суточными колебаниями настроения и самочувствия;
- наследственная отягощенность аффективными расстройствами;
- положительный эффект при лечении антидепрессантами.

Ларвированные депрессии наблюдаются в следующих вариантах: астено-сенестопатический, вегето-висцеральный, агрипнический (диссомнический), а также такие *депрессивные*

*эквиваленты*, как обсессивно-фобический (вариант) и периодическая импотенция. Из-за выраженных болей (сенестопатий, сенестоалгий) пациенты постоянно обращаются к врачам, настаивают на многочисленных обследованиях. Обращают на себя внимание суточные колебания интенсивности болей (с большей выраженностью утром, как и все остальные проявления эндогенной депрессии). Характерны также тревожные пробуждения по утрам и сезонность обострений. Аффективные расстройства расценивают обычно как реакцию на соматическое состояние. Больным обычно назначают болеутоляющие, в том числе наркотические препараты, что может приводить к формированию наркомании. Самолечение нередко включает алкоголизацию и соответственно - развитие алкоголизма.

Наличие неопределенных болей и фиксация на соматических жалобах может быть отправной точкой для диагностики депрессии. Часто у больных депрессией клинически представлен определенный соматический симптом, такой, как боль в спине, а не психологические нарушения. Однако депрессивный синдром также может быть связан с наличием соматического заболевания, такого, как нераспознанное злокачественное новообразование, или быть проявлением эндокринопатии. Вирусные заболевания, особенно в инкубационном и продромальном периодах, также могут приводить к развитию депрессивной симптоматики. Таким образом, больной с признаками депрессии должен быть подвергнут тщательному соматическому обследованию.

**Рекуррентное депрессивное расстройство (циркулярная депрессия).** Характеризуется циклическим течением с полным восстановлением до обычной нормы в интермиссии. Повторный приступ болезни обычно возникает через несколько месяцев. С возрастом продолжительность и частота депрессивных эпизодов увеличиваются. Риск рецидива возрастает в случаях двойной депрессии, когда приступ возникает на фоне дистимии.

**«Родильная грусть».** Проявляется обычно в виде эмоциональной лабильности, слезливости, раздражительности, расстройствах сна, утомляемости, иногда - легкой спутанности. Является транзиторным состоянием, которое проходит через 2-3 недели. Развивается у 50 - 80 % молодых матерей в первую неделю после родов и отличается от послеродовой депрессии. Последняя характеризуется более тяжелой симптоматикой и тем, что она сохраняется в течение первого месяца после родов.

**Дистимия (невротическая депрессия, депрессивный невроз).** Психогенно (как результат длительной психотравмирующей ситуации) обусловленная субдепрессия с преобладанием грустного настроения, адинамией, нередко с навязчивыми идеями и сенестопатическими-ипохондрическими проявлениями. Развивается чаще у людей, в преморбидном состоянии которых отмечают прямолинейность, ригидность, гиперсоциальность, бескомпромиссность в сочетании с неуверенностью, нерешительностью в определенных ситуациях. Этим лицам свойственна аффективная насыщенность переживаний со стремлением тормозить внешние проявления эмоций. Психотравмирующие ситуации, как правило, длительные, субъективно значимые, неразрешимые и в значительной мере обусловлены преморбидными особенностями личности больных.

Заболевание начинается со снижения настроения со слезливостью и идеями несправедливого отношения к себе. Выражены астеновегетативные расстройства: затрудненное засыпание, тревожное пробуждение, слабость, разбитость, головная боль по утрам, стойкая гипотония, спастический колит (однако запоры реже, чем при эндогенной депрессии). Сексуальные дисфункции и эмоциональные нарушения усугубляют проблемы в семейно-личной сфере.

У многих больных, особенно при семейно-сексуальном характере конфликта, отмечается «бегство в работу», где состояние нормализуется. Пониженное настроение больные обычно

связывают не с конфликтом, а с соматическим состоянием. Ипохондрическая фиксация наряду с трудностями в общении и сосредоточении внимания снижают трудовые возможности больных. Хотя их высказывания отражают содержание психотравмирующей ситуации, они не замечают ее реальных трудностей и строят неоправданно оптимистичные планы на будущее.

Дистимия может переходить в рекуррентное депрессивное расстройство и биполярное аффективное расстройство. Нередко отмечается компульсивное употребление психоактивных веществ и алкоголя, что может приводить к развитию наркомании и алкоголизма.

**Реактивная (психогенная) депрессия.** Развивается в ситуации утраты жизненно важной для данной личности ценности. Имеет значение личностный преморбид: обычно обнаруживается акцентуация по сенситивному, астеническому, психастеническому и лабильно-истероидному типу. Определенную роль играет также соматическое состояние: эндокринная перестройка, астенизация вследствие перенесенной болезни, переутомления, длительно существующей конфликтной ситуации. И. В. Полякова, 1988 выделяет два клинических варианта: тревожно-тоскливый и истеро-депрессивный, отличающиеся наиболее выраженным суицидальным риском.

При тревожно-тоскливом варианте наблюдается фиксация больного на утрате; при этом • тревожность сочетается с внутренним напряжением, беспокойством за свою судьбу и судьбу близких. Больные жалуются на тоску и интеллектуальную заторможенность, снижение умственной работоспособности, высказывают идеи собственной малоценности™, пессимистически ки оценивают свое прошлое, настоящее и будущее. Самоубийство воспринимается ими как единственный выход из мучительной ситуации.

Истеро-депрессивный вариант отличается острым началом, капризно-раздражительным оттенком настроения, яркостью и выразительностью высказываний. Наблюдаются функциональные соматовегетативные и легкие конверсионные расстройства, ухудшаются аппетит и сон. Работоспособность снижается: больные с усилием справляются с неотложными делами, испытывая затем выраженную усталость. Суицидальные тенденции нередко используются вначале для улучшения ситуации; безуспешность подобного поведения может приводить к импульсивным суицидальным попыткам по механизму «последней капли». Мотивацией подобных попыток обычно является «призыв о помощи» или «протест против несправедливости».

В суицидологической практике встречается *отставленная психогенная депрессия*, развивающаяся спустя какое-то, иногда довольно значительное время после вызывающего события. Все это время личность пытается справиться с переживаниями, но это ей не удается, и постепенно начинают нарастать астено-депрессивные расстройства, отличающиеся фрагментарностью и рудиментарностью симптоматики. На фоне дистимии наблюдаются слезливость, бессонница, повышенная утомляемость, вялость, чувство бессилия. На этом фоне у больных возникает чувство «усталости от жизни», убеждение, что они «сломлены», обречены владеть жалкое существование. У них быстро формируются суицидальные замыслы, они тщательно подготавливают самоубийство, совершают его в одиночестве, обычно оставляют предсмертную записку. Если случайно их удается спасти, они обычно повторяют суицидальную попытку. Отставленная психогенная депрессия имеет тенденцию к хроническому течению.

## Маниакальные синдромы и МДП

*Типичный маниакальный синдром* (психотический, мания классического типа): выраженная эйфория, гипербулия со значительной отвлекаемостью и непродуктивностью мышления до скачки идей (*ментизм*), повышенная самооценка до бредовых идей величия, необыкновен-

ных способностей, богатства и высокого происхождения; могут наблюдаться слуховые галлюцинации, содержание которых соответствует аффекту и бреду. Отмечаются повышенная общительность, беспорядочные половые связи, легкомысленные поступки, лживость, бестактность, алкоголизация, азартные игры, ненужные «масштабные» закупки. Характерны многоречивость, дальние телефонные звонки по утрам, у женщин - яркие экстравагантные наряды и украшения. Больные убеждены в целесообразности своих импульсивных действий. К соматическим проявлениям относятся пониженная потребность во сне, повышенное сексуальное влечение, похудание - в частности, из-за повышенной активности и нерегулярности питания. *Типичный гипоманиакальный синдром* (непсихотический): эйфория, гипербулия, ускорение темпа мышления, отвлекаемость внимания, повышенная продуктивность.

*Атипичные маниакальные синдромы* (психотические): мания с преобладанием идей величия, преследования или ревности, экзотически-экзальтированная мания, гневливая мания (с постоянными конфликтами). Кроме того, наблюдаются мания с острым чувственным бредом преследования, мания с галлюцинациями и псевдогаллюцинациями, острым фантастическим бредом, онейроидными (сновидными) расстройствами, а также маниакально-параноидный, маниакально-кататонический (с нарушением мышечного тонуса) и маниакально-гебефренический (дурашливый) синдром.

*Маниакально-бредовой синдром* отличается от классической мании развитием бреда преследования, протектората (высокой поддержки), высокого происхождения. При маниакально-галлюцинаторном синдроме наблюдаются еще и информирующие голоса, содержание которых совпадает с аффектом и бредом.

*Маниакально-кататонический синдром* характеризуется эмоциональной взбудораженностью с эйфорическим оттенком, кататано-гебефреническим возбуждением с дурашливостью и негативизмом, ускоренной разорванной речью. Могут быть нелепые бредовые высказывания и галлюцинаторные эпизоды соответствующего аффекту содержания.

*Атипичный гипоманиакальный синдром* (непсихотический) проявляется в форме гипомании с психопатоподобным поведением.

Важно заметить, что в период смещения полюса аффективных расстройств наблюдаются депрессия с возбуждением (суицидоопасная), маниакальное состояние с торможением. Дисфорическое состояние (приступ тоски, тревоги, страха со злобой, агрессивными и аутоагрессивными действиями).

**Маниакально-депрессивный психоз (МДП), биполярное аффективное расстройство.** Для мягких, ослабленных вариантов болезни применяют термин **циклотимия**, который в МКБ-10 выведен за рамки биполярного аффективного расстройства в группу флюктуирующих аффективных расстройств наряду с дистимией.

Заболевание является эндогенным, протекает в виде приступов аффективных расстройств с полным восстановлением психического здоровья и отсутствием изменения личности в ремиссии (лат. гегшзю - ослабление). Болезнь может протекать в виде биполярных приступов (МДП) и монополярных (монополярный депрессивный психоз и монополярный маниакальный психоз). В обеих фазах наблюдается симпатикотония с триадой В. П. Протопопова: учащение пульса, расширение зрачков, склонность к запорам. Обычны также гипертония, похудание, аменорея. Именно соматовегетативными нарушениями проявляется начальная стадия циркулярной депрессии и ими может ограничиваться соматизированная депрессия.

В последние годы описаны **сезонные аффективные расстройства**. Больные - преимущественно женщины, часто с депрессией или гипоманией, связанной с биполярным аффективным расстройством. Характерная картина включает депрессию, начинающуюся осе-

ню и кончающуюся весной, которая сменяется выздоровлением, гипоманией или манией весной или летом. Симптомы депрессии часто такие же, как у больных атипичной депрессией или биполярным расстройством, например, гиперсомния, тяга к углеводам, недостаток энергии, увеличение массы тела. Могут наблюдаться и типичные симптомы депрессивного расстройства, включая беспомощность, депрессивный аффект и функциональные нарушения.

Если депрессивное расстройство возникает у ребенка или подростка, риск как рецидива, так и конечного развития биполярного аффективного расстройства высок. Часто это состояние отмечается в начале пубертатного периода. Большинство таких пациентов имеют скорее острое, чем хроническое начало. Другие предикторы развития биполярного расстройства включают заторможенную депрессию с гиперсомнией, психотическую депрессию, начало в послеродовом периоде, гипоманию при применении антидепрессантов, отягощенную наследственность биполярными расстройствами или выраженную наследственную отягощенность депрессивными расстройствами.

С возрастом учащаются и удлиняются депрессивные фазы, в инволюции преобладают затяжные тревожно-ипохондрические и тревожно-ажитированные депрессии (инволюционная меланхолия старых авторов) с резистентностью к терапии и неполным выходом из болезненного состояния. Уменьшение в этом возрасте антисуицидальных факторов повышает риск самоубийства, которое может выглядеть как прекращение заботы о себе с отказом от помощи.

## Происхождение

Заболевание является наследственным, особенно при биполярном течении. Определенное значение придается психосоматическим факторам, в частности, пикническому («плотному») телосложению.

Э. Крепелин был пионером в создании классификации психических нарушений в начале века. Он уделял большое внимание анамнезу заболевания и клинической картине. Он различал состояния, которые назвал маниакально-депрессивным психозом (депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство и некоторые случаи дистимии) и йетепйа ргаесох (шизофрения). Крепелин отмечал, что первое состояние имеет периодическое и относительно доброкачественное течение, а последнее - часто хроническое и прогрессирующее.

К. Абрахам (1911) был одним из первых психоаналитиков, кто отметил, что в отличие от обычного горя присутствующих на похоронах, депрессивные больные имеют сверхценные чувства вины, утраты и отчужденности, основанные на бессознательной враждебности к умершему. По К. Абрахаму интроекция амбивалентно воспринимаемого утраченного (реально или символически) объекта приводит к внутреннему конфликту, чувствам вины, ярости, боли и отвращения; патологическое уныние принимает форму депрессии, поскольку амбивалентное отношение к объекту утраты трансформируется на самого себя. При этом используются такие защиты, как формирование реакции, изоляция аффекта, уничтожение сделанного. Эти защиты предохраняют Эго от пагубного воздействия инстинктов. Непреклонное Суперэго наказывает человека при каждом появлении чувства вины в отношении сексуальных и агрессивных побуждений.

З. Фрейд (1917) развил эту теорию аутоагрессии замечанием, что в отличие от человека, переживающего обычный траур (печаль), депрессивный больной (больной меланхолией) не способен разрешить эти амбивалентные чувства. Гнев против умершего направляется вовнутрь и приводит к чувству вины и снижению самооценки. З. Фрейд предположил, что при маниакальном синдроме ощущение собственной никчемности и бесполезности компенсаторно преобразуется в экспансивный бред (путем отрицания и формирования реакции).

Д. Левинсон (1974) указывает на значение социальной дезадаптации в начале развития депрессии. Постепенное снижение положительной стимуляции (уменьшение приятных или увеличение неприятных событий) приводит к снижению настроения и самообвинению. Если начинается депрессия, то вторичная выгода (положительная стимуляция симпатией, вниманием и т. д.) усиливает состояние до уровня клинически выраженной депрессии.

Согласно теории приобретённой беспомощности Д. Селигмана в формировании депрессии участвует неспособность контролировать жизненные события. Д. Селигман предположил, что встреча с неконтролируемыми событиями приводит к когнитивной и эмоциональной недостаточности, которая в результате вызывает «приобретенную беспомощность». В итоге возникшие ожидания и заключения по поводу себя и событий жизни могут привести к депрессии. Мелани Кляйн внесла важный вклад в понимание природы психических расстройств, в том числе аффективных. Основные отличия теории М. Кляйн от классического анализа по Ч. Райкрофту, 1995 состоят в следующем.

Инстинкт смерти принимается за клиническое понятие; предполагается врожденная амбивалентность, деструктивный компонент которой понимается как защитная проекция вовне саморазрушительного инстинкта.

Развитие Эго рассматривается как процесс постоянной интроекции и проекции объектов, а не как прохождение «Я» по стадиям, на которых используются различные защиты.

Происхождение невроза относится к первому году жизни, а не к более позднему возрасту и связано с неудачей прохождения депрессивной позиции, а не с фиксацией на различных стадиях детства; вследствие этого депрессивная позиция играет ту же роль, что понятие эдипова комплекса в классической теории.

В отличие от инстинкт-теории Фрейда теория Кляйн является объект-теорией, поскольку она придает основное значение разрешению амбивалентности к матери и груди и считает, что развитие эго основано прежде всего на интроекции матери и/или груди. Будучи наделен врожденной завистью к груди, и необходимостью использовать ее как реципиент его собственного спроецированного инстинкта смерти, младенец должен сначала переработать страх и подозрение, связанное с грудью (*параноидно-шизоидная позиция*), а затем переработать свое открытие, что грудь, которую он ненавидит, и грудь, которую он любит, - одна и та же грудь (*депрессивная позиция*).

Каждый ребенок, независимо от качества материнской заботы, переживает кризис амбивалентности, когда он озабочен тем, чтобы защитить мать от своей ненависти и осуществить *репарацию* за тот вред, который он в своем воображении нанес ей своей ненавистью. Выход из этого кризиса определяет все дальнейшее развитие индивида: здоровые и невротики преодолевают депрессивную позицию, тогда как лица с депрессивными проблемами фиксируются на ней, а лицам с шизоидными, параноидными и обсессивными расстройствами и не удается ее достичь, поскольку «преследующий плохой объект интроицируется и образует ядро Суперэго».

Амбивалентный конфликт на самом глубоком уровне имеет место при любой психопатологии, кроме органической, поэтому психотерапия всегда должна включать его проработку. По М. Кляйн депрессивное реагирование - является инфантильным механизмом (регрессом к депрессивной фазе развития), для включения которого у взрослого человека необходимы следующие условия:

- А) пережитое в детстве амбивалентное отношение к материнской груди и болезненная фиксация на ней, при этом она интроицируется;
- Б) в детстве имелось нарушение самооценки после отнятия от груди, в результате ее сформировалось доверие к себе, возникло возвращение к амбивалентной зависимости от груди.

Г. Аммон описывает нарциссическую депрессию, когда больной пытается получить любовь, которую не может дать сам. В результате неудачи он прибегает к «деструктивному отмежеванию вовнутрь», которое проявляется в виде внутренней пустоты с отказом действовать, реагировать, испытывать потребности, желания и фантазии, вступать в контакт с людьми и собственным несознательным.

К. Дернер и У. Плог перечисляют следующие отказы, характерные для развития депрессии: возникающие при выборе пути, профессиональной адаптации, при идентификации с идеализированным любовным объектом с утратой аутоидентификации, связанные с уходом из родительской семьи и добрачной компании при вступлении в брак, возникающие при невозможности достичь интимности в супружестве или победить брачного партнера с целью самутверждения.

А. Бек (1972) предложил когнитивно-бихевиоральную модель депрессии. Предрасположенные к депрессии лица имеют специфические когнитивные искажения («депрессогенные схемы»), вынесенные из жизненного опыта. Эти нарушения познавательной сферы приводят к нереалистично отрицательной точке зрения на себя, мир и будущее.

Учитывается также когнитивная триада А. Бека: негативное отношение к самому себе с самообвинениями; негативная интерпретация жизненного опыта с переоценкой прошлого; пессимистический взгляд на будущее. Автор выделяет установки, предрасполагающие к развитию депрессивных переживаний.

1. Чтобы быть счастливым, я должен быть удачливым во всех начинаниях.
2. Чтобы чувствовать себя счастливым, меня должны понимать (любить, восхищаться) все и всегда.
3. Если я не достиг вершины, то потерпел провал.
4. Как чудесно быть популярным, известным, богатым; ужасно быть неизвестным, посредственным.
5. Если я допускаю ошибку, значит, я глуп.
6. Моя ценность как личности зависит от того, что думают обо мне другие.
7. Я не могу жить без любви. Если моя супруга (возлюбленная, родители, ребенок) не любит меня, значит, я ни к чему не годен.
8. Если кто-то со мной не соглашается, значит, он не любит меня.
9. Если я не использую каждый шанс для собственного продвижения, то позже я об этом пожалею.

Ряд депрессогенных установок основаны на «тирании долженствования» по К. Хорни. Наиболее распространенные долженствования таковы:

1. Я должен быть самым щедрым, тактичным, благородным, мужественным и самоотверженным.
2. Я должен быть идеальным другом, любовником, супругом, родителем, студентом, учителем.
3. Я должен справляться с любым затруднением с полным самообладанием.
4. Я должен быть способен быстро найти решение любой проблемы.
5. Я никогда не должен страдать; я всегда должен быть счастливым и безмятежным.
6. Я должен все знать, понимать и предвидеть.
7. Я должен всегда владеть собой, я должен всегда управлять своими чувствами.
8. Я должен считать виновным себя, я не должен никогда и никому причинять боль.
9. Я никогда не должен испытывать усталость или боль.
10. Я должен быть всегда на пике продуктивности.

## Терапия

**Биологические методы.** Лечение маниакальных состояний мало чем отличается от терапии состояний психотического возбуждения, которые купируются большими нейролептиками (аминазин, галоперидол, триседил). Применяются также соли лития и финлепсин. Для лечения депрессивных состояний существует широкий спектр антидепрессантов, среди которых наибольшее распространение получили так называемые трициклические, воздействующие как на тоску, так и на тревогу. К ним относятся мелипрамин и amitриптилин, терапевтический эффект которых начинает проявляться в течение 1-3 недель. Трициклические антидепрессанты обладают холинолитической активностью. В результате этого они могут вызвать нарушение четкости зрения, сухость во рту, головокружение, тахикардию и сильное сердцебиение. Они часто вызывают запоры, более тяжелыми побочными эффектами являются задержка мочеиспускания и паралич подвздошной кишки. Для предотвращения рецидивов необходима поддерживающая терапия: в течение 6 мес., при биполярном течении используют соли лития. Стойкая психотическая депрессия является показанием к электросудорожной терапии (ЭСТ). Терапевтический эффект ЭСТ зависит от провокации судорог. Они оказывают положительный эффект при депрессии вне зависимости от того, вызваны они электрическим током или медикаментами (например, коразолом). Субконвульсивные электрические стимулы могут привести к оглушению и амнезии и даже могут удовлетворить желание больного быть наказанным. Основным показанием является лечение тяжелой депрессии, особенно сопровождающейся бредом, и депрессии, резистентной к терапии антидепрессантами. Этот метод также используется у пожилых людей, у которых выражены побочные эффекты антидепрессантов и нейролептиков. Была показана эффективность ХТ при лечении острого маниакального возбуждения, не купирующегося другими способами. Нарушение памяти является частым, но преходящим осложнением у пациентов, получающих этот вид терапии. В целом ЭСТ является достаточно безопасной процедурой. Осложнения и смертность после нее существенно не превышают таковые при общем наркозе: смертность составляет приблизительно 1 на 10 000 больных.

Определенный терапевтический эффект имеет депривация (лишение) сна. Имеется важная связь между депрессией и расстройством сна. При депрессивном расстройстве исследования сна показали ряд изменений, включая укорочение латентной стадии сна и нарушения фазы быстрого сна, что обычно отмечается в начале ночи. Депрессивные больные почти всегда жалуются на нарушения сна; эти жалобы включают трудность засыпания, частые пробуждения и раннее пробуждение утром. Больные атипичной депрессией или биполярным расстройством обычно страдают гиперсомнией, но их сон не приносит отдыха. При мании больные могут долго обходиться без сна. Было показано, что депривация сна может привести к временному улучшению как при депрессивном, так и при биполярном аффективном расстройстве.

Для лечения сезонной депрессии применяется фототерапия (пребывание в ярко освещенном помещении). Биологические методы сочетают с психотерапией, особенно при лечении субдепрессивных состояний.

**Психотерапия.** Психодинамическая терапия ориентирована на то, чтобы сформировать у больного чувство адекватной самооценки и понимание собственных подсознательных конфликтов и мотиваций, которые могут вызывать и поддерживать депрессию. Е. Джекобсон, 1971 (цит. Р. Кочюнас, 1999) следующим образом сформулировал терапевтическую позицию аналитика при лечении депрессивных больных:

«Необходима продолжительная утонченная эмпатическая связь между аналитиком и депрессивным клиентом; мы должны быть очень внимательными, чтобы не допускать воцарения

бессмысленной тишины или не говорить чрезмерно много, слишком быстро или проникновенно, т. е. никогда не следует отдавать очень много или, наоборот, мало. В любом случае депрессивным пациентам нужны относительно частые и продолжительные встречи в зависимости от их настроения, нужно теплое отношение и уважение - установки, которые не следует путать с чрезмерными добротой, симпатией, успокоением... С этими пациентами мы всегда находимся между пропастью и синим морем - это неизбежно».

Г. Штрупп разработал *кратковременную психодинамическую терапию* с акцентом на отношениях в процессе лечения и парадигме переноса с целью вскрыть и скорректировать ранние конфликты и депрессогенные стереотипы. Важными частями терапевтического процесса являются интерпретации, незаметный контроль за поведением пациента, не прямое предложение новых способов переживания и поведения.

**Межличностная терапия** (МЛТ) Дж. Клермана - кратковременный (12-16 недель) амбулаторный курс лечения субдепрессий (часто в комбинации с антидепрессантами). Эта методика была разработана для больных с непсихотическими депрессивными расстройствами. Она является индивидуальной психотерапией, направленной на улучшение общения и оценки окружающего, разъяснение особенностей эмоциональных состояний и облегчение межличностных контактов. Хотя терапия основывается на психодинамической теории, центр тяжести переносится с интрапсихических на осознание конфликтов с ближайшим окружением и разрешение их; терапевтические отношения строятся по принципу активного сотрудничества. Примером могут служить ролевые обсуждения (дискуссии) межличностных нарушений, таких, как выраженная самозащита при общении. Обычно применяется в комбинации с лечением антидепрессантами.

Психоаналитическая терапия может ускорить выздоровление и стабилизацию состояния пациентов, страдающих маниакальными расстройствами, в тех случаях, когда сам пациент способен и хочет осознать свои внутрличностные конфликты, которые могут вызывать маниакальные эпизоды и впоследствии их провоцировать. Психоанализ помогает также понять необходимость приема назначенных врачом лекарств и таким образом повысить степень согласия с лечебными мероприятиями.

**Когнитивная терапия** - краткосрочный курс, рассчитан обычно на 25-20 сессий в течение около 12 недель. Терапия основана на выявлении и коррекции хронических искажений мышления и неадаптивных установок, входящих в когнитивную депрессивную триаду по А. Беку (негативный взгляд на мир, на будущее, на себя). А. Бек выделяет 4 базовые терапевтические мишени при работе с непсихотической депрессией, требующие применения специфических когнитивных подходов:

1. астения (необходимо поощрение к действию);
2. самокритичность («Допустим, я совершу такие же ошибки, станете ли вы меня за это презирать?»);
3. отсутствие удовлетворенности и удовольствия (в дневнике события дня оцениваются знаками «+» и «-»);
4. отчаяние и суицид (пациенту показывают неубедительность его представления о ситуации, как безвыходной).

А. Бек, 1995 описывает две наиболее эффективные техники, разработанные им для повышения настроения депрессивных больных.

1. Техника учета проявлений активности. Пациент записывает все свои повседневные дела и в конце дня просматривает список.



2. Терапия мастерства и удовольствия. В конце дня пациент просматривает список совершенных дел и за каждое дело ставит балл от 0 до 10, соответствующий степени достижения и удовольствия.

Применение указанных техник восстанавливает у больного пробелы в восприятии своего поведения, обнаруживает негативные иррациональные установки типа: у меня ничего не получится, меня ничто не радует и т. п.

Используются также следующие методы.

**Катарсис.** Пациента побуждают к аффективной вербализации своего состояния и плачу. При этом он начинает себя жалеть, отрицание себя заменяется симпатией к себе.

**Идентификация.** Перевод аутоагрессии в гетероагрессию. Порицание других вместо самокритики позволяет «выпустить» гнев, что дает ощущение силы и власти.

**Разыгрывание ролей.** *Терапевт жестко критикует пациента, используя его манеру самокритики. Пациент осознает перегибы собственной критики.*

**Три колонки.** В 1-й пациент описывает ситуацию, во 2-й - неадаптивные мысли, в 3-й - коррективные мысли. Таким образом он исследует свои неадаптивные мысли, которыми реагирует на ситуацию или провоцирует ее, а также лучше формулирует и систематизирует адаптивные мысли.

**Реатрибуция** (атрибуция - причинное объяснение поведения). Пациент, обвиняющий во всем себя, ищет другое объяснение события, перебирая все его возможные причины. Благодаря этому восстанавливается адекватное тестирование реальности и восстанавливается самооценка.

**Переопределение.** Например, «никто не уделяет мне внимания» переформулируется как «я нуждаюсь в чьей-то заботе». Пациент более точно и открыто определяет свою проблему.

**Поведенческая терапия** направлена на корректировку специфических нежелательных поведенческих паттернов. Используется техника положительного подкрепления, а при стационарном лечении маниакальных больных - также отрицательного подкрепления и знаковая структура, что позволяет сдерживать импульсивность и неадекватность поведения. При неглубоко соматизированной (маскированной) депрессии используются также гипнотерапия и арт-терапия.

Наиболее широко применяются следующие методы поведенческой терапии депрессивных больных.

**Отвлечение.** Вовлечение в интересное общение, физическую активность, игры, социальные контакты.

**Воображение.** Пациент: «Я не смогу». Терапевт: «Вообразите и попробуйте».

**Групповая терапия** для больных с выраженными суицидальными тенденциями показана в специальных кризисных группах (см. 3 гл.). Состояние других пациентов может улучшиться в атмосфере взаимной поддержки, группового обсуждения личных проблем и положительного подкрепления, а также благодаря межличностному взаимодействию и немедленной коррекции когнитивных дисфункций другими членами группы. Маниакальным больным группа помогает в нивелировке их грандиозных идей, более адекватном восприятии реальности, улучшает контроль, уменьшает страх психического заболевания и переживания одиночества.

**Семейная терапия** особенно показана в случаях, когда депрессия у пациента представляет угрозу стабильности семьи и связана с событиями внутри нее. Учитывается также разрушительный характер маниакальных эпизодов для межличностных и профессиональных отношений.

### *Клиническая иллюстрация (собственное наблюдение)*

Р-цев Е. Г., 26 лет, находился в Кризисном стационаре 60 дней. **Анамнез.** Психопатологическая наследственность не выявлена. Единственный ребенок в семье. Мать мягкая, добрая, с ней всегда было откровеннее, чем с отцом. Отец был кумиром семьи, являлся для сына недостижимым идеалом; восхищался его оптимизмом, общительностью, удачливостью во всех делах. Воспитывался дома бабушкой, рос в изоляции от сверстников. Бабушка перекармливала внука, страдал избыточным весом, его дразнили «колобком», очень переживал это. Рос тихим, застенчивым, любил рисовать, читать художественную литературу, мечтать.

Учился хорошо, предпочитал гуманитарные предметы, имел немногочисленных друзей. После окончания школы по примеру отца поступил в МФТИ. Первые два курса учился старательно, имел хорошие оценки по всем дисциплинам. На третьем курсе интерес к учебе снизился, принимал активное участие в работе драматического коллектива института, увлекся студенткой, игравшей главные роли, долго добивался ее взаимности, все свободное время проводил рядом с ней, «как паж»; через год они сблизились. Успешно закончил вуз, по распределению работал инженером в ФИАНе. Работа была связана с командировками, широким кругом общения, тяготился ею.

Отношения с девушкой, которую полюбил в студенческие годы, продолжались уже 6 лет, последние полтора года на ее условиях: встречи проходили только по ее инициативе, она не давала определенных перспектив на брак. Решил окончательно выяснить отношения в день своего 25-летия. Его любимая пришла поздравить его с днем рождения, на его настойчивое предложение вступить в брак категорически заявила, что не представляет его в роли своего мужа, ему до этого «надо дорасти». После возникшей ссоры она не осталась ночевать, запретила ему искать с ней встреч.

В течение последующего месяца переутомлялся в длительной ответственной командировке, пытался забыть в работе, но не мог отвлечься от своих переживаний. Настроение стало безрадостным, нарастало чувство тревоги. После командировки безуспешно пытался составить отчет о ней, опасался, что подведет сотрудников отдела, оставит их без годовой премии. Не мог сосредоточиться на умственной деятельности, чувствовал, что «поглупел», избегал общения с сотрудниками, чтобы они не заметили его состояния, при попытках завязать с ним разговор требовал, чтобы его оставили в покое.

Отношения с родителями стали неискренними: переживал, что он в профессиональном плане не оправдал их ожиданий. Делал вид, что у него на работе все благополучно, опасался, что отец узнает об истинном положении вещей от своего приятеля, начальника сына.

Запрещал себе думать о возлюбленной, увеличил до больших размеров ее фотографию в купальнике, повесил фотопортрет над кроватью в своей спальне; имел многочисленные половые связи. Испытывал в это время чувство, что утверждается в собственных глазах и глазах любимой.

За месяц до поступления появилось безразличие ко всему, в том числе и к самой жизни. Считал, что не состоялся ни как профессионал, ни как мужчина. Не видел перспектив, появились мысли о смерти, как единственном достойном выходе из сложившейся ситуации. На ноябрьских праздниках позвонил любимой, чтобы услышать ее голос «в последний раз», так решил расстаться с жизнью. Втайне все же надеялся, что девушка вернется к нему, пусть даже на прежних, унижительных для него условиях. Однако этого не произошло, она разговаривала с ним холодно, формально, была недовольна его звонком.

В ночь с 7-го на 8-е ноября написал родителям предсмертную записку, в которой просил прощения за все неприятности, которые доставил им «своей жизнью и смертью», просил передать любимой пожелания счастья и не обвинять ее в случившемся. Скальпелем нанес себе глубокие порезы в области левой локтевой вены, аккуратно свесил руку в лоточек, ватным тампоном постоянно расширял рану, чтобы усилить кровопотерю. Наутро был обнаружен отцом без сознания, машиной «скорой помощи» доставлен в психосоматическое отделение гор. клинической больницы № 20. Была произведена первичная хирургическая обработка раны, наложены швы и иммобилизационная гипсовая повязка. Через неделю швы были сняты и пациент после длительных убеждений переведен в Кризисный стационар.

**Соматоневрологически.** Выраженная бледность кожных покровов, рубец от пореза на коже в области левой локтевой ямки. В остальном без явной патологии.

**Психическое состояние.** Выражение глаз страдальческое, глаза полуприкрыты, двигатель заторможен. Голос тихий, маломодулированный, ответы односложные. Вял, контакт формальный, безразличен к беседе. Жалуется на тоску, тревогу за будущее, которое представляется мучительным, пустым. Отгоняет эти мысли, старается проводить время в полузабытии. Свою суицидальную попытку оценивает негативно, осуждает себя, так как не подумал о родителях, не ожидал, что они будут так сильно страдать. Одновременно критикует себя за то, что «даже уйти из жизни как мужчина не сумел». Испытывает чувство стыда за свою слабость, несостоятельность, чувство неполноценности. Не верит в успех лечения, предлагает выписать его домой, чтобы освободить место для того, кому можно помочь. Соглашается пройти курс общеукрепляющего лечения с тем, чтобы после него он мог сам справиться со своими проблемами. Вместе с тем признает, что не видит сейчас выхода из сложившейся ситуации. Не отрицает, что в случае неудачи может покончить с собой, при этом оживляется, облегченно вздыхает, улыбаются.

**Психологическое обследование.** Испытуемый замкнут (более по состоянию на настоящее время, чем по структуре личности). Контакт устанавливается с трудом. Опасения испытуемого в отношении намерений окружающих (и в частности, исследователя), сомнения в том, какую оценку он получит со стороны, значительно повышают напряженность и некоторую враждебность, а это существенно снижает продуктивность его мышления.

По складу своему испытуемый сенситивен и инфантилен. Патологических структур в мышлении и восприятии (несмотря на низкий уровень мыслительной продукции) не наблюдается. Настоящее состояние (по совокупности экспериментальных данных и характерологических показателей) следует считать реакцией на продолжительный период стрессовых нагрузок.

Отмечается повышенная утомляемость, порождающая раздражение и частичный отказ от деятельности. В паузах часто возвращается к своей ситуации, обнаруживая больше желание обсуждать значимую для себя тему, чем решать конкретно поставленные задачи. Пытается оправдать неудачные ответы и решения: «Я стал какой-то другой, туповатый, неполноценный, мысли разбегаются». В процессе работы у пациента ослаблено активное внимание, он рассеян, забывчив, быстро устает, но признается в этом с неохотой.

Выявляется высокая чувствительность при восприятии внешних раздражителей и ситуаций, которая объясняется, с одной стороны, художественностью и нестандартностью восприятия и возбудимостью эмоциональной сферы психики, с другой стороны, противоречащей этой нестандартности структурой мышления, вполне конформного, достаточно банального. Такое сочетание само по себе составляет значительную личностную трудность, поскольку эти две тенденции являются разнонаправленными, что служит источником повышенной напряженности. Положение усугубляется завышенной вербальной самооценкой по ряду эмоционально-

Олевых качеств, по-видимому, относящихся к идеальному «Я». Испытуемый высказывает желание достичь еще более высоких показателей, но в то же время считает себя неудачником, несчастным. Реальное представление о себе оказывается плохо вербализованным и слабо расчлененным. Описание себя в реальном и желаемом планах затруднено.

Уровень субъективного контроля пациента над собственными достижениями неоднозначен. Испытуемый считает свои действия важным фактором в организации собственной профессиональной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, тогда как в семейно-личных отношениях большая значимость приписывается позиции и поступкам партнера.

В качестве комплекса желаемых целей у пациента выступает потребность в успехе, в признании, стремление к преодолению преград и сопротивления, к большей самостоятельности в принятии решений и инициативности. Он готов к близким эмоциональным контактам, очень нуждается в них, однако пытается избежать конфликтов и волнений, чтобы уменьшить эмоциональное напряжение, которое плохо переносит. В реальном поведении это проявляется в поиске безопасности и такого положения, в котором его не беспокоили бы никакие требования. Наиболее актуальным болезненным для испытуемого является фрустрированная потребность в семье, нереализованное желание отцовства.

Общение строится избирательно. Наблюдается относительно высокий уровень агрессивности, выражающийся главным образом во внутренних установках, мало затрагивающих формы внешнего поведения. Вышеописанные сочетания психологических тенденций в настоящее время ведут к преобразованию агрессии в аутоагрессию и резко повышают суицидальную готовность испытуемого.

**Заключение:** отставленная психогенная депрессия у акцентуированной личности, пост-суицидальный период.

**Лечение:** амитриптилин 75 мг/с, ноотропил 0,8 утр. и дн., биостимуляторы; индивидуальная, семейная и групповая психотерапия.

В процессе лечения длительно сохранялась астено-депрессивная симптоматика, дистимический фон настроения со слезливостью, вялостью, ощущением бессилия. Обвинял себя в том, что оказался эгоистичным сыном, был готов допустить правомерность негативного отношения родителей к его подруге.

В присутствии врача и по его инициативе встретился с любимой, молча выслушал ее требования об окончательном разрыве отношений, после этого ночь не спал, «без мыслей смотрел в потолок», удивлялся своему безразличию. На другой день в беседе с врачом впервые за долгое время расплакался, высказывал суицидальные мысли. После раскрытия и отреагирования переживаний горя, обиды, разделенных врачом, успокоился. Заявил, что считает бывшую возлюбленную недостаточно чуткой, так как она никогда не могла и не хотела поддерживать его: «Это всегда была игра в одни ворота».

Вскоре почувствовал расположение к молодой сотруднице, которая часто навещала его в больнице, высказывал сожаление, что раньше не замечал, «какой она хороший товарищ». В то же время сохранялась эмоционально-сексуальная зависимость от бывшей подруги.

Постепенно окреп, включился в работу кризисной группы. На групповых дискуссиях раскрывался неохотно, опасаясь испытать чувство несостоятельности. Был больше ориентирован на мнение руководителя группы. В то же время охотно принимал участие в ролевых играх, критически отнесся к выявившимся неадаптивным установкам в социально-престижной и интимно-личной сферах.

Была выработана мотивация к проведению амбулаторной групповой терапии, принимал активное участие в работе Клуба бывших пациентов при стационаре, подготовил вечер отдыха.

дому, пригласил руководить ею бывшего лечащего врача. Некоторое время продолжал встречаться с сотрудницей, под ее влиянием научился кататься на горных лыжах, увлекся этим видом спорта, окреп, приобрел новых друзей. Относительно легко пережил замужество своей бывшей возлюбленной, сам вскоре женился на женщине, с которой занимался в группе общения, имеет от этого брака дочь трех лет. С женой отношения сложились сложно, тяготился ее лидерством обижался на ее категоричность, недостаточную нежность. За год до катанестического обследования полюбил другую женщину, оформил развод и создал новую семью, где чувствует, по словам пациента, себя «не мальчиком, но мужем». Отношения с первой женой и дочерью сохранил, старается помогать им материально. С этой целью оставил работу над кандидатской диссертацией, перешел из НИИ в совместное предприятие, где нашли применение его способности в области технического дизайна. Очень увлечен этой работой, продолжает кататься на горных лыжах, вполне удовлетворен своей профессиональной и семейной жизнью.

Анализ наблюдения. На формирование личности пациента наложило отпечаток изнеживающее воспитание, изоляция от сверстников, их насмешки, ориентация на недостижимый для мальчика идеал отца-«супермена». Пациент отличается выраженной сенситивностью, повышенной привязчивостью, обостренной реакцией на отношение к себе, у него отмечается неадекватное его недостаточно развившимся возможностям стремление подражать отцу; переживание неудач сопровождается актуализацией чувства неполноценности.

Суицидальный эпизод возник на фоне длительной психотравмирующей ситуации в ведущих для пациента жизненных сферах: семейно-личной и профессионально-престижной. Важную роль в дезадаптации сыграла неоднократная смена надежды и отчаяния в отношении matrimониальных планов. Дополнительным деком пеней рующим фактором послужило переутомление, окончательно ослабившее защитные психологические механизмы. Суицидальная попытка была предпринята на фоне развившейся депрессии с выраженным падением энергетических ресурсов личности. Был избран тяжелый, тщательно подготовленный способ самоубийства, совершенного в одиночестве, с оставлением предсмертной записки, в которой пациент пытался реабилитировать возлюбленную в глазах своих родителей.

Личностный смысл суицида заключается в самоказании, имеются также тенденции к протесту и избежанию страданий. Постсуицид суицидально-фиксированный, с сохраняющейся склонностью к самообвинениям, пессимистическим отношением к своим возможностям м своему будущему, что связано с сенситивной акцентуацией личности, а также выраженными астено-депрессивными проявлениями, длительно наблюдавшимися после тяжелого суицида.

Основным методом терапии являлась семейная кризисная психотерапия, проводимая в связи с конфликтом пациента и его возлюбленной, твердо решившей прекратить отношения с ним. Задача терапии вытекала из указанной установки партнерши и заключалась в помощи пациенту в разделении его переживаний горя, обиды, чувства несостоятельности, мобилизации личностной защиты, актуализации связи с ближайшим окружением.

Кроме того, с целью профилактики повторных суицидальных попыток была осуществлена когнитивная перестройка неадаптивных установок в интимно-личной и социально-престижной сферах. При этом был учтен опыт участия пациента в художественной самодеятельности, что позволило использовать методику ролевого тренинга, давшую пациенту возможность испытать чувство собственной компетентности и успешности, важное для повышения самооценки, сниженной в результате кризиса.

В социально-психологической реадaptации пациента сыграли роль несколько факторов. Прежде всего - четкое и окончательное разделение с бывшей возлюбленной, которое про-

работа, начатая в стационаре и продолженная после выписки в амбулаторию «л. уш.»,»,», ..... тия спортом; расширение круга общения. Все это послужило занятию пациентом более активной, самостоятельной жизненной позиции, повышению его уровня самопринятия, уверенности в своих возможностях. В то же время в первом браке он занял подчиненное положение, которое, по-видимому, вначале устраивало его, а затем стало все больше тяготить. И лишь во втором браке реализовалась потребность пациента (возможно, в подражание отцу) играть лидирующую роль в семье. Стабилизации социально-психологического статуса, очевидно, способствовала также смена профессиональной деятельности на более соответствующую художественным наклонностям пациента.

### Тесты

1. *Познавательные функции больного с депрессивными расстройствами часто характеризуются следующими проявлениями, кроме:*

- А. причудливых ассоциаций
- Б. суицидальных мыслей
- В. навязчивых размышлений
- Г. нарушений концентрации внимания
- Д. нарушений памяти.

2. *Хотя при депрессивном расстройстве встречается различный бред, наиболее часто отмечается бред:*

- А. не конгруэнтный аффекту
- Б. конгруэнтный аффекту
- В. не связанный с аффектом
- Д. ни один из перечисленных. \*

3. *62-летняя женщина поступает в медицинское учреждение в связи с потерей 11,5 кг массы тела за последние 3 мес. Она также жалуется на потерю аппетита, бессонницу, утомляемость и снижение сексуального влечения. У нее не определяется депрессивный аффект и ее психический статус не нарушен. Углубленное медицинское обследование значительных нарушений не выявило. Наиболее вероятным диагнозом будет:*

- А. сенильная (старческая) деменция
- Б. скрытый злокачественный процесс
- В. ипохондрия
- Г. тревожное расстройство
- Д. маскированная депрессия.

4. *52-летний мужчина обращается с основными жалобами на чувство безнадежности и беспомощности, утрату интереса и нарушенный сон в течение последних 3 недель. У него избыток массы тела на 11,5 кг, и он выкуривает пачку сигарет в день. Месяц назад он начал принимать гипотензивные препараты по поводу умеренной гипертензии (150/95 мм рт. ст.). Он сообщил, что 6 недель назад его уволили с работы, где он проработал 18 лет. В плане дифференциального диагноза у этого пациента следует рассматривать:*

- А. адаптационную реакцию с депрессивным аффектом
- Б. органический аффективный синдром
- В. депрессивное расстройство
- Г. дистимию.

5. 27-летняя женщина обратилась по поводу «депрессии». Она описывает эпизодические состояния грусти, начиная с подросткового возраста. Временами она чувствует себя хорошо, но эти периоды редко длятся более 2 недель. Она трудоспособна, но думает, что делает работу не настолько хорошо, как следовало бы. Описывая свои жалобы, она фиксирует больше внимания на повторных разочарованиях в жизни и низкой самооценке, чем на конкретных депрессивных симптомах. При дифференциальной диагностике вы наиболее вероятно поставите:

- А. депрессивное расстройство
- Б. расстройство адаптации с депрессивным аффектом
- В. циклотимию
- Г. детскую депрессию
- Д. дистимию.

6. Какие из следующих критериев требуются для установления диагноза дистимии (депрессивного невроза):

- А. депрессивное настроение сохраняется большую часть времени на протяжении по меньшей мере 2 лет
- Б. симптомы, которые могут включать раздражительность, чувство вины, нарушения концентрации внимания или утомляемость, наблюдаются на фоне депрессивного настроения пациента
- В. отсутствие промежутков более 2 мес., когда не отмечается депрессивных расстройств, на протяжении 2 лет
- Г. отсутствие признаков более тяжелых депрессивных расстройств на протяжении 2 лет от начала заболевания.

7. «Скачка идей» является нарушением процесса мышления, который характеризуется:

- А. ускоренной речью
- Б. внезапной сменой тем
- В. каламбурами или игрой слов
- Г. целенаправленным мышлением.

8. Диагноз биполярного аффективного расстройства может быть адекватным у пациентов, у которых имеется следующее, **кроме**:

- А. рецидивирующих депрессий и мании в анамнезе
- Б. рецидивирующих депрессий без мании в анамнезе
- В. мании в настоящее время и депрессивного эпизода в анамнезе
- Г. мании в настоящее время без аффективных нарушений в прошлом
- Д. несколько маниакальных эпизодов в анамнезе без депрессии.

9-13. Выберите рубрику, обозначенную буквой, которая соответствует пункту, обозначенному цифрой.

- А. тяжелый депрессивный эпизод (с признаками меланхолии)
- Б. маниакальный эпизод
- В. оба
- Г. ни один.

9. Возбуждение

10. Доминирующая тоска, беспомощность

11. Идеи величия

12. Шизофрения в анамнезе

13. Снижение сексуального влечения.

14. Диагностические критерии циклотимического расстройства включают:

- А. хроническое аффективное расстройство с длительностью не менее 2 лет
- Б. многочисленные эпизоды мании и депрессии
- В. в течение 2 лет у больного не отмечалось отсутствия симптоматики на протяжении более 2 мес.
- Г. начало в подростковом возрасте.

15. Когнитивная модель депрессии предполагает, что большинство депрессивных больных:

- А. имеют постоянное негативное самовосприятие
- Б. интерпретируют жизненный опыт, главным образом, негативно
- В. смотрят на будущее пессимистично
- Г. аффективные и другие симптомы являются следствием когнитивной дисфункции.

16. Кратковременная психотерапия депрессии, разработанная Штруппом, обычно:

- А. использует «парадигму переноса»
- Б. использует гипноз
- В. сфокусирована исключительно на ситуации «здесь и теперь»
- Г. избегает использования интерпретаций
- Д. включает поведенческие упражнения по типу угашения.

17. Все следующие утверждения по поводу межличностной терапии (МЛТ) депрессии Дж. Клермана верны, **кроме**:

- А. это короткий, двухнедельный курс психотерапии
- Б. она была разработана для амбулаторных, монополярных, непсихотических вариантов
- В. она сфокусирована, главным образом, на текущих проблемах, конфликтах, желаниях и фрустрациях
- Г. регрессивный перенос поддерживается и интерпретируется
- Д. делается упор на рациональное решение проблем.

## Ответы/

1. Правильный ответ А. Больные с типичной монополярной депрессией обычно размышляют о виновности, суициде, соматических опасениях или других депрессивных темах. Нарушения концентрации внимания и кратковременной памяти, которые, на первый взгляд, могут предполагать органическое психическое расстройство, исчезают по мере уменьшения депрессии. Ухудшения концентрации внимания и памяти, вызванные депрессией, также могут быть трудно отличимыми от побочного эффекта терапии антидепрессантами; таким образом, эти симптомы следует тщательно оценить перед началом фармакотерапии. Хотя содержание депрессивных мыслей может быть бредовым или жутким, ассоциации и связи, характеризующие процесс мышления депрессивных больных, обычно являются нормальными и редко - вычурными.

2. Правильный ответ Б. При наличии бреда или галлюцинаций при депрессивном расстройстве содержание бреда является конгруэнтным депрессивному аффекту. Так как больные с депрессивными расстройствами часто испытывают чувства вины, греховности и малоценности, неудивительно, что их бредовые переживания наиболее часто включают идеи преследования из-за моральных проступков или грехов. Другие конгруэнтные аффекту бредовые идеи включают нигилистический и ипохондрический бред и бред обнищания. Симптомы бред и конгруэнтного аффекту, не включены в диагностические критерии эпизода большой депрессии.

3. Правильный ответ Д. Депрессия состоит как из соматических, так и психологических компонентов. Соматические компоненты включают бессонницу, анорексию, потерю массы тела, утомляемость, двигательную заторможенность или агитацию и снижение сексуального

интереса. Психологический компонент включает сниженное настроение, пессимизм и чувства малоценное™ и вины. Не все компоненты обязательно присутствуют в каждом случае. У пациентов с маскированной депрессией отмечаются, главным образом, соматические симптомы и отдельные психологические; последние могут вообще отсутствовать. Диагноз часто устанавливается только после того, как тщательное соматическое обследование не обнаруживает отклонений. Женщина, описанная в данном вопросе, не обнаруживала признаков деменции; медицинское обследование не выявило органического заболевания; хотя ипохондрия и хроническое тревожное расстройство могли бы вызвать многие из наблюдавшихся у нее симптомов, мало вероятно, чтобы они вызвали потерю массы тела на 11,5 кг.

4. Правильные ответы А, Б, В. При оценке симптомов у этого пациента мы обнаруживаем важный стрессор - потерю работы, где он трудился в течение 18 лет, который может явиться причиной адаптационной реакции. Он принимает гипотензивные препараты, что может быть связано с появлением депрессивного эффекта (т. е. органического расстройства настроения). Так как это длилось свыше 2 недель и он утратил интерес к более приятным занятиям, что сочетается с бессонницей, нельзя исключить большую депрессию. Дистимия в расчет не принимается, поскольку для этого диагноза необходимо существование депрессии на протяжении 2 лет.

5. Правильный ответ Д. Дистимия является хроническим расстройством настроения, которое длится не менее 2 лет; обычно она начинается в старшем подростковом или молодом зрелом возрасте. Иногда пациенты заявляют, что у них депрессия существует так долго, сколько они себя помнят. Симптомы колеблются по интенсивности, но обычно они не очень выражены. Эти больные обычно озабочены своими прошлыми ошибками и разочарованиями в межличностных отношениях. Соматические симптомы, характерные для тяжелого депрессивного эпизода или меланхолии, менее выражены при дистимии.

6. Все ответы правильные. Все перечисленные факторы являются диагностическими критериями для дистимии. Из специфических симптомов, перечисленных в пункте 2, требуется наличие двух и более на фоне депрессии. У детей и подростков требования модифицированы так, что депрессивный аффект не должен отсутствовать более 2 мес. в течение одного года. Если после 2 лет лечения дистимии развивается более тяжелое депрессивное расстройство, то выставляются оба диагноза. Дополнительные требования к данному диагнозу включают отсутствие предшествующих маниакальных или гипоманиакальных эпизодов и отсутствие наложения на другие хронические расстройства. Кроме того, оно не может провоцироваться или поддерживаться органическим фактором, например, длительным применением гипотензивных препаратов.

7. Правильные ответы А, Б, В. «Скачка идей», один из основных признаков маниакального расстройства, является цепью быстрых и сжатых мыслей. Хотя маниакальные больные со «скачкой идей» обычно теряют из виду главную цель или смысл мыслей, актуальные ассоциации от одной мысли к другой обычно понятны и часто умны или юмористичны. Напротив, ассоциации у больных шизофренией часто странны и непонятны. При тяжелом маниакальном расстройстве ассоциации также могут стать непонятными, а речь - бессвязной.

8. Правильный ответ Б. Различие биполярных и монополярных расстройств осуществляется только на основании наличия маниакальных расстройств. Текущий маниакальный эпизод либо маниакальная или гипоманиакальная симптоматика в анамнезе необходимы для диагностики биполярного аффективного расстройства. Категория биполярных расстройств подразделяется на депрессивные, маниакальные и смешанные в зависимости от клинической картины. Термин *униполярный* не используется в официальной классификации, но применяется

некоторыми клиницистами для обозначения рекуррентных (возвратных) депрессивных расстройств.

9-13. Правильные ответы 9-В, 10-А, 11-Б, 12-Г, 13-А. Тяжелый депрессивный эпизод (с признаками меланхолии) включает клинические проявления в виде потери удовлетворения от любой или почти любой деятельности, а также отсутствия реакции на ранее приятные стимулы. Кроме того, должны наблюдаться по меньшей мере три из следующих симптомов: отчетливый депрессивный аффект, большая выраженность депрессии утром, ранние пробуждения, выраженная психомоторная заторможенность или ажитация, анорексия или потеря массы тела, и выраженное или неадекватное чувство, вины.

Маниакальные эпизоды включают постоянно повышенное настроение, экспансивный или раздражительный аффект наряду с такими симптомами, как повышенная самооценка, идеи величия, снижение потребности во сне, болтливость, «скачка идей», отвлекаемость, гиперактивность или возбуждение и повышенная деятельность, направленная на получение удовольствий, с высоким риском неблагоприятных последствий.

14. Правильные ответы А и В. Специфическим признаком циклотимического расстройства является хроническое нарушение настроения в течение не менее 2 лет (1 года у детей и подростков), на протяжении этого времени отмечаются многочисленные периоды гипомании или симптомов депрессии. Однако симптомы не должны быть настолько тяжелыми или длительными, чтобы соответствовать критериям большого депрессивного эпизода. У больных не должно отмечаться периодов, свободных от указанных симптомов, превышающих 2 мес. в течение 2 лет (1 года у детей и подростков). В течение первых 2 лет не должно отмечаться тяжелых депрессивных или маниакальных эпизодов или смешанных состояний. Диагноз не может быть поставлен, если это расстройство накладывается на другое хроническое психотическое расстройство, такое, как шизофрения, или поддерживается органическим фактором или злоупотреблением психоактивными веществами. Некоторые исследователи считают, что это легкая форма биполярного аффективного расстройства. Хотя обычно оно начинается в подростковом или молодом зрелом возрасте, может отмечаться как более раннее, так и более позднее начало. Конкретный возраст начала не является диагностическим критерием.

15. Все ответы правильны. Когнитивная терапия связывает развитие психических симптомов и синдромов с привычными ошибками мышления (познания). Депрессивные лица рассматриваются как индивиды, у которых симптоматика и аффект являются логическим следствием негативных схем познания. Образ «Я», жизненный опыт и будущее рассматриваются «через черные очки». Когнитивные схемы формируются на ранних этапах жизни и могут активизироваться жизненными ситуациями или стрессом.

16. Правильный ответ А. Для лечения депрессии был разработан ряд кратковременных динамических психотерапевтических техник. Терапия, предложенная Штруппом, согласуется с психоаналитической теорией и отличается основным акцентом на отношениях в процессе лечения и «парадигме переноса» Штрупп и его последователи считают, что это является лучшим способом вскрыть и скорректировать ранние конфликты и стереотипы, приводящие к дезадаптации, которые вызывают предрасположенность к развитию депрессии. Интерпретация является важной частью этого терапевтического процесса.

17. Правильный ответ Г. Межличностная терапия (МЛТ) Клермана была разработана для кратковременного (обычно от 12 до 16 недель) лечения амбулаторных, непсихотических депрессивных пациентов. Она основана на концепции, что межличностные проблемы обычно связаны с развитием депрессии. Лечение фокусируется, главным образом, на ситуации «здесь и теперь», при этом меньше внимания уделяется особенностям раннего развития. Терапевтические отношения строятся по принципу активного сотрудничества.

## Рекомендуемая литература

- Бек А. Когнитивная психотерапия депрессий // Моск. психотер. журн., 1995. - №3. - С. 69-92
- Бек А. Техники когнитивной психотерапии // Психологическое консультирование и психотерапия У тая. Т.1. - М., 1999. - С. 142-166.
- Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. Пер. с англ. - М., 2001
- Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии. Пер. с англ. - Екатеринбург., 1998.
- Бухановский А.О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей. - Рост. н/Д., 1998.
- Гиндикин В.Я. Психиатрия для клинических психологов и психотерапевтов. - М., 2001.
- Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. Учебное пособие по психиатрии и психотр Пер. с нем.-СПб., 1997.
- Каплан Г.И., Сэдокб. Дж. Клиническая психиатрия. Пер. сангл. - М., 1994. -Т.1-2.
- Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. доп. под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М ^опо
- Кискер К.П. и др. (ред.). Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Пер. с нем. - М., 1999.
- Корнетов Н.А. Психогенные депрессии (клиника, патогенез). - Томск, 1993.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. - М. - Екатеринбург., 2000.
- Полмайер Г. Психоаналитическая теория депрессии // Энциклопедия глубинной психологии. Пер с нем Т1 М.,1998.-С. 681-718.
- Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - СПб., 2000.
- Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Пер. с нем. - Мн., 1999.
- Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. Тексты. - М., 1984. - С. 203-211.
- Хелл Д. Ландшафт депрессии. Пер. с нем. - М., 1999.

## Дополнительная литература

- Аммон Г. Динамическая психиатрия. - СПб., 1995.
- Ануфриев А. К. (ред.). Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. - М., 1979.
- Берн Э. Групповая психотерапия. - М., 2000.
- Бинсвангер Л., Ролло Мэй, Карл Роджерс. Три взгляда на случай Эллен Вест // Моск. психотер. журн., 1993. - № 3. - С. 25-74.
- Блэкбарн И.М. Роль когнитивной психотерапии в лечении тревожных расстройств и депрессии. Медикограф ия //Журн. мед. информации и междунар. связей, 1994. - Т. 16. - Вып. 56. - № 1.
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели // Моск. психотер. журн., 1996. - № 3. - С. 112-140.
- Гельдер М. и др. Оксфордское руководство по психиатрии в 2-х п. - К., 1999.
- Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. - М., 1997.
- Десятников В.Ф., Сорокина Т.Т. Скрытая депрессия в практике врачей. - Мн., 1981.
- Жалюнен Е.В. Вклад Г., Фейрберна в теорию объектных отношений //Рос. психоан. вестн., 1993-1994. - №3-4. -С. 187-191.
- Изард К.Э. Психология эмоций. Пер. с англ. - СПб., 1999.
- Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. - М., 2000.
- Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка // Психоанализ развития: Сб. переводов. - Екатеринбург., 1998. - С. 59-107.
- Коркина М.В. и др. Психиатрия: Учебник. - М., 1995.
- Краузе Р. и др. Исследование аффектов и психотерапевтическая практика // Моск. психотер. журн., 1991. - №1, -С. 20-37.
- Линдеман Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты. - М., 1984. - С. 212-219.
- Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии. Пер. с нем. - М., 2001.
- Морозов Г.В., Шуйский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). - М., 1998.

- Я ц/|. Человек, познай себя: Записки психиатра. - СПб., 1991.
- ва и.В. Терапия и реабилитация лиц с ситуационными реакциями и психогенными депрессиями, 'ершивших суицидальную попытку // Метод, рек. - М., 1988.
- Учебное пособие для студентов мед. вузов. - Рост. н/Д., 2002.
- еские состояния.-СПб., 2000.
- \*1огия эмоций. Тексты. -М., 1984.
- ф Основные формы страха. Исследование в области глубинной психологии. Пер. с нем. - М., 1999.
- новик Д.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. - СПб., 2001.
- Аников П.Г. Психиатрия: Краткое руководство для врачей. - СПб., 1994.
- певича.Б. и др. Депрессии у соматических больных.-М., 1997.
- лороу Р.- № Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. - М., 1999.
- ановА.С. (ред.) Руководство по психиатрии в 2-хтт. - М., 1999.
- форова Л.В. Творчество Мелани Кляйн. - СПб., 2001.
- « в Психика и ее лечение: Психоаналитический подход. Пер. с англ. - М., 2001.
- лмогорова А., Гаранян Н. Эмоциональные расстройства и современная культура /на примере соматофор- мных, депрессивных и тревожных расстройств // Моск. психотер. журн., 1999. -№2. -С. 61-90.
- даем М.Т. Психиатрия: Вводный курс. Пер. с англ. - Льв., 1998.
- Пулковский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. - Рост. н/Д., 1997.
- Чумаченко А.А. Лечение эндогенной депрессии методом символдрамы // Клин, психол. и психотер., 1999. - № 1. - С. 229-235.
- Шапиро Д. и др. Влияние продолжительности лечения и тяжести депрессии на эффективность когнитивно- поведенческой и психодинамически-межличностной психотерапии // Моск. психотер. журн., 1997. - №3.-С. 39-62.
- Шейдер Р. (ред.). Психиатрия. Пер. с англ. - М., 1998.
- Шильдер П. Очерк психоанализа психозов // А. Адлер, Р. Ассаджиоли, К.Г. Юнг и др. Трансформация и сублимация сексуальной энергии. Психоаналитические очерки. - М., 1996. -С. 103-206.
- Шнайдер М. Аффект и его роль в психоаналитической практике (о признании реальное™ событий) // Психо- анализ и науки о человеке. - М., 1995. - С.360-376.
- ЭллисА. Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают// Моск. психотер. журн., 1994. -№1.
- ЯигДж. И. Одиночество, депрессия и когнитивная терапия: теория и ее применение//Лабиринты одиноче- ства. Пер. с англ. - М., 1989. - С. 552-593.

## Глава 12

# БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА И ШИЗОФРЕНИЯ

Одной из задач исследования психического состояния является выявление у пациента возможных расстройств мышления. Невозможность формирования абстрактных концепций, проиллюстрированная буквальным толкованием, проявляется конкретной интерпретацией пословиц. Этот вид нарушения мышления называется конкретным мышлением. Обычно, чтобы сделать заключение, пациенту предлагают несколько пословиц. Конкретное мышление выявляется, главным образом, у больных органическим заболеванием головного мозга, а также у больных шизофренией.

Аномалии, которые обнаруживаются в устной и письменной речи больных шизофренией, были впервые описаны Крепелиным и Блейлером. Хотя они изначально считались патогномичными симптомами этого заболевания, современные исследования показали, что они могут также отмечаться и у пациентов с другими психическими заболеваниями, в частности, при мании. Нарушения мышления обычно встречаются при шизофрении, но существует определенное количество больных, у которых этот феномен не наблюдается. Однако нарушения мышления являются одним из симптомов, связанных с этим диагнозом.

*Свободными ассоциациями* называется нить мыслей, не связанных по содержанию и нелогичных по своей последовательности. Обстоятельность является нарушением ассоциативного процесса, при котором низкое избирательное подавление пропускает слишком много ассоциаций в сознание. Связь между идеями, однако, обычно логичная и легко улавливаемая.

*Блокировка мыслей, шперрунг* - трудность удержания хода мыслей, часто проявляется прерыванием на середине мысли. Предложение, следующее за таким прерыванием, может не иметь никакого отношения к тому, что было только что сказано. Блокировка, предположительно обусловленная выраженной тревогой, является бессознательным механизмом и, следовательно, не подлечит сознательному контролю.

*Магическое мышление* наблюдается у детей, лиц, страдающих различными психическими заболеваниями, и у некоторых примитивных личностей. Главным образом, это убеждение, что определенные мысли, слова или действия могут непосредственно привести к исполнению желаний. Такие мысли свидетельствуют о нереальном понимании причинно-следственных связей.

*Деперсонализация* - это чувство пребывания вне собственного тела, наблюдения за собой, как за актером, играющим роль. Этот симптом может наблюдаться у лиц, страдающих преходящими тревожными расстройствами, невротами (особенно фобическими), и больных тяжелыми психическими заболеваниями, например, шизофренией. У некоторых больных органическими заболеваниями головного мозга, такими, как височная эпилепсия, может развиваться деперсонализация-дереализация - чувство, что окружающее незнакомо и нереально.

Продуктивные расстройства содержания мышления делятся на навязчивые, сверхценные и бредовые идеи.

*Навязчивые мысли* эго-дистонны, они появляются произвольно, не несут адекватной информации. Пациент критически относится к ним, борется с ними, но безуспешно. Выделя-

ют навязчивые сомнения, абстрактные навязчивые мысли, контрастные мысли (например, причинить вред своему младенцу) и навязчивые воспоминания, а также навязчивые мысли, сочетающиеся с аффектом страха - фобии.

*Сверхценные идеи* являются эго-синтонными, базируются на реальной ситуации, обладают большим эмоциональным зарядом, определяют деятельность человека и приводят к социальной дезадаптации. Сверхценные идеи могут быть связаны с переоценкой собственных биологических свойств (дисморфоманические сверхценные идеи - убеждение в несуществующем уродстве, ипохондрические сверхценные идеи - убежденность в наличии несуществующего у пациента заболевания, сверхценные идеи сексуальной неполноценности, самоусовершенствования и пр.). Наблюдается также переоценка собственных психических способностей (сверхценные идеи изобретательства, реформаторства, талантливости) и переоценка социальных факторов (сверхценные идеи виновности или кверулянтства, эротические сверхценные идеи - в том числе ревности).

*Бредовой идеей* является ошибочное убеждение, которое не подтверждается фактами и не может быть скорректировано логическими рассуждениями или доказательствами обратного. Фабулы бредовых идей не возникают случайно, а развиваются как защитная реакция, поддержка определенных мыслей или переживаний; следовательно, бредовое мышление управляется эмоциональными, а не рациональными механизмами. То, что может рассматриваться как бредовые идеи членами одной социальной или культуральной группы, может не интерпретироваться подобным образом членами значительно отличающейся культуральной или социальной системы.

По структуре бред делится на систематизированный (интерпретативный, первичный) и несистематизированный. По содержанию различают три основных формы бреда:

1. с пониженной самооценкой (ипохондрический, самообвинения, дисморфоманический, нигилистический бред);
2. с повышенной самооценкой (бред мессианства, высокого происхождения, изобретательства, реформаторства, эротический, притязания, богатства, величия);
3. бред преследования или персекуторный (архаический с идеями колдовства, воздействия и овладения). Подобные идеи сочетаются с чувством сделанности собственных психических процессов, т. е. с *психическими автоматизмами*, в том числе ассоциативными. К последним относятся ментизм (наплыв мыслей) и шперрунг (блокада мыслей), вкладывание и отнятие мыслей, симптом открытости, симптом разматывания воспоминаний. Наблюдаются бред двойников, метаморфозы, ущерба, обнищания, одержимости, отношения, отравления, ревности, антагонистический или манихейский, когда все люди делятся на силы добра (во главе которых стоит больной) и зла.

Выделяют смешанные формы бреда, отличающиеся сочетанием в фабуле персекуторных идей с бредом повышенной или пониженной самооценки. Встречаются также формы бреда, содержание которого связано с преимущественным нарушением других психических функций. К ним относятся аффективный, сенсорный (основанный на искаженном восприятии), конфаблюаторный (построенный на ложных воспоминаниях) и резидуальный бред (остаточный, после перенесенного острого психотического эпизода).

## Бредовые расстройства

### Паранойяльные синдромы

*Паранойя* - от греч. para поиз - рассудок вне себя. При *остром* течении возникает интерпретативный (объясняющий) бред, чаще - персекуторный (толкующий происходящее как

выражены аффективные расстройства, соответствующие содержанию бреда, наולюдаега растерянность, бредовое поведение. Имеется тенденция к систематизации бреда, возможны галлюцинаторные эпизоды.

При *хроническом* течении ведущим симптомом является систематизированный бред, эмоционально заряженный и определяющий поведение. В развитии бреда выделяют ряд этапов: бредовое настроение, бредовое восприятие, бредовое толкование, кристаллизация бреда, формирование логичной системы доказательств, которая может выглядеть убедительной и для окружающих.

*Синдром бреда обыденных отношений (бред малого размаха, «кухонный бред»)* - систематизированный персекуторный бред с идеями ущерба, отравления, колдовства, отношения (плохого отношения к больному) и т. п. Распространяется на ближайших лиц и основан на интерпретации реальных фактов. Могут быть аказмы (шорохи, стуки, звонки, звуки шагов) и фонемы (оклики по имени), рудиментарные автоматизмы, эмоциональное напряжение, бредовое поведение - в частности, кверулянтство (лат. *diegi/liz* - жалобщик, сутяга) с постоянным обращением в высокие инстанции с жалобами на преследователей и требованием принять меры («преследуемый преследователь»).

*Реактивное паранойяльное бредообразование* характеризуется возникновением сверхценных или паранойяльных идей, не выходящих за рамки психотравмирующих обстоятельств. По содержанию могут быть идеи ревности, изобретательства, ипохондрические, они часто сопровождаются кверулянтскими тенденциями. Больные обычно насторожены, подозрительны, тревожны. Бред носит интерпретативный характер; в ситуациях, не связанных с бредом, сохраняется адекватное поведение, что может вводить окружающих в заблуждения по поводу психического здоровья индивида.

*Индукцированный бред* («бред вдвоем») характеризуется идеями преследования, которые развиваются обычно у сестер из семей с повышенным риском заболевания шизофренией. Имеет место социальная изоляция, при которой индуктор страдает психическим заболеванием и является лидером для другого человека, через которого он поддерживает ограниченный контакт с реальностью. Подчиненное лицо стремится к заботе и одобрению со стороны лидера. Между ними устанавливаются крайне амбивалентные отношения. Необходимо учитывать опасность суицида и гомицида; требуется исключить органическое поражение ц. н. с. Обычно изоляция пассивного партнера приводит к его быстрому выздоровлению, при этом необходимо помочь пациенту найти новые способы поддержки и компенсации утраченных взаимоотношений. Последние годы отмечается много случаев развития индуцированного бреда в религиозных группах, приводящих, в частности, к массовым самоубийствам, убийствам членов сект, насилию над детьми и другим тяжким правонарушениям.

Типичный бред при паранойяльном расстройстве систематизированный, невычурный и связан с ситуациями, которые могут случиться в реальной жизни, такие, как слежка, отравление, влюбленность на расстоянии и т. д. Этот факт помогает дифференцировать это состояние от параноидной формы шизофрении или шизофреноподобного расстройства, при которых бред обычно вычурный и часто имеются галлюцинации.

До начала заболевания пациенты с паранойяльным расстройством представляются более экстравертированными, доминирующими и впечатлительными, чем больные шизофренией, которые большей частью шизоидные и подчиняемые. Фрейд считал, что бред преследования связан с бессознательным гомосексуальным конфликтом, в то время как современные психодинамические представления склоняются к тому, что бред - следствие нарушения са-

не выявлено.

## Параноидные синдромы

*Синдром Кандинского - Клерамбо (психического автоматизма)*. При остром течении наблюдается чувственный бред воздействия, преследования, яркие чувственные автоматизмы и вербальные псевдогаллюцинации (звучащие мысли с характером сделанности). Развивается бредовое восприятие окружающего с растерянностью, страхом, возбуждением. Может быть симптом двойника с ложными узнаваниями, бред интерметаморфоза с идеями, что больному «показывают представление», бред особого значения, когда определенным событиям или предметам придается символическое значение. В случае развития выраженной кататонической симптоматики состояние квалифицируется как кататоно-параноидный синдром.

При *хроническом* течении синдрома Кандинского - Клерамбо отмечается систематизированный персекуторный бред воздействия (при инвертированном бреде - с ощущениями и убеждением в собственном «экстрасенсорном» воздействии на людей). Имеются псевдогаллюцинации, чаще слуховые, разнообразные автоматизмы, эмоциональное напряжение и бредовое возбуждение. Могут быть сенестопатии, парестезии, отдельные кататонические симптомы. В зависимости от преобладания симптоматики выделяют галлюцинаторную форму синдрома и бредовую (в том числе ипохондрическую).

Другой острый параноидный синдром - *синдром Капра* отличается выраженностью симптома положительного и отрицательного двойника (восприятие окружающих - больных, персонала как маскирующихся близких людей или врагов из реального окружения пациента). Характерен симптом Фреголи с постоянным быстрым перевоплощением окружающих в других лиц и бредом интерметаморфоза на фоне эмоционального напряжения, растерянности, страха и бредового возбуждения.

*Реактивный параноид* развивается обычно в новой, непривычной ситуации с вынужденным лишением сна (например, «железнодорожный параноид» С. Г. Жислина). На фоне нарастающей тревоги возникают бредовые идеи отношения, преследования, особого значения, сопровождающиеся галлюцинациями. Наблюдается аффективное сужение сознания, агитация, суицидальные попытки с целью «избежать наказания» или обреченная неподвижность с «ожиданием своей участи».

## Парафренный синдром

Острое или подострое течение отличается нестойкостью фабулы, ее изменчивостью, непрерывными колебаниями аффекта с соответствующим изменением содержания всей симптоматики. На высоте состояния возможен бред интерметаморфоза, ложные узнавания, бред особого значения.

При хроническом течении наблюдается систематизированный фантастический мегаломанический (грандиозного масштаба) довольно устойчивый полифабульный бред с ретроспективной переработкой всей биографии. Имеются псевдогаллюцинации (информирующие голоса, видения в субъективном пространстве, псевдовоспоминания с чувством сделанности), фантастические конфабуляции, психические автоматизмы - все это на фоне благодушия и бредового поведения. По ведущей симптоматике различают систематизированный парафренный синдром, галлюцинаторную и конфабуляторную парафрению.



## Кататонические синдромы

Кататония - от греч. *ката* - согласующийся, *топоз* - напряжение. Выделяют люцидные (лат. *lux* - свет) кататонические синдромы, протекающие на фоне ясного сознания, и имеющие форму ступора или возбуждения.

*Кататонический ступор* проявляется в виде гипокинезии (до обездвиженности™, амимии и мутизма - отсутствия речи). Наблюдается паракинезия с негативизмом - пассивным (с повышенной подчиняемостью) или активным (с «деланием наоборот»), вычурностью и манерностью поз, «восковидной» гибкостью суставов. Имеются нейровегетативные расстройства: сальность кожи, акроцианоз (похолодание и «посинение» конечностей), гипергидроз (потливость), тахикардия (учащенное сердцебиение), гипотония, изменения мышечного тонуса, гиперрефлексия, гипестезия, анорексия и рвота. Могут быть отрывочные бредовые идеи и эпизодические галлюцинации. По характеру паракинезий выделяют 4 формы (этапа) кататонического ступора: вялый ступор, ступор с восковидной гибкостью, негативистический ступор, ступор с оцепенением.

*Кататоническое возбуждение* характеризуется кататонической гиперкинезией и паракинезиями. Последние представлены эхопраксией (повторение чужих действий), эхолалией (повторение чужой речи), двигательными и речевыми стереотипиями, вычурностью и манерностью поз, негативизмом. Наблюдаются паратимии (неадекватные эмоциональные проявления), извращения влечений с импульсивными действиями, ускорение речи до персеверации (стереотипное повторение фраз и слов) и вербигерации («окрошка» из обрывков слов). Выделяют 3 формы (этапа) синдрома: кататано-гебеферное возбуждение, немое кататоническое возбуждение, импульсивное кататоническое возбуждение.

## Шизофрения

Э. Крепелин, тщательно изучив течение и исход болезни у тяжелых психически больных, отметил, что у некоторых из них наблюдались такие симптомы, как бред и отгороженность в относительно молодом возрасте, хроническое и прогрессирующее течение болезни. Чтобы отличить эту группу больных от поздней деменции (старческого слабоумия) и выделенного им МДП, он назвал данное расстройство деменцией прекокс (ранним слабоумием).

Э. Блейлер, наблюдая за этой группой больных, сделал вывод, что патогномичным признаком заболевания является специфическое нарушение мышления, включающее расщепление (*схизис*) познавательной функции. Он назвал это заболевание шизофренией.

Основными диагностическими критериями шизофрении по Э. Блейлеру являются «4 а»: ассоциации, аффект, амбивалентность, аутизм. Для ассоциаций характерна *компарментализация* (сосуществование несоединимых мыслей), бедное и не соответствующее реальности содержание мышления, плохое вероятностное прогнозирование и нелогичность. Последняя проявляется в беспорядочности ассоциаций, их поверхности, разорванности, обстоятельности, соскальзывания (с темы), а также в обрывах мыслей, эхолалии и неологизмах - патологических словообразованиях.

Аффективность изменена в форме обеднения и притупления эмоций, их неадекватности и лабильности, дурашливости. Отмечаются волевые изменения: неадекватные побуждения и мотивации, выраженная *амбивалентность* (сосуществование несоединимых желаний) и *амбигуальность* (то же в отношении решений). Нарушается коммуникация: появляется аутизм (уход в себя), эмоциональная и социальная отчужденность, агрессивность, неадекватность в социальной сфере.

В настоящее время шизофрения - это термин, используемый для обозначения группы психических расстройств, включающих такие симптомы, как бред, галлюцинации и нарушения процесса мышления. Эти расстройства обычно начинаются в молодом возрасте, но иногда и значительно позже, и могут быть связаны с функциональными нарушениями с течением времени. Некоторые авторы делят симптомы на позитивные и негативные. Позитивные симптомы, такие, как галлюцинации и бред, обычно поддаются лечению антипсихотическими препаратами. Негативные симптомы, такие, как уплощение аффекта и социальное отчуждение, в меньшей степени поддаются лечению.

К. Шнайдер выделил симптомы 1 ранга при шизофрении: звучание мыслей, спорящие, обсуждающие или комментирующие голоса, отчуждение мыслей с другими ощущениями воздействия на мышление, передача мыслей на расстояние, «сделанные» волевые акты, аффекты и желания, ощущение соматической беспомощности.

### Критерии диагностики шизофрении по МКБ-10

На протяжении большей части психотического эпизода длительностью не меньше месяца должны отмечаться минимум один из признаков, перечисленных в перечне 1, или минимум два признака из перечня 2.

#### Перечень 1

- А. «эхо»-мысли, вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей;
- Б. бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к мыслям, действиям, движениям или ощущениям; бредовое восприятие;
- В. галлюцинаторные «голоса», комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой; другие типы галлюцинаторных «голосов», исходящих из какой-либо части тела;
- Г. стойкие бредовые идеи, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, такие, как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или общении с инопланетянами).

#### Перечень 2

- А. галлюцинации любого вида, если они отмечаются ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и неструктурированным) без отчетливого аффективного содержания;
- Б. неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;
- В. явления кататонического ступора или возбуждения;
- Г. «негативные» симптомы, такие, как выраженная апатия, речевое обеднение, уплощенность или неадекватность эмоциональных реакций (должно быть очевидным, что они не обусловлены депрессией или терапией нейролептиками).

Имеется деление шизофрении на 1-й тип с преобладанием позитивных симптомов (разорванность мышления, галлюцинации, странное поведение и повышенная речевая активность) и 2-й тип с преобладанием *негативных* симптомов (обеднение и притупление эмоций,

бедность содержания речи, обрывы мыслей, снижение заботы о своем внешнем виде, неприятность, недостаток мотивации, ангедония, социальная отчужденность, когнитивные нарушения и расстройства внимания.

К основным клиническим формам шизофрении относятся:

- *параноидная* - систематизированный синдром Кандинского - Клерамбо, бред или частые слуховые псевдогаллюцинации, связанные одной темой;
- *гебефренная* или дезорганизованная - гебоидный синдром, выраженная разорванность мышления или крайне дезорганизованное поведение;
- *кататоническая* - ступор или мутизм, негативизм, беспричинное импульсивное возбуждение, гримасничанье и манерность, эхололия и эхопраксия;
- *простая* - отчуждение от социальной среды и связанных с работой ситуаций, незаметная и постепенная утрата энергетического потенциала и жизненных устремлений.

Последнее время кататоническая и гебефренная форма встречаются реже.

## Течение

Болезнь чаще начинается в 15 - 25 лет, начало может быть острым или постепенным. Манифестации болезни предшествует *продром* (греч. предвестник болезни) в виде тревожной растерянности, необоснованных страхов или депрессии. Для констатации продромальной фазы необходимо наличие по крайней мере двух из нижеследующих симптомов:

1. отчетливая социальная изоляция (аутизм);
2. отчетливое ухудшение в психическом функционировании;
3. странное поведение;
4. нарушение правил личной гигиены;
5. неадекватный аффект;
6. специфические нарушения речи;
7. странные убеждения, влияющие на поведение и не соответствующие культурным нормам (появившаяся вдруг убежденность в возможности сверхпроницательности, вера в телепатию и т. п.);
8. необычные эпизоды ощущений, иллюзий, воздействия;
9. отчетливое снижение инициативы, интересов, энергии.

Болезнь сопровождается постепенной деградацией личности в форме апатоабулического синдрома с редукцией энергетического потенциала и социальным снижением. Продуктивные симптомы со временем блекнут, негативные нарастают. Рецидивы болезни (в среднем 1 раз в два года) наступают почти у всех больных, не получающих лечение и у половины получающих его. Каждый второй больной совершает попытку самоубийства.

Следует заметить, что первичный приступ, наступивший после стресса, предполагает более благоприятный прогноз, иногда болезнь полностью проходит и никогда не обостряется даже при отсутствии лечения. Последние 50 лет исход шизофрении улучшился.

Отмечаются следующие *формы течения*: непрерывная, приступообразно-прогредиентная (шубообразная, от нем. зпль - сдвиг), рекуррентная (циркулярная, периодическая) и малопрогредиентная (вялотекущая).

## Шизоаффективное и шизотипическое расстройство

**Шизоаффективное расстройство, рекуррентная шизофрения** рассматривается как расстройство при котором представленность, тяжесть и продолжительность «шизофренических» и «аффективных симптомов» находятся в относительном равновесии.

Диагностические критерии шизоаффективного расстройства:

А. Соответствие критериям аффективных расстройств умеренной или тяжелой степени выраженности.

Б. В течение большей части времени двухнедельного периода отчетливо отмечается хотя бы один из симптомов А, Б, В, Г *перечня 1* или симптомов Б, В *перечня 2* критериев диагностики шизофрении.

В. Критерии групп А и Б должны выявляться в течение одного и того же эпизода и хотя бы на какой-то период одновременно.

Диагноз шизоаффективного расстройства является одним из наиболее сложных в психиатрической нозологии. Как указывают критерии, временами должны отмечаться либо большие депрессивные, либо маниакальные эпизоды наряду с характерными симптомами шизофрении. Кроме того, должны наблюдаться, по крайней мере 2 недели, бред или галлюцинации, не являющиеся следствием аффективных нарушений. Если все вышеописанное является следствием злоупотребления психоактивным веществом, этот диагноз не может быть поставлен.

**Шизотипическое расстройство, малопрогредиентная, вялотекущая шизофрения** рассматривается в МКБ-10 как шизотипическое расстройство личности, при этом в анамнезе должны отсутствовать диагностические критерии шизофрении.

*Диагностические критерии* шизотипического расстройства: на протяжении минимум двух лет постоянно или периодически должны обнаруживаться по меньшей мере 4 признака из числа следующих:

1. неадекватный или суженный аффект, больной выглядит холодным и отчужденным;
2. странности, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;
3. обеднение контактов и тенденции к социальной аутизации;
4. странные взгляды (верования) или магическое мышление, оказывающие влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами;
5. подозрительность или параноидные идеи;
6. обсессивная жвачка без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
7. необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;
8. аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся странной речью (или другим образом) без выраженной разорванности;
9. редкие транзиторные психотические эпизоды с интенсивными иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями и бредоподобными идеями, обычно возникающими без внешней провокации.

*Неврозоподобные расстройства* в рамках вялотекущей шизофрении имеют ряд особенностей: фобии возникают внезапно, немотивированны, имеют нелепое, непонятное содержание, монотонное течение, больные пассивно относятся к ним. Истерические проявления наряду с капризностью, упрямством, обмороками, припадками, психогенными галлюцинациями включают сенестопатии, немотивированную тревогу, явления болезненной психической анос-

тезии. Навязчивости в рамках шубообразной шизофрении также отличаются от невротических навязчивостей сопровождающей их резко возрастающей тревогой; при этом безразличные прежде события начинают теперь угрожающе напоминать о содержании навязчивостей, приобретают характер «особого значения».

Поскольку данное расстройство трудно отличить от шизоидной психопатии, МКБ-10 не рекомендует широко использовать этот диагноз.

**Шизофреноподобное расстройство** характеризуется симптомами шизофрении, за исключением того, что его длительность составляет не менее 1 мес., но меньше 6 мес. Этот период включает все фазы расстройства, в том числе продромальную и резидуальную фазу. Вероятно, этот случай включает много случаев «доброкачественной шизофрении», которые были описаны в ранних исследованиях прогноза. По определению, эта группа не включает ни больных с выраженными аффективными проявлениями, позволяющими диагностировать аффективное расстройство, ни больных с проявлениями, обусловленными психоактивными веществами, или другими органическими психозами.

## Происхождение и психодинамика

Болезнь передается генетически и провоцируется стрессом, наркотиками.Monozygotные близнецы, воспитанные раздельно, заболевают так же часто (в половине случаев), как и близнецы, воспитанные вместе. Среди детей, рожденных от здоровых родителей, но воспитанных больными шизофренией, не отмечается более высокой заболеваемости, чем в населении.

Г. С. Салливан указал на значение недополучения в детстве положительных межличностных контактов. Г. Бейтсон описал феномен «двойного узла», когда ребенок должен выбрать между двумя невозможными альтернативами («Почему ты не обнимаешь свою неприкосновенную мамочку, бесчувственный?»).

Ф. Фромм-Райхман подчеркнула роль отчужденной, излишне покровительствующей и враждебной матери. М. Малер считала, что на оральной стадии развития ребенок не может отделиться от шизофреногенной матери, безопасность осуществляется в форме симбиоза; в пубертате для отделения и аутоидентификации ему необходима слишком большая агрессия.

Будущие больные шизофренией обычно воспитываются в шизофреногенной семье, которая представляет собой замкнутую микрогруппу, члены которой отличаются холодностью, ригидностью, дезинтегрированностью отношений, маскируемой псевдосолидарностью, жестким распределением ролей и неудачным взаимодополнением. Среди родственников больных шизофренией распространены тяжелые нервно-психические расстройства. Эти нарушения выявляют, провоцируют и модифицируют конституционную, преморбидную предрасположенность будущего больного к шизофрении.

Шизоидная личность, воспитываемая в условиях аффективной депривации, при стрессовых нагрузках (начало обучения в школе, половые метаморфозы, адаптация к трудовому коллективу) за счет низкого порога возбуждения и генерализации ответных реакций дает сильные аффекты тревоги и параноидного восприятия окружающего мира. Родители, как правило, последними узнают о развитии психического заболевания у своего ребенка, а их ирреальные толкования первых симптомов психоза и ответные реакции способствуют еще большему отходу больного от реальной действительности.

Семейные нарушения играют большую роль в патологическом развитии когнитивной сферы будущего больного шизофренией. Родители часто упрекают шизоидного («дерево и

[стекло]) ребенка в холодности и одновременно в неумении сдерживать аффективные проявления («двойная связь» по Г. Бейтсону). Ребенок в этих условиях чувствует себя сбитым с толку, у него формируется амбивалентность, аутизм, непоследовательность и противоречивость представлений о себе и других людях.

А. Бек и др., 1980 выявили у больных шизофренией достаточно типичные когнитивные ошибки. Это - неправомерные обобщения (использование логически неоправданных параллелей для объяснения событий), избирательное абстрагирование (неправомерное использование части для оценки целого), ошибки в правильной атрибуции собственной роли в происходящем и своей ответственности, ошибки в правильном построении причинно-следственной цепи событий, тенденции к «черно-белым» оценкам.

Когнитивные расстройства у больных шизофренией связывают с наблюдающейся в их родительских семьях *коммуникативной девиацией*. Ее характеризуют следующие признаки;

- недосказанность, нечеткость формулирования передаваемой информации;
- фрагментированная коммуникация - сообщение часто прерывается прежде, чем его смысл понят собеседником;
- отсутствие обратной связи и пресечение попыток уточнения информации;
- неспособность совместно удерживать фокус беседы - тенденция не вслушиваться в речь собеседника, перебивать его;
- некритическое отношение к возможностям больного, сочетание чрезмерной его опеки с завышенными требованиями, высказываниями недовольства его поведением и отчаянием по поводу добиться восстановления здоровья больного.

Для семей больных характерны «псевдоотношения», когда провозглашаемые речевые требования противоречат тому, какое поведение в ответ на эти требования ожидается в действительности. Родители часто используют «мистификацию» в семейных отношениях, вводя в заблуждение относительно мотивов своих и чужих поступков, заменяя эмоциональный опыт ребенка собственным. Взаимоотношения в семье больного шизофренией подчиняются правилам «парадоксальной игры», в которой каждая сторона очень хочет выиграть за счет другой, но в реальности это невозможно.

В. Д. Вид, 2001 указывает, что матери больных часто занимают ригидные, доминирующие ролевые позиции, обусловленные их бессознательным стремлением компенсировать внутреннюю неуверенность в себе. Отцы при этом пассивны и отстранены от эмоциональной жизни семьи. Если же они доминируют, то деспотично, и тогда мать зависима, неэффективна в организации домашней жизни и воспитании ребенка. Для таких семей характерно ригидное следование жестко фиксированным ролям или ролевая хаотичность, вплоть до крайнего пренебрежения нормами. В обращении с больным чередуются ласка и окрик. Компетентность родителей в принятии решений остается вне критики, расхождения родителей во мнении скрываются, а попытки ребенка расширить ролевой репертуар жестко подавляются.

Родители воспитывают будущего больного по типу потворствующей гиперпротекции или гиперконтроля, отрывая его от реальности и парализуя его активность и самостоятельность. Попытки ребенка самому решать возникающие проблемы часто подвергаются критике. В то же время шизофреногенная мать обнаруживает ребячливость, ожидает от ребенка родительского отношения к себе. Шизофреногенные отцы предъявляют нереальные требования к женам и в борьбе с ними образуют коалицию с детьми. Такой отец соперничает с сыном за внимание жены и влияние на нее, активно подрывает уверенность сына в себе, является неудачником с идеями величия, не имеет авторитета в семье и полностью подчиняется жене.

Вынужденный отказаться от удовлетворения своих значимых потребностей, ребенок использует стремление родителей установить с ним симбиотические отношения для реализации инфантильной тенденции получить социальную защиту и избежать ответственности за самостоятельное принятие решений. Принято выделять три варианта симбиотических отношений:

1. *комменсализм* (от фр. соттепза! - сотрапезник, нахлебник), когда зависимый партнер безвреден для другого;
2. *паразитизм*, когда зависимый партнер причиняет ущерб другому;
3. *мутуализм* (от лат. гтшШиз - взаимный) при взаимовыгодных отношениях, безвредных для обоих участников.

Однако выгода, извлекаемая ребенком из подобных отношений, временна, важнее оказывается то, что он не может сформировать зрелое поведение, и когда жизненная ситуация требует от него самостоятельности и независимости, проявляет симптомы болезни. В свою очередь манифестация болезни сильно травмирует семью. Нарастает нервно-психическое напряжение, нарушаются семейные взаимоотношения (в частности, возникают «функциональные пустоты»), снижается социальный статус семьи в целом и ее членов, в семье нарастают чувства вины, тревоги, неудовлетворенности, агрессии. Первые признаки болезни игнорируются, более развернутая картина болезни искажается, отношение к психиатрам долго остается неадекватным. Все это неблагоприятно сказывается на течении болезни, особенно в периоды между госпитализациями. Нередко в семье происходит раскол, который приводит к изоляции больного.

Наиболее типичными признаками патогенной семьи, достоверно отражающимися на течении шизофрении, являются:

- открытый конфликт между родителями;
- социальная изоляция семьи;
- противоречащие друг другу тенденции в руководстве больным;
- повышенный страх психиатрической стигматизации, ведущий к отрицанию болезни и позднему обращению за профессиональной помощью;
- непонимание состояния больного, неадекватные ожидания от него и отсутствие готовности сотрудничать с врачом.

**Психодинамика.** Пациенты обычно ощущают внутреннюю спутанность и непреодолимый поток информации; чтобы справиться с возникшими мощными аффектами включаются примитивные защитные механизмы, препятствующие нормальному восприятию реальности:

- *психотическая проекция* - приписывание собственной агрессии, сексуальности, хаоса, спутанности внешнему миру; неспособность осознавать эти ощущения как собственные, размытость границ между внутренними и внешними переживаниями;
- *формирование реакции* - изменение вызывающих беспокойство мыслей или побуждений на прямо противоположные;
- *психотическое отрицание* - трансформация стимулов, вызывающих психологические проблемы, бред и галлюцинации.

Симптомы шизофрении имеют символическое значение: конец света означает крах внутреннего мира, идеи величия - нарциссизм, галлюцинации - внутренние желания или страхи из-за невозможности справиться с реальностью, бред выражает компенсаторные, суррогатные попытки создать новую реальность, выразить тайные импульсы и страхи.

## Лечение

Включает госпитализацию и использование антипсихотических средств. В дебюте проводят инсулино-шоковую терапию, для больных кататонической формой с длительностью заболевания до 1 года применяется электросудорожная терапия (ЭСТ). Наиболее распространенным средством фармакотерапии являются нейролептики фенотиазинового ряда: аминазин, трифтазин, этаперазин, френолон, неупептил, сонапакс, тизерцин, мажептил, модитен. Широко применяются также галоперидол, хлорпротиксен, триседил, азалептин, эглонил и др. Из-за их побочного действия - паркинсонизма (неусидчивость, мышечная скованность, тремор) назначают корректоры: циклодол, артан, паркопан. После ослабления симптомов и стабилизации состояния (обычно через месяц) дозу снижают до минимально эффективной, которую сохраняют после выписки в качестве поддерживающей не менее чем на 6 мес. Имеются препараты пролонгированного действия (модитен-депо и др.), которые вводятся внутримышечно 1 раз в 2 - 3 недели.

У большинства людей развивается адаптация к седативному эффекту и приспособление к головокружениям, связанным с гипотензивным побочным действием фенотиазинов. Прием антипаркинсонических препаратов можно прекратить через 2-3 мес. вследствие приспособления к экстрапирамидным побочным эффектам. Установлено, что у пациентов не развивается изменение чувствительности к антипсихотическому действию этих препаратов, что позволяет использовать их годами, часто в одних и тех же дозах в качестве поддерживающей терапии.

Стратегии лечения шизофрении включают как медикаментозное снижение возбудимости нервной системы, так и повышение способности его и его семьи справляться со стрессовыми ситуациями. Семейная терапия выступает при этом как составная часть терапевтического и реабилитационного процесса, основные цели которого - повышение социальной компетентности пациента в решении разнообразных социальных ситуаций (поведенческий тренинг), способности адекватно выражать свои чувства, успешно вступать в эмоциональный контакт (коммуникативный тренинг).

*Семейная терапия* учитывает, что в семьях больных существуют проблемы границ и ясного выражения чувств и желаний, из-за чего больного одновременно излишне опекают и подвергают остракизму. В многосемейной группе ближайших родственников больных обсуждаются эти проблемы, происходит обмен опытом, что позволяет как минимум снизить чрезмерную эмоциональность в семейных отношениях.

Применяются методы психосоциального воздействия: поведенческая терапия, выработка социальных навыков и реабилитация. Проводятся групповая и индивидуальная поддерживающая (суппортивная) психотерапия.

*Поведенческая терапия* предусматривает обучение профессиональным навыкам с целью улучшить социальную адаптацию, повысить самооценку, улучшить межличностные отношения. Улучшение поведения поощряется какими-либо льготами (прогулка, участие во внутрибольничных мероприятиях, домашний отпуск, свободный выход и т. п.).

*Групповая терапия.* Акцент делается на поддержке и развитии социальных навыков (в повседневной деятельности). Групповая терапия особенно эффективна для уменьшения социальной изоляции, подкрепления чувства реальности, расширения контактов с окружающими.

*Поддерживающая психотерапия.* З. Фрейд считал, что больные шизофренией не поддаются лечению психоанализом из-за отщепления либидо от внешних объектов и обращения на себя (нарциссический невроз), что делает больного неспособным к формированию отношений, особенно к переносу. По Бенедетти «вхождение» психотерапевта в мир больного шизоф-

рений выражается тем, что части больной личности интроецируются терапевтом, части личности терапевта принимаются больным, сновидения терапевта отражают тревоги пациента, сновидения больного структурируются внутренними движениями терапевта.

Э. Г. Эйдемиллер, 1976 применяет в психотерапии больных шизофренией следующую последовательность: индивидуальная, групповая, семейная терапия в конфликтных семьях и индивидуальная, семейная - в семьях, развивающихся в конструктивном направлении; параллельно ведется работа с группой родственников, главным образом с родителями пациентов.

Важнейшие аспекты отношения психотерапевта к больному шизофренией включают постоянство и полезность (без желания спасать), уважение к личности больного и его автономии, способность сосредоточиться на сохранившемся потенциале, терпимость к нелепому и непредсказуемому поведению, а также терапевтический оптимизм. Не следует спорить с больным, особенно в отношении его бредовых убеждений, необходимо прислушиваться к чувствам, которые он испытывает, признавать реальность его ощущений для больного, формировать у него реальное восприятие мира. По возможности нужно отвечать на личные вопросы больного, стараясь при этом понять причину его интереса и перевести разговор на самого больного, если он готов это поддержать. •

Как указывает А. Б. Холмогорова, 1998, наибольшее влияние на современную психотерапию шизофрении оказали Цюрихская школа М. Сешэ и Вашингтонская Ф. Фромм-Райхман. Объединяет эти школы концепция шизофреногенной матери, отвергающей ребенка, в результате его «Я» остается слабым, неинтегрированным, легко регрессирует при повторных психотравмах, что закономерно приводит к болезни. Значение психотравмы указанные авторы трактуют по-разному, что обуславливает различия в разработанных ими моделях психотерапии.

М. Сешэ, 1976 делала акцент на фрустрации оральных потребностей матерью, которая недокармливает и недоласкивает ребенка. Невозможность интроецировать материнскую любовь делает формирующееся «Я» беззащитным перед деструктивными силами (по Фрейду - Танатос доминирует над Эросом). Возникают саморазрушительные тенденции и чувство вины перед матерью, которой ребенок мешает своим существованием. При повторных отвержениях слабое, недифференцированное «Я» защищает сознание от прорывающихся в него фиксированных в раннем детстве переживаний, проецируя их во внешний мир в виде бредовых идей и галлюцинаций.

Сешэ символически удовлетворяла фрустрированные инфантильные потребности больного. Пробуждение доверия к аналитику позволяло больному раскрывать все более зрелые свои потребности, проходя таким образом от оральной стадии развития «Я» до генитальной. Фромм-Райхман, 1976 основное значение придавала опоре на имеющуюся у пациента потребность в доверительных и в то же время свободных взаимоотношениях. Она выделяла в психодинамике шизофрении роль страха перед повторным отвержением, что приводит к аутизму. Для установления доверительных взаимоотношений аналитику необходимо преодолеть собственный страх перед отгороженностью пациента. При этом важно учитывать такие особенности больных, как замедленность и конкретность мышления и диффузную тревогу, легко доходящую до паники. Поэтому после каждой попытки вступить в неформальный контакт с больным следует терпеливо ожидать сигнала о том, что он переработал и интегрировал воздействие и готов к следующему. Отсутствие реакции говорит о необходимости повторить попытку. Чтобы не усиливать у больного страх, все воздействия нужно строго дозировать.

С учетом вышеизложенного Фромм-Райхман модифицировала классическую психоаналитическую технику при лечении больных шизофренией. Чтобы не нарушать чувство реальности и следить за состоянием больного, она отказалась от обычного расположения аналитика

за кушеткой. Расписание сеансов было подчинено динамике терапевтического процесса. Поскольку свободные ассоциации могли усилить дезорганизацию мыслительного процесса, они не применялись. Не проводился анализ сновидений, поскольку мышление больного и так сходно со сновидным. Не использовались прямые интерпретации, т. к. сознание больного заполнено потоком представлений из бессознательного. Классическая техника, применяемая при лечении невротозов, может быть адекватной лишь по выходе больного из психоза.

На сегодняшний день *психоаналитический подход* при лечении больных шизофренией обеспечивает наиболее глубокий и прочный терапевтический эффект, однако он имеет определенные особенности. Спротивление больного, кроме обычных для невроза защитно-агрессивных проявлений, выражается в форме избегания, пассивности. Эгосинтонность патологических защит и их вторичная выгода затрудняют осознание сопротивления, а попытка психотерапевта вскрыть его или, наоборот, удовлетворять инфантильные потребности пациента в зависимости и агрессии усиливает последние. Поэтому в ряде случаев сопротивление лучше просто игнорировать, делая акцент на положительной оценке продуктивной активности больного в процессе лечения.

Интерпретируются не столько события, происходившие в прошлом, сколько эмоциональные реакции на них, зафиксированные в современном поведении больного. При этом психотерапевт «здесь и теперь» оказывает больному эмоциональную поддержку, в которой ему было отказано значимыми фигурами «там и тогда», обеспечивая чувство безопасности, отсутствия немедленной поведенческой ответственности за выражение своего конфликта или неудачные попытки его решения. Тем самым облегчается опробование новых форм поведения, расплывающихся позднее на внутерапевтические ситуации.

Техника свободных ассоциаций и провокация эмоционального напряжения для больных шизофренией противопоказаны из-за опасности интеллектуальной и аффективной дезорганизации. Объем сообщаемой информации должен быть ограничен в соответствии с имеющимся у больного когнитивным дефицитом. Поведение психотерапевта характеризуется высокой активностью, необходимостью нейтрализовывать саморазрушающие тенденции пациента. При этом повышен риск власти в симбиотические отношения с больным или не выдерживать его нескрываемую враждебность.

Популярным современным направлением в лечении шизофрении является *семейная аналитическая терапия*. Ее основоположники американские психоаналитики Р. Лидз и Т. Лидз, 1976 считали решающим фактором в развитии болезни детско-родительские симбиотические отношения, которые не дают сформировать границам «Я», в результате у ребенка не возникают чувства идентичности и своей значимости. Целью терапии поэтому является развитие чувства идентичности, отказ от потребности в симбиотических отношениях и от пассивных ожиданий найти всезнающий и всемогущий объект. Для достижений этой цели психотерапевт помогает больному решить определенные задачи:

1. осознать собственные желания в соответствии со своими мнениями, убеждениями, мотивацией;
2. почувствовать возможность установления отношений, в которых не отторгается его истинное «Я» и не отвергается он сам;
3. разорвать те фрустрирующие ограничения, которые всегда возникают при его связях с другим человеком.

В процессе терапии инфантильное отношение к родителям переходит в формы зрелого и независимого поведения. Соответственно терапевт не должен создавать иллюзии всемогу-

щества, он избегает как собственного доминирования, так и манипулирования собой со стороны пациента. Авторы дают конкретные рекомендации:

- раздражение или недовольство пациентом, которые могут промелькнуть в голосе или поведении терапевта, следует выражать открыто, вербально, а не давать чрезвычайно чувствительному к подобным вещам больному интерпретировать их в духе «двойной связи»;
- учитывая неясность и амбивалентность высказываний и поведения пациента, терапевту целесообразно выражать вслух интерпретацию его поведения и слов в мягкой, ненавязчивой форме;
- важно не избегать никаких тем, затронутых пациентом, поскольку это может привести к восприятию терапевта как «враждебного» родителя.

М. Боуэн, 1976 рассматривал шизофрению как своеобразную попытку разрешить конфликт между естественным процессом взросления и потребностью сохранить симбиотическую связь с матерью, доминирующей в семье. Семейная терапия направлена на побуждение отца исполнять функцию главы семьи, что вначале вызывает у матери страх, а затем эмоциональная атмосфера в семье становится более благоприятной, и состояние больного ребенка улучшается.

Для лечения больных шизофренией и их семей используются «психопедагогическая модель семейной терапии», разработанная К. Андерсом, 1985, «семейная психообразовательная программа», созданная группой польских психотерапевтов во главе с Б. Биго, 1986, методика «контрпарадокса» М. Сельвини Палаццоли, 2002 и др.

Р. Бэттегей, 1966 и В. М. Воловик, 1983 создавали группы родителей и родственников больных, в которых обсуждались проблемы, возникающие в связи с болезнью члена семьи, оценивались его возможности, анализировалась динамика отношений внутри семьи с внешним миром, происходила работа по распознаванию и коррекции неадаптивных ролей и позиций по отношению к больному.

Представители Британской школы социальной психиатрии (Браун с сотр., 1972; С. Вон и Дж. Лефф, 1976 и др.) разработали модель эмоциональной экспрессивности (ЭЭ-концепцию), согласно которой частота приступов и длительность ремиссий зависит от эмоционально-экспрессивного стиля общения в семье. Выяснилось, что на течении заболевания отрицательно сказываются чрезмерное количество замечаний со стороны родственников, громкость голоса, тревожность и проявления открытой враждебности к больному, лишение его самостоятельности и т. п.

Процесс психотерапии строится как групповая работа с родственниками больных и направлен на:

1. разъяснение связи между поведением близких и состоянием больного;
2. снижение уровня выражения эмоций, особенно критического характера;
3. развитие контроля за своими эмоциями и выработку новых, более адекватных форм поведения;
4. выработку правильного отношения к проводимой лекарственной терапии;
5. снижение гиперопеки, затрудняющей психологическое созревание больных.

В. Д. Вид, 2001 делает акцент на поведенческих методах, когда семье авторитетно предлагают соблюдать определенные правила: когда и как прерывать чреватое стрессом взаимодействие, как уточнять взаимные ожидания, распределять обязанности, согласовывать объем и сроки выполнения заданий по хозяйству, договориться о последствиях за невыполнение

договоренностей, определять рамки финансирования больного родителями и предоставляемой ему свободы проведения времени.

На начальных этапах терапии вскрывают значимые ситуации, в которых проявлялись межличностные конфликты, уточняют поведение в них участников. Выявляют эпизоды, в которых патологическое поведение больных необдуманно подкрепляется родителями. Совместно с родителями распознают и уточняют когнитивные ресурсы больных и навыки, которые могут быть использованы в решении проблем социальной адаптации. Ведут поиск оптимального трудоустройства, занятости, проведения досуга и иной поддержки в различных социальных группах.

Задача психотерапевта - обеспечить больному диалог с его родителями, свободный от эмоционального напряжения и взаимной агрессии. Чтобы разгрузить родителей от чувства вины и способствовать их более активному включению во взаимодействие, психотерапевт обозначает в качестве стрессоров не родителей, а определенные события. Важно также корректировать нереалистические представления семьи о сроках лечения и полноте выздоровления больного.

Автор расположил мишени психотерапии у данной категории больных в порядке нарастающей сопротивленности терапии.

1. Избирательное приведение аргументов в пользу своей защитной стратегии, произвольно вырванных из социального контекста и свидетельствующих о недостаточном учете всей полноты ситуации.
2. При приближении анализа к субъективно болезненно воспринимаемому материалу:
  - ссылки на затруднения памяти, внезапную невозможность понять, сосредоточиться, прочувствовать и т. п., на неправдоподобную неориентированность в заведомо известном больному вопросе или невозможность его сформулировать;
  - излишняя податливость, поспешное согласие с высказываниями врача без внутреннего их принятия;
  - слезы или внезапно появляющийся симптом, исключающий возможность обсуждения проблемы при внешне декларируемой желательности его продолжения;
  - опоздание или неявка на сессию без убедительных причин.
3. Уклонение в ходе беседы от проблемы или конфликта, непродуктивное переадресование инициативы, соскальзывание на другую тему или в чрезмерные обобщения, использование юмора для обесценивания эмоциональной значимости переживаний, снижение их масштаба.
4. Снабжение реальных фактов произвольными истолкованиями их значения, внутренняя противоречивость сообщаемой информации, искажение причинно-следственных связей.
5. Бездоказательное отстаивание субъективной правомерности собственного дезадаптивного поведения.
6. Отрицание существования действительности (реально имевших место событий, проявлений дезадаптации, реалистического прогноза).
7. Приведение псевдоаргументов, информации, содержащей намеренные, осознаваемые искажения реальной действительности.
8. Поддача материала в очищенном от конфликтов и эмоций виде, молчание или малоинформативный речевой поток. Стремление к сокрытию существенной для анализа проблем информации вплоть до отказа от ее сообщения и обсуждения. Позиция терапевтического нигилизма: отрицание ценности терапии, постоянные жалобы на отсутствие эффекта, на то, что больной не узнает ничего нового. Мгновенное, бездумное отрицание смысла тщательной интерпретативной работы (в такие моменты часто виден контраст между жалобами на обманутые ожидания больного и его торжествующим внешним видом).
9. Защитная агрессия (как вербальная, так и физическая).

Методом выбора, особенно в остром состоянии больного, автор считает *суппортивную терапию*. Целями ее являются: смягчение неблагоприятного эмоционального реагирования больного, повышение его доверия к психотерапевту, социальная адаптация пациента за счет улучшения когнитивной дифференцированности™, социальной перцепции, коммуникативного и проблемно-решающего поведения. При этом в первую очередь решаются задачи, связанные с фармакотерапией:

- обучить больного распознаванию ранних признаков рецидива, служащих сигналом для обращения к врачу;
- выработать у больного осознание необходимости приема лекарств;
- приучить больного не формально принимать лекарства, а следить за их терапевтическим эффектом и тем самым повышать контроль над ситуацией;
- при полном отказе больного от приема лекарств сохранять с ним психотерапевтический контакт, чтобы иметь возможность более раннего вмешательства в случае рецидива.

Для решения социальных и коммуникативных проблем используются *когнитивно-поведенческие методы* в следующей последовательности:

1. Соотнесение оценки больным видения ситуации с реальной действительностью, коррекция искажений.
2. Улучшение социальной перцепции, расширение видения и точности опознания важнейших параметров социального контекста: характера ситуации взаимодействия, значения вербальной и невербальной информации, взаимных ожиданий, выражаемых эмоций, прогнозирования исхода взаимодействий.
3. Отработка навыков понимания окружающих и уточнения вопросами смысла высказываемого и сопровождающих эмоций. Коррекция неадекватности невербального поведения, неполноты и неясности высказываний, чрезмерных обобщений, игнорирования поведения собеседника.
4. Формулирование проблем межличностных отношений, ранжирование их приоритетности.
5. Идентификация дефектов общения и его психодраматическая демонстрация, уточнение специфики коммуникативных нарушений, объяснение их происхождения и механизмов формирования.
6. Формулирование альтернативных вариантов поведения, способов решения проблем, выбор оптимального варианта на основе анализа имеющихся коммуникативных ресурсов и предвосхищения возможных последствий.
7. Планирование выполнения проблемно-решающего поведения, демонстрация успешных моделей, практическая отработка их с больным.
8. Анализ выполнения заданий на сессии, терапевтическое подкрепление достигнутого успеха, обобщение новой стратегии поведения, переход к воспроизведению его в реальной жизненной обстановке (домашние задания).

В. Д. Вид описывает такие типы терапевтического вмешательства при лечении больных шизофренией, как эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение и уточнение, конфронтация, объективация, интерпретация.

*Эмоциональная поддержка* включает:

- сообщение о том, что другие пациенты встречаются с такими же трудностями в лечении, Эти трудности неизбежны, их надо преодолеть, чтобы избавиться от страданий, решить свои жизненные проблемы и реализовать желаемые перспективы,

- подчеркивание общечеловеческого характера проявляемой больным дезадаптивной психологической защиты, в том числе сопротивления терапевтическому вмешательству,
- проявление уверенности в том, что психотерапевт не считает пациента виновным в появлении проблем и конфликтов, независимо от его симптомов и выраженности сопротивления положительно относится к его личности в целом и готов оказывать необходимую помощь,
- смягчение несогласия с позицией больного и возникающим в связи с этим напряжением юмором, формой частичного согласия типа «да, но...» и т. п.

Целью *стимуляции* является мобилизация самостоятельной когнитивной деятельности пациента, его самораскрытия, активного соучастия в решении проблем. Стимуляция должна быть достаточно интенсивной и в то же время соответствовать сниженным энергетическим и когнитивным возможностям больного, который, кроме того, может опасаться негативной реакции на раскрываемые им значимые переживания. В индивидуальной терапии стимулирующие высказывания применяются в форме наводящих вопросов, групповая терапия дает возможность использовать непрямую стимуляцию, когда психотерапевт направляет усилия группы для активизации работы больного над своими проблемами.

*Советы* широко используются в суппортивной модели после коррекции дезадаптивной защиты, на этапе совершенствования проблемно-решающего поведения. Больному дают рекомендации по оптимальному быта- и трудоустройству, помогают найти подходящую «социальную нишу», установить социальные связи в непрофессиональной сфере. Обращают внимание пациента на сохранившиеся социальные навыки и необходимость овладения отсутствующим коммуникативным приемам. Больного обучают своевременно распознавать приближающийся рецидив, игнорировать малозначимые симптомы, фиксация на которых может затруднять социальную адаптацию, а в некоторых внетерапевтических ситуациях - и симулировать здоровое поведение. В зависимости от состояния и возможностей больного меняется форма советов.

- Простой совет - указание на то, что надо сделать, без разъяснений, как именно это сделать.
- Подробная инструкция по выполнению сложных образцов поведения, которые разбиваются на отдельные этапы, предусматриваются конкретные ролевые приемы, привязанные к возможным поворотам ситуации.
- Предложение пациенту несколько альтернативных вариантов поведения, один из которых он может выбрать самостоятельно.
- Обучение пациента типовым проблемно-решающим алгоритмам, пригодным для решения аналогичных задач.

*Разъяснение и уточнение* при лечении больных шизофренией применяются гораздо чаще, чем интерпретации, в основном - в форме фокусирования. Цель приема - повысить точность понимания сути получаемого от пациента эксплорационного материала, исключение возможных разнотолков и двусмысленности. Используется как детализация суждений, сделанных ранее в более общей форме, с помощью конкретных примеров, так и резюмирование пространно или непоследовательно изложенного ранее. При этом внимание пациента фиксируется на еще невербализованных компонентах содержания проблемных переживаний с целью их последующей вербализации. Осторожно нащупываются границы, за которыми попытки коррекции наталкиваются на сопротивление и требуют использования других приемов: конфронтации, объективации, интерпретации.

20 - 2499

*Конфронтация* заключается в сообщении больному информации о неадаптивности его поведения при его несогласии с этой информацией. Важно при этом сохранять эмпатический контакт с пациентом. Обычно используются следующие варианты конфронтации.

1. Выявление внутренней противоречивости высказываний больного, их несоответствия реальности, несоответствия его действительной линии поведения с той, которая им декларируется.
2. Выявление связи дезадаптивного поведения, внутреннего дискомфорта, симптомов (по времени их появления и исчезновения, изменения интенсивности) с определенными стрессовыми ситуациями с целью показать больному психосоциальную обусловленность патологических проявлений.
3. Выявление неосознаваемых конфликтных отношений по чрезмерному или заниженному эмоциональному компоненту адекватной по содержанию реакции на ситуацию.
4. Демонстрация дефектов проблемно-решающего поведения вне симптомов, в том числе в пермобидном периоде.
5. Обнаружение внутреннего дискомфорта без видимого повода и отсутствие поведения, направленного на получение удовольствия, когда этому ничто не мешает.

*Объективация* по определению В. М. Шумакова, 1985 (цит. В. Д. Вид, 2001) представляет собой «конвенционализацию индивидуальной картины мира больного путем согласования определяемых ею особенностей его поведения и предполагаемых способов взаимоотношений и взаимодействия между людьми с требованиями социальной жизни, отвечающими необходимости их сотрудничества, сосуществования и взаимопонимания». Приемы объективации делят на три основные группы.

А. Приемы трансперсональной проекции, когда сравниваются представления психотерапевта или членов терапевтической группы и:

- самооценка пациента;  
его нереалистичные представления об окружающих;
- видение больным его реальной жизненной ситуации;
- его видение значимых лиц своего социального окружения;
- его представление о том, каким последние видят его.

Б. Приемы моделирования, когда на примере различных ситуаций выявляются дезадаптивные защиты больного. Используются следующие приемы:

- из обыденной жизни пациента выделяют группы эпизодов, в которых можно предположить влияние на его поведение дезадаптивных защит;
- выделяют группу эпизодов, в которой можно предположить действие определенной дезадаптивной защиты;
- разыгрывают актуальный конфликт пациента со значимыми лицами социального окружения со сменой ролей, предлагая пациенту показать, как ведут себя окружающие;
- сопоставляют распознаваемые пациентом дезадаптивные защиты у других больных с аналогичными его собственными защитами, которые он не осознает;
- доводят дезадаптивные защиты пациента до абсурда, пользуясь дальнейшим развитием «логики» больного или перенося их на другие ситуации;
- принцип фоторобота, когда пациенту помогают опознать свои неосознанные представления, предлагая серию предположительных вербализованных вариантов; таким образом выявляются:

1. прогнозы пациента, предвосхищение им дальнейшего развития событий;
2. рационализации, оправдывающие дезадаптивное поведение больного;

3. неоправданные опасения внешних угроз, их характере и возможных последствиях их действия;

4. неосознаваемые идеализированные ожидания;

- обнаруживают несоответствие декларируемых пациентом потребностей его эмоциональной реакции на воображаемую ситуацию, в которой эти потребности удовлетворяются; при использовании больным экстернализации (защитной ссылке на внешний стрессор) применяют визуализацию пациентом соответствующей ситуации, чтобы показать ему несостоятельность его представлений и выявить истинную причину дезадаптации, которая проявляется и в отсутствие причины, выдвигаемой больным;
- при избегании больным определенной ситуации просят его визуализировать ее, чтобы он смог увидеть отрицавшиеся им дефекты социального функционирования и защитный характер избегания подобных ситуаций;
- при отрицании больным ненормативности его реакции на ситуацию из нее удаляют те моменты, которые включали дезадаптивные защиты, сохраняя параметры, которые, по представлениям больного, были причиной его реакции. Нормативная реакция на новую ситуацию помогает пациенту осознать существование дезадаптивной защиты. Затем визуализируется ситуация, содержащая специфический для пациента стрессор, который вызывает ненормативную эмоциональную реакцию, уже опознаваемую им;
- при недостаточности эксплорационного материала моделируют гипотетические ситуации с участием предполагаемых стрессоров; импровизационное поведение больного или его предположения о реакциях других людей обнаруживают скрытые дефекты проблемно-решающего поведения пациента;
- если больным игнорирует одну из существенных потребностей и приписывает имеющуюся дезадаптацию другой, осознаваемой, в моделируемой ситуации оказывается удовлетворенной лишь осознаваемая потребность; возникает эмоциональный дискомфорт, при этом фрустрированная потребность актуализируется и осознается;
- в подобной ситуации удовлетворенной оказывается неосознаваемая потребность и появившийся положительный эмоциональный отклик помогает пациенту убедиться в наличии неосознаваемой потребности;
- больному предлагают вообразить себя в ситуациях, которые ранее вызывали у него состояния дезадаптации; реакции пациента позволяют оценить эффективность терапии и выявить оставшиеся мишени терапии.

В. Приемы сопоставления с социокультурными нормами:

- сопоставление представлений больного с данными о нормативном функционировании психики человека, возможностях адаптивной психологической защиты;
- сопоставление представлений больного с информацией о нормах межличностных отношений;
- сопоставление представлений больного с нормативным разграничением инфантильного и зрелого поведения здорового человека в конкретных обстоятельствах;
- сопоставление представлений больного с нормативной атрибуцией чувства вины и ответственности;
- сопоставление рисунка актуального поведения больного с гипотетическим нормативным поведением социально хорошо адаптированного человека для демонстрации резервных возможностей проблемно-решающего поведения.

Одной из наиболее распространенных форм психотерапии шизофрении в настоящее время является *групповой тренинг социальных навыков*. Дж. Кори, 1986 приводит основные методы, используемые при этом:



- инструкция - разъяснение того, как вести себя в той или иной ситуации;
- обратная связь - анализ и подкрепление того или иного поведения;
- моделирование - воспроизведение того, что видит больной на живой (при участии ко-терапевта) или символической (при использовании фильма, видеозаписи) модели поведения;
- разыгрывание ролей - ролевой тренинг;
- социальное подкрепление - использование похвал при наблюдении желаемого поведения;
- домашние задания на отработку желаемого поведения.

Р. П. Либерман, 1986 рекомендует строить подобный тренинг очень дозированно, структурировано и директивно, поскольку сверхстимуляция или небрежное планирование занятия могут вызвать эмоциональный стресс у больных шизофренией с их обостренной чувствительностью к эмоциональным воздействиям, дефицитом внимания и трудностями в переработке информации. «Мишенями» воздействия становятся дефицит социального восприятия, несостоятельность при решении повседневных проблем, плохо сформированное невербальное поведение. Автор выделяет 3 этапа тренинга: отработка способов приема информации, выбор ответной реакции, выбор подходящей формы для ответа.

Одним из наиболее известных представителей *интегративного подхода* в психотерапии шизофрении является швейцарский психиатр Г. Бенедетти, 1983, который основное внимание обращает на свойственное больным шизофренией нарушение способности к символизации. Это нарушение обуславливает неспособность к осознанию, отрицанию и переработке различных психотических содержаний, что приводит к размыванию и уничтожению «Я». Поэтому задачей терапии является выработка совместных с больным символов, которые обновляют в его сознании утраченные реалистические аспекты личности в ее общении с другим человеком.

В терапевтическом процессе используются конструктивные фантазии, представления и сны, позволяющие выразить здоровые части «Я», воспроизводятся также все те иррациональные роли и самовосприятия, которые были пережиты больным в течение жизни. Продуцируют эти образы как пациент, так и врач, в результате чего возникает общее символическое поле. Важную роль играют понятия экзистенциальной психологии, которые помогают терапевту вжиться в регрессированное состояние пациента и предоставить ему свое здоровое «Я» для интегрирования больных и фрагментированных частей.

### *Клинические иллюстрации (собственные наблюдения)*

**Случай 1.** На супервизию обратился психолог, более года работавший с клиентом, который в настоящее время преследует его. Клиент - одинокий молодой человек, работающий программистом в коммерческой фирме. Свою проблему сформулировал как одиночество, согласился на психодинамическую терапию. С самого начала проявлял интерес к личной жизни терапевта, ревновал его к другим пациентам, приходил раньше времени, задерживался после сессии. Высказывал восхищение деловыми и личными качествами терапевта, подчеркивал собственные интеллектуальные способности, претендовал на положение «любимчика», делал подарки, в то же время уклонялся под различными предлогами от оплаты. Когда он задолжал крупную сумму денег, психолог предупредил его о прекращении терапии.

С этого момента отношение пациента резко изменилось. Заявил, что всегда подозревал: терапевта он интересуется лишь как источник дохода, хотя он предлагал терапевту гораздо больше - дружбу. Признался, что тем не менее продолжает испытывать к терапевту теплые чувства и

согласился постепенно выплатить долг. Свое обещание клиент выполнил, однако сессии проходили теперь в напряженной атмосфере: клиент пытался уличить терапевта в ошибках, не разрешал ему больше пользоваться диктофоном, требовал выключать телефон. Вскоре заявил, что тайно сделал диктофонные записи последних сессий, с помощью которых он сможет доказать желание терапевта склонить его к сожительству. Когда терапевт резко заявил, что прекращает работу с клиентом, тот начал угрожать ему обращением в налоговую полицию.

Терапевт имел лицензию на индивидуальную деятельность и аккуратно платил налоги, однако, опасаясь развития конфликта, стал идти навстречу различным желаниям клиента. Атмосфера сессий смягчилась, и однажды клиент предложил вступить в интимные отношения. Несмотря на отказ, он начал «ухаживать» за терапевтом, искал с ним встреч между сессиями, часто звонил, приглашал к себе в гости. Заявил, что «не мыслит свою жизнь без него» и просил терапевта перестать сдерживать свои чувства к нему - теперь он знает о них из сообщений по электронной почте. После отъезда в отпуск терапевт пытался избежать возобновления терапии, что было расценено клиентом как нарушение договора, и он обратился в суд.

С помощью нанятого адвоката, ценой больших материальных и моральных издержек терапевту удалось выиграть дело. Однако он начал замечать, что его телефонные разговоры прослушиваются, несколько раз наблюдал, как с его автоответчика скачивается информация; был вызван в налоговую полицию по подозрению в сокрытии реальных доходов. Решил возобновить отношения с пациентом и с целью выработать иную стратегию работы обратился к супервизору.

Супервизия привела к осознанию терапевтом следующих моментов. Пациент с нарциссической структурой личности развил в качестве сопротивления терапии эротизированный перенос, переросший в эротоманический бред и актуализировавший гомосексуальные тенденции больного, которые он приписал терапевту (проекция). Отмечались также идеи ревности, отношений (незаслуженно плохих), бредовая интерпретация («расшифровка» сообщений электронной почты). Развился конфликт зависимых отношений, на фоне которого сформировался комплекс преследуемого преследователя с агрессивным поведением. Личностный смысл последнего - поставить терапевта в полную зависимость от себя.

Развитию описанных отношений послужили следующие причины. Терапевт недооценил значение полученного исторического материала: в детстве клиента излишне опекала мать, тогда как отец был холоден и жесток с ним. Одиночество клиента являлось проявлением его страха зависимости. Он страстно желал близости с материнской фигурой, что способствовало сексуализации отношений с терапевтом, и одновременно видел в нем таящую угрозу отца, что привело к развитию персекуторных идей. Идентификация с агрессором-отцом послужила толчком к преследующему поведению клиента.

В ходе супервизии были обнаружены «слепые пятна» терапевта, сыгравшие определенную роль в динамике терапевтических отношений: потребность в грандиозности, недостаточное тестирование реальности (с несоблюдением сеттинга), недостаточный контроль границ (в частности, между интимной и деловой сферой), отрицание психопатологической мотивации поведения из-за неосознанного страха сумасшествия. Было предложено обобщить имеющийся материал работы с клиентом с целью обосновать клинический диагноз бредового расстройства и при необходимости использовать его для госпитализации больного.

**Случай 2.** На консультацию обратился врач-психотерапевт, в течение 6 месяцев проводивший психодинамическую терапию молодого пациента - аналитика ценных бумаг, который стал вести себя все более неадекватно. Так, после увольнения с работы он не искал другой, брал уроки живописи или музыки, но быстро прекращал эти занятия, обвиняя преподавателей в плохом отношении к нему. Вынудил друзей, с которыми вчетвером снимали квартиру, съез-

хоть. Пригласил к себе из другого города замужнюю знакомую, через несколько дней предложил ей уехать. По ночам до утра играл в компьютерные игры, покупал ненужные дорогие вещи (например, горный велосипед, походный мольберт, концертный аккордеон). Выбросил всю профессиональную литературу и коллекцию лазерных дисков, перестал бриться и умываться, по неделе не снимал одежды, импульсивно и стереотипно падал одетый в наполненную ванну, совершал многочасовые пробежки до изнеможения, с риском для жизни проникал на охраняемые объекты. Приходил на сессию к концу назначенного времени, т. к. что-то заставило его проделать весь путь пешком. Жаловался на непонятную тревогу, опасение потери самоконтроля и ощущение, что его мысли становятся известными окружающим. Иногда настроение было повышенным, заявлял, что может мысленно внушать людям свои желания. Настоял на ежедневных двойных сессиях, на которых в деталях описывал события минувшего дня, не слушая терапевта. Неожиданно уезжал в другие города к матери или отцу, которые были в разводе, по приезду жаловался на их невнимание к нему. Не позволял матери посетить врача. Несколько дней принимал назначенные врачом антидепрессанты и транквилизаторы, затем прекратил их прием безо всяких объяснений.

Из анамнеза известно, что рос в конфликтной семье. Мать - учительница литературы, мистично настроенная пуританка. Отец - бывший офицер, часто приходил домой пьяный, избивал мать, насиловал ее в присутствии маленького сына, однажды ранил ее кухонным ножом, когда она прикрывалась от него ребенком. Смутно помнит эпизод, когда мать куда-то уехала, а пациент, которому тогда было 5-6 лет, остался с отцом, и тот полупьяный искупал его, а затем совершил анальный половой акт, пригрозив, что убьет его, если он расскажет об этом матери.

Пациент рос робким, мечтательным, приставал к матери с вопросами типа: что будет, если поставить один дом на другой? После развода мать устроила сына в суворовское училище, через несколько лет он был отчислен, т. к. не справлялся с требованиями дисциплины. Окончил школу и финансовый институт, после окончания его женился на первой сексуальной партнерше, не успев достаточно ее узнать. Вскоре расторг брак, от которого не осталось детей. Помогал матери, оставившей работу в школе, торговать книгами. Затем сам ездил в Петербург, закупал в издательствах оптовые партии учебников и продавал их в провинциальных городах. За короткий срок сумел заработать крупную сумму денег, которую занял без расписки ненадежному знакомому. Вскоре возник дефолт, и знакомый отказался отдавать долг. Переехал в Москву, снял с друзьями квартиру, устроился по специальности в коммерческую фирму, однако по окончании испытательного срока был уволен без объяснения причин. Снилось настроение, ухудшился сон, алкоголизировался, ссорился с друзьями, пытался по примеру матери медитировать. Впал в трансовые состояния, в которых появлялись навязчивые воспоминания сцены абьюза. Решил, что ему необходим психоанализ, вопреки совету матери обратился за помощью к психотерапевту.

В процессе психотерапии у пациента ухудшилось отношение к матери, во время приездов к ней он упрекал ее в неправильном воспитании, неумении торговать. Во время приезда к отцу пытался выяснить у него подробности абьюза, однако разговор кончился пьяной дракой, после которой оставил отцу по его просьбе большую сумму денег в знак примирения. Мать считала состояние больного результатом занятий психоанализом, настаивала на свидании с терапевтом и, наконец, приехала с сыном на сессию. Потребовала от терапевта немедленно прекратить «выкачивать деньги» из больного человека, угрожала обратиться по месту работы врача, в Минздрав и т. д. Не позволила сыну оплатить эту сессию и увела его. После этого терапевт обратился за консультацией.

Состояние больного было квалифицировано как дебют шизофрении с синдромом психического автоматизма. Терапевт был предупрежден о возможном развитии параноидной формы заболевания с вплетением врача в бредовую систему и импульсивным агрессивным поведением в его адрес. Рекомендовано направить больного на стационарное лечение. С помощью матери больной был госпитализирован в психиатрическую больницу, где диагноз был подтвержден и проведено интенсивное лечение инсулиновыми шоками и нейролептиками в течение 4 месяцев. Больной был выписан на поддерживающую терапию трифтазином без продуктивной симптоматики, с критикой к перенесенному психотическому эпизоду. Посещал диспансерную терапевтическую группу, восстановил отношения с прежними друзьями, уменьшилась зависимость от матери. Сумел добиться частичного возвращения долга, начал искать работу по специальности, с меньшей тревогой относясь к возможным трудностям во взаимоотношениях с начальством.

## Тесты/

1. Какое из нижеследующих утверждений по поводу бреда верно:

- А. бред встречается исключительно при шизофрении
- Б. бред величия редко отмечается, за исключением случаев маниакальных расстройств
- В. бред включает нарушения познавательной сферы
- Г. бред включает расстройства восприятия
- Д. бред является одним из типов галлюцинаций.

2. Правильные утверждения (**более одного**), касающиеся параноидного (бредового) расстройства:

- А. оно более распространено, чем шизофрения
- Б. оно связано с бредом, обычно менее нелепым и фрагментарным, чем при шизофрении
- В. оно связано с бредом преследования, а не ревности
- Г. обычно оно не связано с наличием симптомов первого ранга Шнайдера.

3-7. Обозначьте следующее:

- А. расстройство памяти
- Б. нелепый бред
- В. повторяющиеся акты самоповреждения
- Г. стремление к совершенству
- Д. патологическая ревность.

3. Параноидное расстройство личности.

4. Пограничное расстройство личности.

5. Деменция.

6. Шизофрения.

7. Obsessивно-компульсивное расстройство личности.

8. Исследование психического состояния пациентов с шизофренией наиболее часто выявляет выраженное расстройство:

- А. ориентировки
- Б. памяти
- В. настроения
- Г. мышления
- Д. инсайта (осознания болезни, критического отношения к ней).

9. Симптомы, наиболее вероятно связанные с кататонической формой шизофрении, чем с другими ее типами, включают:

- А. неологизмы
- Б. психомоторные нарушения
- В. «словесную окрошку»
- Г. возбуждение и ступор.

10. Что из нижеследующего отличает шизофрению от маниакального эпизода с психотическими симптомами:

- А. у больных шизофренией будут отмечаться признаки расстройств мышления
- Б. больные с маниакальным расстройством будут постоянно находиться в приподнятом настроении, а больные шизофренией обнаруживают сглаженный, уплощенный или неадекватный аффект
- В. шизофренический психоз наиболее часто поддается лечению нейролептиками
- Г. шизофрения является переходящей, в то время как маниакальное расстройство, главным образом, продолжительно.
- Д. ни одно из вышеперечисленных.

11-14. Обозначьте следующее:

- А. Э. Крепелин
- Б. Э. Блейлер
- В. Г. С. Салливан
- Г. Ф. Фромм-Райхман
- Д. З. Фрейд.

71. Шизофреногенная мать.

12. ОетелПа ргаесох переименована в шизофрению.

13. Межличностная теория шизофрении.

14. Симптомы шизофрении (ОетелПа ргаесох) выделены на основании течения и исхода.

15. Правильные утверждения по поводу лечения и прогноза шизофрении включают следующие, **кроме**:

- А. иногда болезнь полностью проходит и никогда не обостряется даже при отсутствии лечения
- Б. исход улучшился за последние 50 лет
- В. кататоническая и гебефреническая формы встречаются реже, чем раньше
- Г. первичный приступ, наступивший после стресса, предполагает более благоприятный прогноз
- Д. пациенты с преморбидными шизоидными чертами личности имеют более благоприятный прогноз.

16. Исследования индивидуальной психотерапии шизофрении в амбулаторных условиях показали, что (**более одного ответа**):

- А. психотерапия часто помогает в проведении социальной реабилитации
- Б. психотерапия значительно менее эффективна, чем терапия нейролептиками
- В. психотерапия обычно малоэффективна в отношении острых симптомов
- Г. психотерапия в сочетании с лекарственным лечением наиболее эффективна для предупреждения обострений.

17. Правильный психотерапевтический подход к лечению больных шизофренией включает следующее, **кроме**:

- А. уважения потребности больного в личной жизни

Б. цельного подхода к пациенту

В. желания спасти пациента

Г. сосредоточения на возможностях, а также патологии пациента

Д. терпимости к негативному или нелепому поведению.

## Ответы

1. Правильный ответ В. Бред наблюдается при ряде психических состояний, отличных от шизофрении, включая органические и некоторые аффективные расстройства. Бред определяется как стойкое убеждение, которое является неправильным и противоречащим образовательным и культуральным преморбидным особенностям. Пациент сохраняет свое убеждение, несмотря на наличие неопровержимых доказательств обратного. Бред при шизофрении включает большое количество тем, но какой-либо темы, специфической для шизофренического или другого психического расстройства, нет. Несмотря на то, что бред величия часто обнаруживается при маниакальном расстройстве, он также наблюдается и при других состояниях. Галлюцинации являются расстройствами восприятия.

2. Правильные ответы Б и Г. Параноидные (бредовые) расстройства связаны с психозами, включающими постоянный бред преследования или ревности, но не отвечающими диагностическим критериям шизофрении, аффективного расстройства, кратковременного реактивного расстройства или органического психического расстройства. Бред обычно хорошо систематизирован и менее нелеп и фрагментарен, чем при шизофрении. Следует помнить, что параноидная симптоматика может быть связана с органическим психическим расстройством, таким, как последствия использования амфетаминов (стимуляторов).

3-7. Правильные ответы 3-Д, 4-В, 5-А, 6-Б, 7-Г. Параноидные личности обычно склонны к сутяжничеству, они осторожны и подозрительны. Они сомневаются в верности других и поэтому часто бывают патологически ревнивы. В тяжелых стрессовых ситуациях могут проявляться транзиторные психотические симптомы.

Пограничное расстройство личности характеризуется эмоциональной неустойчивостью в различных ситуациях, но особенно это проявляется в отношении самооценки и в межличностных отношениях. Эти пациенты склонны к непредсказуемому и импульсивному поведению, которое потенциально может приводить к самоповреждениям. Могут отмечаться реактивные параноидные состояния и тяжелые диссоциативные симптомы.

Деменция обычно нарушает социальное и профессиональное функционирование вследствие расстройств памяти и других когнитивных функций. Могут также наблюдаться изменения личности и поведения. Характер причины заболевания определяет обратимость или частичную обратимость состояния.

Шизофрения является тяжелым психическим заболеванием, которое включает выраженные социальные, когнитивные и эмоциональные нарушения. Нелепый бред характерен для шизофрении, особенно в сочетании с галлюцинациями. Болезнь может обусловить снижение функциональных возможностей и включает как позитивные, так и негативные признаки и симптомы.

Обсессивно-компульсивные расстройства личности характеризуются ригидностью, чрезмерной приверженностью к аккуратности и стремлением к совершенству, наряду с чрезмерной озабоченностью правилами, деталями и порядком. Могут отмечаться трудности в принятии решения и мелочность в вопросах этики и морали.

8. Правильный ответ Г. Одним общим признаком, выявляемым при исследовании психического состояния больных шизофренией, является наличие расстройств мышления. Это мо-

жет быть нарушение процесса мышления или его содержания, а также сочетание этих признаков. Обычными данными являются ослабление ассоциаций, аутистическое мышление, нарушение способности к абстрагированию и бредовые идеи. Можно, несомненно, обнаружить расстройства настроения и недостаточность критического отношения, но они не являются опорными признаками для данного диагноза. Если отмечаются нарушения интеллекта и памяти, они, вероятно, обусловлены возбуждением, аутизмом и расстройствами мышления.

9. Правильные ответы Б и Г. Специфическими признаками кататонической формы шизофрении являются психомоторные нарушения. Они могут быть представлены ступором, негативизмом, застыванием в позах, каталепсией или чрезмерной двигательной активностью (возбуждением). Обычным является мутизм, а также чередование крайнего возбуждения и ступора. В настоящее время это состояние встречается относительно редко.

10. Правильный ответ Д. Ни одно из представленных различий в этом вопросе не соответствует данному расстройству. При аффективном (маниакальном) расстройстве могут наблюдаться симптомы «первого ранга», такие, как идеаторные психические автоматизмы (передача мыслей) и пр. Аналогично наличие бреда, не конгруэнтного аффекту, или галлюцинаций в отсутствие полного аффективного синдрома могут указывать на шизофрению. Хотя справедливо, что при шизофрении должен присутствовать критерий длительности заболевания не менее 6 мес., это не обязательно постоянный психоз, здесь могут учитываться продромальные и резидуальные (остаточные) симптомы. Мания обычно протекает по типу эпизодов, но хроническое течение психоза не исключает диагноза маниакального расстройства при наличии остальных критериев. Справедливо, что наиболее часто мания лечится литием, но нейролептики часто используются как при шизофрении, так и при острых маниакальных фазах. Кроме того, метод лечения не входит в число диагностических критериев.

11-14. Правильные ответы 11-Г, 12-Б, 13-В, 14-А. Э. Крепелин (1828-1889) тщательно изучил течение и исход болезни у тяжелых психически больных. Он отметил, что у некоторых из них наблюдались такие симптомы, как бред и отгороженность в относительно молодом возрасте; у этой группы больных с большей вероятностью отмечалось хроническое и прогрессирующее течение. Чтобы отличить этих больных с «деменцией» в молодом возрасте от больных с поздними деменциями, болезнью Альцгеймера и маниакально-депрессивным психозом, он назвал это расстройство йетепНа граесох (раннее слабоумие).

Э. Блейлер (1857-1939) также длительное время наблюдал больных и сделал вывод, что нарушения мышления, включающие «расщепление» познавательных функций, являлись патномоничным признаком этого заболевания. Он назвал это заболевание шизофренией.

3. Фрейд считал, что эти пациенты не поддаются лечению психоанализом из-за выраженного регресса либидо, который делает их неспособным к формированию отношений, особенно переносу.

Г. С. Салливан рассматривал шизофрению не столько в интрапсихическом аспекте, сколько как результат внешних влияний, которые приводят к тому, что пациент в течение развития недополучает позитивных межличностных контактов.

Ф. Фромм-Райхман считала, что шизофрения является результатом неадекватных отношений между матерью и ребенком, когда мать является отчужденной, излишне покровительственной и враждебной.

15. Правильный ответ Д. Течение шизофрении чрезвычайно разнообразное, но давно известно, что у некоторых пациентов определяется стойкое выздоровление даже при отсутствии лечения. Более типично течение в виде повторяющихся приступов с полным или частичным выздоровлением между ними. Прогноз определенно улучшается в последнее время,

главным образом, за счет более эффективного лечения. Параноидные формы стали более частыми, а кататонические и гебефренические - более редкими. Острое начало после стресса или наличие аффективных симптомов связаны с вероятностью более благоприятного исхода. Однако некоторые исследователи считают, что на самом деле эти пациенты страдают шизофреноподобными или аффективными расстройствами.

16. Правильные ответы Б и Г. Было показано, что одна психотерапия менее эффективна, чем в сочетании с медикаментозным лечением. Это обеспечивает наилучшую профилактику обострений психотической симптоматики. Психотерапия может оказать обратный эффект у некоторых замкнутых больных шизофренией и обычно малоэффективна в лечении острой психотической симптоматики; однако она облегчает социальную реабилитацию.

17. Правильный ответ В. Отношение психотерапевта к больному шизофренией является главным аспектом психотерапевтического подхода. Если психотерапевт чувствует, что он должен спасти пациента с шизофренией, это может привести к негативным последствиям. Он должен позаботиться о том, чтобы принести пользу пациенту. Важные аспекты отношения психотерапевта включают постоянство и полезность, уважение пациента, уважение автономии больного, способность сосредоточиться на его сохранившемся потенциале, терпимость к нелепому и непредсказуемому поведению, а также терапевтический оптимизм.

### *Рекомендуемая литература*

- Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии. Пер. с англ. - Екатеринбург., 1998.  
Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. - 2-е изд. - СПб., 2001.  
Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. Учебное пособие по психиатрии и психотерапии. Пер. с нем. - СПб., 1997.  
Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. -Л.,1985.  
Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. -М., 1994. -Т. 1-2.  
Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. доп. под ред. Т.Е. Дмитриевой. - М., 1998.  
Кемпинский А. Психология шизофрении. Пер. с польск. - СПб., 1998.  
Лэнг Р.Д. Расколотое «Я». Пер. с англ. - СПб., 1995.  
Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - СПб., 2000.  
Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. - СПб., 2001.  
Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Пер. с нем. - Мн., 1999.  
Сельвини Палаццоли и др. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. Пер. с ит. - М., 2002.  
Торри Ф. Шизофрения (для родственников больных). Пер. с англ. - М., 1996.  
Фрейд З. Женщина, которой казалось, что ее преследуют // Знаменитые случаи из практики психоанализа. - М., 1995.-С. 26-39.  
Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении за рубежом // Моск. психотер. журн., 1993. - № 1. - С. 77-112.  
Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении: модели, тенденции// Моск. психотер. журн., 1993. - № 2.  
Юнг К.Г. Работы по психиатрии. - СПб., 2000.  
Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии. Пер. с нем. -М.-СПб., 1996. -Т. 1-2.

### *Дополнительная литература*

- Аммон Г. Динамическая психиатрия. - СПб., 1995.  
Бейтсон Г., Бейтсон М. Ангелы страшатся. Пер. с англ. - М., 1994.  
Бейтсон Г. и др. К теории шизофрении//Моск. психотер. журн., 1993.-№1 - С.5-40;№2.- С. 5-18.  
Бинсвангер Л., Ролло Мэй, Карл Роджерс. Три взгляда на случай Эллен Вест//Моск. психотер. журн., 1993. - №3,-С. 25-74.

Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Пер. с нем. - Берлин, 1920 ( Репр. изд. - М., 1993).  
 Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. — М., 2000.  
 Бухановский А.О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей. - Рост. н/Д., 1998.  
 Вильданова А.А. Тема преследования в психотерапевтической практике. // Моск. психотер. журн., 1996 - № 2. - С. 60-67.  
 Воловик В. М. и др. Групповая психотерапия психически больных. // Метод, рек. - Л., 1983.  
 Воловик В.М. и др. Исследование семьи и семейная терапия при шизофрении // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. - Л., 1987. -С. 20-31.  
 Володин Б.Ю. К вопросу о психотерапии шизофрении // Моск. психотер. журн., 2000. - № 3.  
 Горелик Б.И. Некоторые методические вопросы групповой психотерапии больных шизофренией // Восстановительная терапия психически больных. - Л., 1977. - С. 89-100.  
 Козловский В.М. Опыт функционирования психотерапевтического сообщества душевнобольных суицидентов в амбулаторных условиях. // Научные и организационные проблемы суицидологии. - М., 1983. - С. 159-167.  
 Козловский В.М. Психотерапевтическое сообщество - одна из форм реабилитации душевнобольных суицидентов // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. - М., 1984. - С. 92-97.  
 Корнилов А.П. О феноменологии нарушений самосознания больных шизофренией. // Клини. психол. и психотер., 1999. -№ 1. - С. 13-25.  
 Костин И.А. Особенности терапевтической позиции психолога при работе с аутичными подростками. // Моск. психотер. журн., № 2. - С. 97-112.  
 Маньковская Н.Б. Шизоанализ вместо психоанализа? - М., 1991.  
 Менегетти А. Клиническая онтопсихология. Пер. с ит. - М., 1997.  
 Мучник М. Антисемитизм и паранойя // Моск. психотер. журн., 1999. - № 3-4. - С. 103-114.  
 Назлоян Г.М. Зеркальный двойник. Утрата и отражение. Психотерапия методом скульптурного портретирования. - М., 1994.  
 О'Брайан Б. Необыкновенное путешествие в безумие и обратно. Операторы и Вещи. Пер. с англ. - М., 1996.  
 Психотерапия малопрогредиентной шизофрении. 1 -е Консторумские чтения // Приложение к «Независимому психотерапевтическому журналу». - М., 1996.  
 Руднев В.П. Экстраекция и психоз // Моск. психотер. журн., 2001. - № 2. - С. 18-42.  
 Рыбальский М.И. Бред. - М., 1993.  
 Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии. Пер. с англ. - М.-СПб., 1999.  
 Смулевич А.Б. Малопргредиентная шизофрения и пограничные состояния. - М., 1987.  
 Смулевич А.Б., Ширин М.Г. Проблема паранойи. - М., 1972.  
 Сосланд А. И. Что годится для бреда? // Моск. психотер. журн., 2001. - № 2. - С. 140-143.  
 Столору Р. и др. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. - М., 1999.  
 Терентьев Е.И. Паранойя ревности: Психопатология. Нозология. Социальные аспекты. - Воронеж, 1982.  
 Тиганов А.С. (ред.). Руководство по психиатрии в 2-х тт. - М., 1999.  
 Тэхэ В. Психика и ее лечение: Психоаналитический подход. Пер. с англ. - М., 2001.  
 Финзен А. Психоз и стигма. Пер. с нем. - М., 2001.  
 Холмогорова Л.Б. Психологические аспекты микросоциального контекста психических расстройств /на примере шизофрении. // Моск. психотер. журн., 2000. - № 3.  
 Шварц Ф. Психоаналитические исследования психозов. // Ключевые понятия психоанализа. Пер. с нем. - СПб., 2001.-С. 178-182.  
 Шильдер П. Очерк психоанализа психозов. // А. Адлер, Р. Ассаджиоли, К.Г. Юнг и др. Трансформация и сублимация сексуальной энергии. Психоаналитические очерки. - М., 1996. -С. 103-206.  
 Юнг К.Г. Моя деятельность психиатра. // Прикладная психология и психоанализ, 1997. - № 1. - С. 80-90.  
 Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. - М., 1997.  
 Ясперс К. Стриндберг и Ван Гог. Опыт сравнительного патографического анализа с привлечением случаев Сведенборга и Гельдерлина. Пер. с нем. - СПб., 1999.

## Глава 13

# РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ

*Наркотическое вещество* - вещество, злоупотребление которым вследствие социальной опасности официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать комфортное психическое состояние, а при систематическом - психическую или физическую зависимость.

*Психоактивное вещество (ПАВ)* - вещество, имеющее воздействие на организм, сходное с наркотическим, но официально не причисленное к наркотикам. К ПАВ относятся алкоголь, никотин, кофеин, ряд средств лекарственной и бытовой химии.

По определению ВОЗ, 1968, *зависимость* - это психическое, а иногда соматическое состояние, являющееся следствием повторного употребления естественного или синтетического ПАВ. Оно характеризуется следующими признаками:

непреодолимое влечение принимать это ПАВ постоянно или периодически (компульсия); тенденция увеличивать дозу (рост толерантности); возникновение личных или социальных проблем, обусловленных злоупотреблением ПАВ.

*Злоупотребление ПАВ* не включает критериев зависимости и характеризуется следующими признаками:

потребность в наркотическом эффекте осуществляется несмотря на ожидаемый ущерб (соматический, семейный, социальный); симптомы злоупотребления длятся более 1 месяца.

*Привыкание* - не научный термин, подразумевающий зависимость больного от препарата, принимаемого с целью облегчить тягостные проявления болезни.

### Наркологические симптомы

Включают формы потребления ПАВ, толерантность, защитные реакции, формы опьянения, патология влечений, способность достижения состояния в состоянии интоксикации.

*Формы потребления ПАВ*: эпизодическая (ситуационная, ритуальная) и измененная (с патологическим влечением, одиночным потреблением). При измененной форме *потребления* различают систематическое потребление и периодическое (*запой* - ложные, которые начинаются и прерываются под влиянием ситуации, и истинные, возникающие под влиянием компульсивного или импульсивно актуализирующегося влечения и прекращающиеся спонтанно вследствие нарастающей непереносимости ПАВ).

*Толерантность* - максимально переносимая доза ПАВ с сохранением функционирования. Поведенческая толерантность проявляется способностью контролировать внешние признаки интоксикации. Функциональная толерантность отражает биохимические нарушения и заключается в необходимости со временем повышать дозу ПАВ для достижения того же состояния опьянения.

*Защитные реакции* свидетельствуют о том, что доза ПАВ превышает физиологическую толерантность. Специфическими защитными реакциями являются: на алкоголь - рвота, на опиум - зуд кожи лица, заушной области, шеи и верхней трети груди, на барбитураты - икота, профузный пот, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота и головокружение.

Неспецифические защитные реакции встречаются при интоксикации разными ПАВ и проявляются в виде тошноты, рвоты, вегето-сосудистых расстройств (озноб, кожно-мышечная гиперестезия, боли в сердце). С переходом к регулярной интоксикации неспецифические реакции исчезают, что является признаком 2-й стадии заболевания.

*Формы опьянения* - комплекс психических, поведенческих и соматоневрологических проявлений, развивающихся вследствие приема ПАВ. Измененная форма опьянения - нарушение соотношения и проявлений отдельных компонентов классического варианта опьянения от соответствующего вещества или появление несвойственных ему качеств и компонентов или изменение его динамики.

Так, на 1-м этапе болезни ослабевает, а затем исчезает соматовегетативный компонент интоксикации, на 2-м - уменьшается интенсивность эйфории с необходимостью увеличить дозу для достижения прежнего эффекта, на 3-м - эйфория не вызывается даже максимальной дозой наркотика, он способен лишь нормализовать состояние.

*Патология влечения* встречается в двух формах: психической - навязчивыми мыслями об объекте влечения, борьбой мотивов и неспецифичностью влечения) и физической - компульсивное влечение, доминирующее даже над витальными потребностями, полностью определяющее поведение, без борьбы мотивов, с выраженной вегетативной стигматизацией: мидриаз (расширение зрачков), гипергидроз, тремор, гиперрефлексия и пр.

*Способность достижения состояния психического и/или физического комфорта* (не эйфории!) в состоянии интоксикации. Только прием ПАВ купирует психические нарушения (эмоциональное напряжение, раздражительность, депрессивные реакции с идеями самообвинения, дисфорические состояния, несобранность, повышенную отвлекаемость, снижение работоспособности) и ощущение соматического неблагополучия.

## Наркологические синдромы

Включают опьянение, большой наркоманический синдром, последствия хронической интоксикации ПАВ.

*Опьянение* включает психические и соматоневрологические компоненты. В свою очередь психический компонент состоит из аффективных расстройств, расстройств восприятия, мышления и сознания. Соматоневрологический компонент во многом зависит от вида и дозы ПАВ; общим является повышенная сексуальная возбудимость, снижение аппетита, мышечного тонуса, скорости и координации движений. Исключение составляют стимуляторы, кокаин, психоделические препараты (галлюциногены).

*Большой наркоманический синдром* объединяет три клинических синдрома:

1. синдром измененной реактивности - утрата защитных реакций, нарастание толерантности, появление измененных форм потребления и опьянения;
2. синдром психической зависимости - обсессивные влечения к приему ПАВ для получения чувства психического комфорта;
13. синдром физической зависимости - компульсивное влечение к приему ПАВ с формированием психических и физических расстройств при прекращении действия ПАВ и восстановлением физического комфорта в состоянии интоксикации (другие названия - *синдром отмены* или *абстинентный синдром* от лат. абзипепайа - воздержание).

### Диагностические критерии синдрома зависимости по МКБ-10

В течение по меньшей мере 1 месяца (или если меньше месяца, то повторно в течение последнего года) в клинической картине должны быть совместно представлены 3 или более из приведенных ниже критериев:

компульсивная потребность приема вещества;  
снижение контроля за приемом вещества (начала, окончания, дозы), характеризующееся увеличением общей дозы и/или длительности приема и безуспешными попытками или сохраняющимся желанием снизить потребление;  
абстинентный синдром;  
повышение толерантности;  
расширение времени, затрачиваемого на добывание ПАВ, прием и перенесение последствий, сопровождаемое изменением здоровой социальной активности и интересов личности;  
продолжение приема, несмотря на наличие вредных последствий и знание пациента об этом вреде.

### Критерии злоупотребления ПАВ как ранней формы зависимости по американской классификации DSM-1У

повторный прием вещества вызывает очевидное снижение адаптации в важных сферах социальной активности (прогулы и снижение производительности труда, успеваемости в учебе, пренебрежение воспитанием детей и домашним хозяйством);  
повторный прием в ситуациях физической опасности для жизни (управление транспортом, станком в состоянии интоксикации);  
повторные конфликты с законом в связи с обусловленными приемом вещества отклонениями поведения и противоправными действиями;  
продолжающийся прием ПАВ, несмотря на вызываемые или усиливаемые им постоянные межличностные проблемы (конфликты с супругом относительно последней интоксикации и т. д.).

*Течение* зависимостей чаще хроническое, прогрессирующее, может быть с ремиссиями. Объект аддикции обычно избирается не сразу. Постепенно круг интересов сужается на доминирующей аддиктивной потребности, заостряются преморбидные личностные расстройства, обедняются межличностные отношения, возникают семейные и профессиональные конфликты, имеют место аморальные и асоциальные поступки. Физическая зависимость, как правило, имеет последствия в виде соматоневрологических и психических расстройств, вплоть до выраженного психоорганического синдрома и деградации личности.

## Алкоголизм

Хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления алкоголем с патологическим влечением к нему, обусловленным психической, а затем и физической зависимостью от алкоголя. Хроническое отравление алкоголем и вызванные им нарушения обмена могут вызывать психозы. На исходной стадии алкоголизма развивается деменция.

Распространенность алкоголизма в РФ в 1997 г. составила 16 % населения (20 млн. чел.). Фактическое количество больных намного превышает учетные показатели. Чаще алкоголизм наблюдается у людей, имеющих дело с алкоголем «по роду службы», низкоквалифицированных рабочих и лиц свободных профессий. У мужчин алкоголизм встречается в 2-3 раза чаще, чем у женщин, однако в последние десятилетия это различие стирается. В группу повышенного риска входят подростки - злостные прогульщики, исключенные из школы делинквенты, выросшие в дисфункциональных и неполных семьях, где наблюдается алкоголизм, жестокость, безнадзорность.

*Алкогольное опьянение* может быть простым, осложненным и патологическим.

В простом алкогольном опьянении выделяются 3 стадии:

1. легкая - с гипоманией;
2. средняя - эйфория чередуется с дисфорией, наблюдаются дизартрия, атаксия; возбуждение сменяется глубоким сном с последующей разбитостью, головной болью и частичной амнезией;
3. тяжелая - с атаксией (нарушением координации), амимией, рвотой, недержанием мочи и кала, акроцианозом (посинением и похолоданием кистей и стоп), последующим сопором (предкоматозным состоянием); по выходе остается полная амнезия, длительная астеня и анорексия (отсутствие аппетита).

Осложненная (измененная) форма алкогольного опьянения встречается в нескольких вариантах: дисфорическом, депрессивном, сомнолентном (с выраженной сонливостью) и истерическом.

Патологическое опьянение протекает в форме сумеречного состояния или острого параноида.

## Клинические формы и течение

Широко распространенной остается *классификация Еллинека, 1962*, который выделил следующие формы алкоголизма:

Альфа - психологическая зависимость, при которой алкоголь используется как средство снятия физического или душевного напряжения («пьянство ухода, бегства»);

Бета - появляются сердечно-сосудистые и висцеральные расстройства, снижается сопротивляемость инфекционным и онкологическим заболеваниям («соматопатическое пьянство»);

Гамма - повышается толерантность, появляется абстинентный синдром, утрачивается контроль над алкогольным поведением, невозможно остановиться после первой дозы («злочастственный тип алкоголизма»);

Дельта - постоянное потребление алкоголя с повышением толерантности и развитием абстинентного синдрома даже при кратковременной отмене (распространен в винодельческих странах и среди любителей пива);

Ипсилон - запойное пьянство с периодами воздержания до нескольких месяцев (дипсония, от гр. сИрза - жажда).

Короленко и Диковский, 1972 предложили классификацию алкоголизма, которая отличается от вышеприведенной исключением Бета-формы и добавлением следующих форм:

Йота - алкоголизм снимает болезненные проявления (фобии, панические и сексуальные расстройства);

Эта - состоит из неалкогольной части (аддикция отношений с участием в группе по интересам) и скрытой алкогольной части (алкогольный ритуал облегчает взаимодействие членов группы, психологическая и физическая алкогольная зависимость развиваются медленно);

Дзета - мягкий вариант Гамма-формы (потеря контроля наступает в средней стадии опьянения, симптомы похмелья купируются небольшими дозами алкоголя).

**Течение** алкоголизма подразделяется на 3 стадии.

1-я стадия: яркие положительные воспоминания об алкоголизации, переход к крепким напиткам, постоянный настрой на алкоголь, трудность отказа от него. Больной допивает бокал до конца, опережает круг, утрачивает контроль над дозой. Отмечается запаздывающая эйфория или она появляется на высоких дозах, повышается переносимость, исчезает рвотный рефлекс и необходимость закусьивать. После алкоголизации наблюдается пунктирный сон и раннее пробуждение в астении.

Выявляется симптом *обрушивания дозы*, прием сравнительно большой дозы не вызывает чувства опьянения, затем после приема очередной дозы сразу возникает состояние глубокого опьянения; характерно амбивалентное отношение к синдрому: представление о необычной выносливости организма и смутная настороженность.

Появляются *блек-ауты* (палimpseсты, от греч. παλιτραεβιοπ - соскобленный пергамент с новым текстом): после приема средней дозы на следующий день амнезируются какие-то события, во время которых сохранялась способность действовать и говорить, не производя на окружающих впечатления сильно опьяневшего. Возникают опасения совершить дискредитирующие действия во время выпивки.

2-я стадия: алкогольный абстинентный синдром, псевдозапой (ситуационно обусловленные) или постоянное злоупотребление алкоголем, заострение преморбидных личностных особенностей. *Абстинентный (похмельный) синдром* включает астению, раздражительность, тревогу, кошмарные сновидения, тремор рук, озноб, потливость, жажду, головные боли, сердцебиение; резко обостряется влечение к алкоголю, прием которого купирует состояние - физическая зависимость от алкоголя.

*Синдром отмены* возникает после прекращения длительного интенсивного употребления алкоголя, он может проявляться в виде *алкогольного делирия (белой горячки)* и *алкогольной эпилепсии*. Вначале появляются вегетативные расстройства: тахикардия, потливость, гипертермия, бессонница. Наблюдается выраженный тремор - отсюда название йЕИпит (гетепз). Затем могут возникнуть судорожные припадки и наконец развиваться типичный делирий: яркие зрительные галлюцинации в виде насекомых и мелких животных, тактильные галлюцинации, ажитация, тремор, лихорадка.

Наблюдаются также:

*острый алкогольный слуховой галлюциноз* - больной начинает слышать при ясном сознании элементарные, затем функциональные слуховые галлюцинации и, наконец, истинные вербальные - «голоса», чаще неприятного для него содержания; оно становится фабулой чувственного, образного, несистематизированного бреда преследования, отравления; появляются аффективные расстройства и психомоторное возбуждение, нередко опасное для больного

и окружающих; при утяжелении состояния возникает галлюцинаторный ступор с присоединением зрительных и тактильных галлюцинаций, соответствующих содержанию голосов;

*хронический вербальный алкогольный галлюциноз* встречается как неблагоприятный исход острого слухового галлюциноза после исчезновения страха, возбуждения, бреда, когда голоса становятся тихими, нейтральными по содержанию, не влияют на поведение больного;

*алкогольная паранойя* - бред ревности с импотенцией и агрессией к жене, возможно ее убийство;

*алкогольный паранойд* - бред преследования с бредовым (чаще оборонительным) поведением;

*алкогольная депрессия*, нередко ведущую к суициду.

**3-я стадия:** снижение толерантности к алкоголю, переход на слабые напитки и небольшие дозы, истинные запои или сохранение постоянного злоупотребления алкоголем, алкогольная деградация личности (аморальность, растормаживание низших влечений, мнестико-интеллектуальное снижение).

Выделяют 2 формы стойкого амнестического расстройства, вызванного алкоголем.

*Энцефалопатия Вернике:* острое состояние со спутанностью сознания, атаксией, нарушением зрения, сонливостью, тревожной диссомнией, затем развивается делирий с последующей амнезией на недавние события.

*Корсаковский психоз'*, хроническое состояние с конфабляциями (ложными воспоминаниями), дезориентированностью, полиневритом, амнезией на давние и недавние события. Психоз может развиваться из энцефалопатии Вернике; он часто сосуществует с алкогольной деменцией, которая проявляется неглубоким частичным мнестико-интеллектуальным снижением.

## Происхождение

Алкоголизм имеет тенденцию появляться у членов одной семьи. Генетические предпосылки его развития наиболее сильны для сына, отец которого страдал алкоголизмом, независимо от того, в какой семье воспитывался сын. Наиболее подвержены алкоголизму антисоциальные и зависимые личности, незрелые, внушаемые, склонные к дистимии, с повышенной потребностью во власти и чувством неспособности к достижению поставленной цели.

По теории научения первые опыты употребления алкоголя, связанные с преодолением тревожности («выпить для храбрости»), играют роль оперантного обуславливания.

Последние десятилетия вскрыли нейрогуморальные механизмы зависимости. В 1954 г. американский нейрофизиолог Джеймс Олдс открыл в головном мозгу центры удовольствия, стимуляция которых вызывает эйфорию, по интенсивности близкую к оргазму. Подобные ощущения в обычных условиях подкрепляют адаптивное поведение и облегчают невыносимую боль. В 70-х гг. Ч. Ли выделил из гипофиза верблюда эндоморфины, действие которых имитируют психоактивные вещества. В 1990 г. коллега Дж. Олдса Кеннет Блюм обнаружил ген алдиктивности, передающийся по наследству и отвечающий за предрасположенность к зависимости. Уже в 1991 г. прошли успешные клинические испытания созданные им пищевые добавки для различных форм зависимостей: алкогольной, героиновой, кокаиновой, амфетаминовой, а также для лечения нервной булимии.

Седативный эффект и доступность алкоголя делают его наиболее распространенным средством для борьбы с тревогой, депрессией и бессонницей. В своих «Трех очерках по теории сексуальности» Фрейд, 1905 установил, что мальчики, у которых в детском возрасте обна-

руживался и потом сохранялся конституциональный эротизм губ, во взрослом возрасте проявляли ярко выраженное желание пить и курить.

В 1908 г. Абрахам представил детальный отчет о психологической связи сексуальности и алкоголизма. Алкоголь разрушает способность к сублимации. В результате появляются ранее вытесненные или защищенные другим образом проявления детской сексуальности, такие, как эксгибиционизм, садизм, мазохизм, инцестуозные и гомосексуальные тенденции. Абрахам предположил, что употребление спиртного есть сексуальная активность больного. В конечном счете алкоголизм приводит к импотенции, на основе которой возникают идеи ревности.

Радо в 1926 г. опубликовал свою работу «Психические эффекты интоксикации, или Попытка развить психоаналитическую теорию патологических желаний». Он начинает с базовой концепции боли, успокоения, снотворного и стимулирующего воздействия наркотических веществ. Затем ссылается на дискуссию Абрахама об эротической природе наркотической эйфории и сам оценивает фармакогенный оргазм, отличающийся от полового оргазма, как одну из целей употребления наркотиков. Он отмечает, что эйфория ведет к потере чувства реальности, уходу от нее и появлению примитивной либидинальной организации, которая характеризуется наличием агрессивных и аутоагрессивных проявлений.

В своей следующей работе «Психоанализ фармакотимии», 1933 Радо вводит понятие психотимии и обозначает им болезнь, заключающуюся в сильной тяге к химическим веществам. Он описывает напряженную депрессию в сочетании с нетерпимостью к боли как реакцию на фрустрацию. При этом химические вещества вызывают бурную радость, замещающую сексуальный оргазм. В объектах любви больше нет никакой необходимости, и аддикт чувствует неуязвимость, поскольку с ним (с ней) ничего больше не может случиться. Однако затем наступает фармакотимический кризис, из которого есть три пути: 1) суицид, при котором пациент считает, что его вечная радость в окончательном уходе из реальности; 2) бегство во временную ремиссию и 3) вхождение в состояние психоза, в иллюзорную реальность.

Современные исследователи считают, что лица с суровым суперэго и фиксацией на оральной стадии «растворяют» суперэго в алкоголе, уменьшают оральную фрустрацию, в алкогольной эйфории испытывают чувство освобождения, иллюзию достижения желаемого, бунта, а в состоянии похмелья удовлетворяют потребность в самоизоляции.

Берн описал распространенную игру «Алкоголик», в которой жена или терапевт переходят по отношению к больному в преследователя, а затем в жертву (см. драматический треугольник Карпмана в 4-й гл.).

Кохут, 1971 отмечает: «Наркотик служит не заменителем любимых и любящих объектов или отношений с ними, а замещением дефекта в психологической структуре».

## Лечение

Выделяют три цели лечения алкоголизма: соматическое оздоровление, психическая стабилизация и включение в социальную среду. Имеется 4 лечебных фазы: установление контактов, прекращение приема алкоголя, отвыкание, поддержка. Первые две фазы представляют большое значение для работы с мотивацией больного, причем во второй фазе акцент делается на фармакотерапии с целью облегчить проявления абстиненции. Третья фаза является психотерапевтической, четвертая посвящена профилактике рецидива и социальной реадaptации больного. Фазы лечения осуществляются в соответствующих специализированных амбулаторных и стационарных учреждениях, учреждениях переходного типа и группах взаимопомощи. Так, первая фаза лечения проводится в районном наркологическом диспансере, вторая -



в наркологическом стационаре, третья и четвертая - вновь в наркологическом диспансере, где имеются дневной полустационар и групповая психотерапия.

Главная задача терапии заключается в том, чтобы как можно дольше поддержать состояние абсолютной трезвости. Лечение начинается с купирования синдрома отмены. Назначают постельный режим, седуксен, восполняют дефицит жидкости, витаминов группы В и фолиевой кислоты. При недостаточном эффекте и нарастании психотических расстройств повышают дозы седуксена, добавляют нейролептики, а при необходимости и противосудорожные средства или антидепрессанты.

Патологическое влечение к алкоголю снижают с помощью лития и налтресона. Тетурам (антабус, дисульфирам) вызывает крайне неприятные вегетативные реакции даже на незначительные количества алкоголя, поэтому его применение (непродолжительное или в форме пролонгов «Эсперал», «Торпедо») облегчает переход к трезвому образу жизни. Используют также следующие пищевые добавки:

*Сиренити* (60 капсул) - повышает уровень серотонина днем, мелатонина ночью; естественное снотворное и безопасный антидепрессант; эффективен при алкогольной и опиоидной зависимости, астено-обсессивных состояниях и мигрени;

*Реворд* (60 капсул) - регулирует работу щитовидной железы, облегает явления абстиненции при алкогольной и опиоидной зависимости, улучшает способность к обучению;

*Брейн бустен* (60 капсул) - аминокислота 1-тирозин, предшественник катехоламинов. Активизирует тормозные системы мозга, улучшает умственную работоспособность и память; применяется при лечении алкоголизма и наркоманий, вегето-сосудистой дистонии и гипотонии, гиперактивности у детей.

Для снижения патологического влечения к алкоголю и профилактики рецидивов используют также гипносуггестивную терапию, НЛП, аутогенную тренировку, ситуационный тренинг, гештальттерапию. В отношениях с больными следует учитывать их тенденции ставить терапевта в позицию легкомысленной фамильярности (скрытый собутыльник) или полной ответственности за результат лечения (спаситель). Необходимо выявить все проявления тенденции к саморазрушению, проявлять внимание к половой жизни больного, использовать реалистические предсказания, которые, сбываясь, повышают доверие к компетентности терапевта.

При *гипносуггестивной терапии* больных хроническим алкоголизмом мы вначале выясняли, какие запахи и вкусовые ощущения для больного наиболее неприятны, и затем включали их в следующие формулы внушения.

*Запах спиртного вам неприятен. Он напоминает вам запах... Когда вы ощущаете запах спиртного, вы чувствуете... Если вы сделаете глоток спиртного, во рту появится вкус... Когда спиртное попадает в горло, оно вызывает у вас чувство жжения. Спиртное обжигает, его невозможно проглотить. От него начинается спазм в горле, еще немного - и можно подавиться. Алкоголь разрушал ваш желудок, печень, сердце. Из-за пьянства вы превратились в больного человека. Алкоголь отравлял ваш мозг, разрушал ваши нервы, ослаблял волю, превращал вас в алкоголика. Вам противно теперь тянуть из этой бутылки с отравой. Вам стыдно быть похожим на ребенка с соской. Вы легко можете обойтись без водки, вина, пива и других спиртных напитков. Ваше решение бросить пить твердое и окончательное. Вы чувствуете себя достаточно сильным, уверенным, самостоятельным человеком, чтобы выполнить свое решение. Вам легко поступать так, как подсказывает ваш разум. Вид пьющего человека с бутылкой, стаканом спиртного оставляет вас теперь равнодушным. Вы спокойно проходите мимо винных магазинов. Вы теперь непьющий и это наполняет вас радостью и гордостью.*

**В семейной терапии** важно учитывать позицию значимых других, которые могут участвовать в игре «Алкоголик» по Берну. Близким следует отказаться от ролей преследователя, спасителя или жертвы, перестать избегать подлинной близости (жене - в том числе сексуальной).

Выделено три типа семей больных алкоголизмом, что предопределяет разную тактику семейной терапии:

1. семьи с ранее доброжелательными отношениями без нарушения системы семейного взаимодействия после разрешения конфликта, связанного с пьянством;
2. семьи с ранее доброжелательными отношениями, но с обусловленным последствиями алкоголизма нарушением системы семейного взаимодействия;
3. семьи с обострением имевших место ранее конфликтных отношений и разногласий по основным аспектам семейной жизни после ослабления или разрешения алкогольного конфликта.

В семьях первого типа психотерапия направлена на закрепление установок больного на трезвость и повышение уверенности жены в возможности длительной ремиссии у мужа. Семьи второго типа нуждаются в целенаправленной психокоррекционной работе по устранению конфликтов, обусловленных последствиями алкоголизации. Семьям третьего типа показана реконструкция всей системы взаимодействия для улучшения психологического климата в семье.

В. Джонсон, 2000 разработал метод «прямого вмешательства», предполагающий конфронтацию с больным алкоголизмом с помощью его ближайшего окружения и включающий 7 этапов.

1. Инициатор терапии избавляется от чувства вины за «вынесение сора из избы» и от страха перед реакцией больного; сообщает терапевту о клинике заболевания, его медицинских, психологических и социальных последствиях; помогает терапевту составить список потенциальных участников «коллектива вмешательства» и затем просит их о сотрудничестве.
2. Терапевт организует встречу коллектива, рассказывает о природе алкоголизма, анозогнозии (отсутствии осознания болезни), подчеркивает, что больной не будет искать помощи и не сможет самостоятельно бросить пить, предсказывает его будущее, объясняет необходимость коллективного вмешательства.
3. Проблема «Как мы можем изменить алкоголика?» заменяется на «Как мы можем изменить себя и свои отношения с пациентом, чтобы мы были довольны им?».
4. Участники команды сообща отреагируют накопившиеся негативные чувства к пациенту, перерабатывают свои переживания и готовятся пойти на риск конфронтации.
5. Каждый член команды составляет свой список алкогольных эксцессов, свидетелем которых он был и из-за которых у больного возникали проблемы; участники обмениваются своими списками и обсуждают их. Терапевт помогает сформулировать высказывания, входящие в список, таким образом, чтобы они содержали:
  - а) точное описание событий и поведения больного;
  - б) отношение к употреблению алкоголя;
  - в) выражение собственных чувств по этому поводу;
  - г) выражение желаний или положительного отношения к больному;
6. Выбор альтернатив: выбираются лечебные учреждения или общества АА (Алкоголик Аноним), которые будут предложены больному. Намечается время вмешательства (когда у больного возникает очередная кризисная ситуация) и место (нейтральное, в присутствии терапевта).
7. Этап непосредственного терапевтического вмешательства. Больной приглашается на встречу, члены «коллектива вмешательства» зачитывают друг за другом свои списки и сталкиваются с больным с его реальностью. Под влиянием массы фактов, единодушного выражения оза-

бочности и симпатии больной соглашается с требованиями немедленно включиться в предлагаемое антиалкогольное лечение, выбрав из нескольких наиболее устраивающий его вариант.

Наиболее эффективной считается **групповая терапия** алкоголизма по методу М. В сообществе Анонимных Алкоголиков формируется критическое отношение к болезни, члены сообщества на собственном примере подкрепляют как опасения больного, так и его оптимистические ожидания. Больной вынужден проявлять инициативу, ответственность, что приводит к формированию внутреннего локуса контроля. Больного побуждают выражать чувство вины без опасения осуждения. Важнейшими терапевтическими факторами являются идентификация с выздоровевшими и забота о новых больных, для которых надо быть образцом.

Программа терапии состоит из 12 шагов, которые сформулированы следующим образом.

1. Мы зависим от алкоголя, потеряли самоконтроль.
2. Вернуть его можно только с помощью большей силы, чем мы использовали.
3. Мы верим в Бога (в возможности группы).
4. Мы видим глубину своего падения и свою роль в нем.
5. Мы хотим исповедоваться в своих грехах.
6. Мы готовы совершенствоваться.
7. Мы смиренно молим об исправлении.
8. Мы перечисляем тех, кому причинили зло, и готовы искупить свою вину.
9. Мы возместили причиненный близким ущерб.
10. Мы признаем повторение своих ошибок.
11. Мы находим силы (в Боге, группе, себе) для новых и новых попыток самосовершенствования.
12. Мы больше уважаем себя, когда помогаем друг другу освободиться от алкогольной зависимости.

## Наркотическая зависимость

Наркотики по их клиническому действию делят на следующие группы: опиаты, стимуляторы, успокаивающие, каннабиоиды и галлюциногены.

Интоксикация **опиатами** (опий, морфин, героин, кодеин, метадон): эйфория, дремота, дизартрия, анальгезия, анорексия, сужение зрачков, снижение либидо. Синдром отмены: настойчивые поиски препарата, зевота, выламывающие мышечные боли, боли в пояснице, слезотечение, насморк, рвота, потливость, понос, лихорадка, «гусиная кожа», слюноотделение, расширение зрачков, бессонница.

Интоксикация **стимуляторами** (кокаин, крэк, фенамин, эфедрой, первитин, «лед», «ширка»): эйфория, возбуждение, болтливость, расширение зрачков, сердцебиение, потливость, озноб, тремор, лихорадка, сухость во рту, рвота, анорексия, импотенция, судороги, гиперактивность, раздражительность, агрессивность, паранойяльность, зрительные и тактильные галлюцинации. Синдром отмены: тревожная подозрительность, дисфория, утомляемость, ажитация, расстройство сна, настойчивые поиски препарата.

Интоксикация **седативными, снотворными и анксиолитическими средствами** (транквилизаторы, барбитураты): невнимательность, сонливость, обильное потоотделение, сужение зрачков, расторможенность влечений, нарушение координации и артикуляции; возможен делирий с последующей амнезией. Синдром отмены: рвота, слабость, тревога, раздражительность, повышенная чувствительность к свету и звуку, крупноразмашистый тремор, бессонница, припадки.

Интоксикация **каннабисом** (марихуана, гашиш, анаша, «план», «дурь», «паль», «травка»), идеоррея, эйфория, дисфория, тревога, подозрительность, неуместный смех, дезориентировка во времени, неадекватная оценка происходящего, искажение формы и размеров предметов, сухость во рту, повышение аппетита, сердцебиение, отрешенность от окружающего с грезоподобными фантазиями; большие дозы вызывают делирий с паническими проявлениями. Синдром отмены: астения, депрессия, сенестопатии, сжимающие боли в области головы и сердца, спазмы в животе с тошнотой, озноб, проливной пот, тремор, возможны гипертонический криз, дисфория.

Интоксикация **галлюциногенами** (ЛСД, псилобицин, мескалин, циютодол, паркопан, артан, астматол, димедрол): иллюзии, галлюцинации, деперсонализация-дереализация, подавленность, тревога, страх сумасшествия, панические реакции, идеи отношения, расширение зрачков, сердцебиение, потливость, тремор, нарушение координации. Галлюциногены употребляют, как правило, эпизодически.

**Токсикомания** - зависимость от ингалянтов (эфир, бензин, ацетон, хозяйственный клей, краски, лаки, аэрозоли, полироли). Симптомы легкой интоксикации подобны интоксикации алкоголем, седативными и снотворными препаратами и включают эйфорию, зрительные галлюцинации, искажение оценки окружающего с дезориентировкой, агрессивность, импульсивность; характерны атаксия, спутанность сознания, дизартрия, головокружение; могут развиться делирий и припадки. Синдром отмены не описан.

## Происхождение и течение

В развитии наркомании важное значение придается отсутствию родительского образца, эмпатических отношений в семье, объекта заботы. Основные мотивы начала злоупотребления - гедонистические, атарактические (противотревожные) и субмиссионные (под влиянием окружающих). У подростков и молодежи наблюдается групповая психическая зависимость, когда влечение проявляется только в «своей» компании. Главную роль в приобщении подростков к наркотикам играют делинквентные и криминальные группы, компании наркоманов, дельцы наркобизнеса.

В течении наркоманий выделяют три стадии. На 1-й стадии быстро формируется психическая зависимость от наркотика: без него нет душевного комфорта, трудно сосредоточиться, страдают память и мышление. Абстиненция (воздержание) вызывает дисфорию и усиление влечения, растет толерантность (переносимость).

2-я стадия развивается через несколько недель. Формируется физическая зависимость, резко возрастает толерантность, приходится резко повышать дозы. Наркотик нужен как допинг, выражены соматовегетативные нарушения, утрачиваются аппетит и либидо. Деньги на наркотик помогают добывать гомосексуализм, проституция, воровство и разбои. Высоки смертность от суицида, передозировки наркотика, СПИДа и других соматических осложнений. При отсутствии наркотика в организме развивается абстинентный синдром - «ломка», ярко описанный в рассказе М. Булгакова «Морфий».

*«Сердце начинает стучать так, что я чувствую его в руках, в висках... а потом оно проваливается в бездну, и бывают секунды, когда я мыслю, о том, что более доктор Поляков не вернется к жизни...»*

*...Не «тоскливое состояние», а смерть медленная овладевает морфинистом, лишь только вы на час или два лишите его морфия. Воздух не сытный, его глотать нельзя... В теле нет*

клеточки, которая бы не жаждала... Чего? Этого нельзя ни определить, ни объяснить. Словом, человека нет. Он выключен. Двигается, тоскует, страдает труп. Он ничего не хочет, ни о чем не мыслит, кроме морфия. Морфия!

*Смерть от жажды - райская, блаженная смерть по сравнению с жадой морфия. Так заживо погребенный, вероятно, ловит последние ничтожные пузырьки воздуха в гробу и раздирает кожу на груди ногтями. Так еретик на костре стонет и шевелится, когда первые языки пламени лижут его ноги... Смерть, сухая, медленная смерть...»*

3-я стадия встречается редко из-за высокой летальности 2-й стадии. Больные нетрудоспособны из-за крайнего истощения (залеживаются в постели) и сужения круга интересов вокруг добычи наркотика, который необходим, чтобы самостоятельно поесть и элементарно себя обслужить.

**Ранняя диагностика:** подросток необычно долго разговаривает по телефону, у него появляются таинственные знакомые, он уходит с последних уроков (уменьшается способность к концентрации внимания из-за абстиненции); в доме пропадают деньги, вещи, подросток часто врёт. Молодые люди уменьшают контакты, изолируются, ведут себя по-детски, повторяются в разговоре, залеживаются в постели, у них снижается выразительность речи, появляются немотивированные колебания настроения.

## Лечение наркомании

Лечение наркомании, в отличие от токсикомании, является в нашей стране обязательным и при отказе больного осуществляется принудительно. Лечение проводится в закрытом стационаре в несколько этапов: дезинтоксикация, купирование абстинентного синдрома, общеукрепляющая терапия, подавление патологического влечения с помощью неулептила, сонапакса и аверсионной терапии (с формированием рвотного и других неприятных рефлекторных реакций на наркотик). Реабилитация строится на длительном (5 лет) наблюдении участкового нарколога, который содействует трудоустройству пациентов, проводит индивидуальную, семейную и групповую терапию (в том числе группу взаимопомощи «Анонимные наркоманы»).

А. и И. Данилины, 2001 большое значение придают избавлению родителей наркоманов от *созависимости*. Авторы предлагают родителям следующую программу.

1. Четко определите обязанности ребенка в семье, поручите ему заботу о младшем ребенке или домашнем животном, не подстраховывайте его в этом.
2. Перестаньте контролировать его общение с другими и его расходы, подслушивать его телефонные разговоры, диагностировать его состояние по глазам или венам, требовать от него учиться или работать, снабжать его деньгами, если он тратит их на наркотики, оплачивать его долги.
3. Создайте в семье атмосферу открытых и теплых отношений, без упреков и навязывания своих оценок и мнений, интересно проводите вместе время; во время разногласий постарайтесь понять и по возможности разделить точку зрения ребенка. Выражая собственные негативные чувства, начинайте с признания положительного в ребенке, обсуждайте лишь конкретный случай, говорите корректно и закончите разговор дружелюбным конструктивным предложением.
4. Обязательно убедите сына получить медицинскую помощь; используйте для этого его жалобы на здоровье, страх перед призывом в армию и т. п.

## Медикаментозная зависимость, никотинизм, кофеинизм

**Медикаментозная, лекарственная зависимость, лекомания.** Если наркотическая зависимость в России, по официальным данным, составляет 3 млн. человек, то медикаментозная - в 10 раз больше. Лекарственная зависимость пришла из медицины в следующей последовательности:

- опиаты (морфий, промедол, омнопон в качестве оглушающих при болевом синдроме);
- барбитураты (люминал, веронал, меминал в качестве снотворных);
- анальгетики (анальгин, пирамидон, фенацетин);
- психостимуляторы (кофеин, эфедрин, фенамин);
- транквилизаторы (противотревожные - седуксен, реланиум, валиум, либриум, элениум; включатели сна - ноксирон, зуноктин, радедорм; дневные, стимулирующего действия - триоксазин, грандаксин, тофизепам);
- галлюциногены или психодизлептики, используемые в психолитической и психоделической терапии (ЛСД, псилобицин).

Побочные действия и явления передозировки при наступлении привыкания заставляют больных комбинировать препараты-антагонисты. Например, после приема стимуляторов принимают снотворные и наоборот, что приводит к поливалентной медикаментозной зависимости. В связи с этим опасно применять комбинированные препараты типа тройчатки (пирамидон, кофеин, люминал) или пятерчатки (+ анальгин и кодеин-опиат).

Все эти препараты вызывают физическую зависимость, повышение толерантности и абстинентный синдром: головную боль, тревогу, расстройство сна, в том числе кошмарные сновидения из-за угнетения фазы быстрого сна. Эти явления развиваются уже через 2-3 недели регулярного приема препарата. При дальнейшем употреблении наблюдаются вегетативные нарушения: хронические и приступообразные, иногда - судорожные припадки и делирий.

Прием снотворных во время беременности может привести к тератогенным последствиям (в том числе - уродствам) и развитию абстинентных симптомов у новорожденного. Психостимуляторы, которые назначают также и для снижения аппетита, исчерпывают НЗ организма, в результате наступает выраженная астения, могут быть обмороки, а сочетания перегрева с физической нагрузкой может вызвать коллапс и смерть.

С психиатрической точки зрения не существует показаний к назначению барбитуратов, психостимуляторов и лекарств, подавляющих аппетит. Транквилизаторы и снотворные не следует применять более 2 недель. Анксиолитики лишь способствуют началу психотерапии, оглушающие снотворные только облегчают мучительное времяпровождение без сна.

Лечение медикаментозной зависимости проводится в стационаре. Купируется абстинентный синдром, ликвидируется физическое влечение, проводится психотерапия, направленная на выявление патологической, аддитивной мотивации и поиск безвредной альтернативы. Проводится групповая терапия (взаимопомощь, взаимоподдержка), что особенно важно для профилактики рецидивов.

**Никотинизм.** Зависимость в 85 % случаев начинается после выкуривания первой сигареты. Курильщики отличаются от некурящих психологически тем, что чаще разводятся или покидают семью; они являются более импульсивными, менее образованными, эк-

стравертированными, внутренне враждебными и более склонны употреблять алкоголь и кофе.

Никотиновый абстинентный синдром оазвывается в среднем через 90 минут после выкуривания последней сигареты. Через сутки после воздержания или попытки снизить дозу у никотин-зависимого появляется по крайней мере 4 из следующих признаков: страстное желание закурить; раздражительность, фрустрация или злость; тревожность; трудность сосредоточить внимание; беспокойство; урежение сердцебиения; повышение аппетита.

Противоракковое общество США предлагает 2 рецепта отказа от курения.

Рецепт 1. Примите решение курить 1 сигарету в час. Затем постепенно увеличивайте интервал без курения на полчаса. Затрудните себе доступ к сигаретам - например, оберните пачку скотчем. Держите сигарету другой, непривычной для вас рукой. Покупайте сигареты, которые вам особенно неприятны. Не покупайте больше 1 пачки. Измените условия курения, места, где вы любите курить, откажитесь от сигарет с кофе. Сообщите близким, друзьям, коллегам, что вы намерены бросить курить. Если вы не курите 1 день, можете не курить еще 1. Попробуйте! Если вы не выдержали и закурили, не огорчайтесь. Сделайте еще попытку.

Рецепт 2. Курите на 1 сигарету меньше каждый день. Каждый раз перед выкуриванием сигареты принимайте по этому поводу специальное решение. Оттягивайте каждое курение. Носите с собой только 1 сигарету, и вы убедитесь, что стремитесь не израсходовать ее. Откажитесь от курения только на 1 день. Затем еще на 1. И так день за днем. Сообщите окружающим о вашем намерении прекратить курение. Публичное заявление укрепит вашу решительность и ответственность. Назначьте себе точное время, когда вы прекратите курить, и сделайте это. Спрячьте все связанное с курением: сигареты, зажигалки, пепельницы. Переставьте мебель в комнате, где вы курите особенно часто. Запаситесь жевательной резинкой, карамелью, семечками, орехами, тем, что вы любите, и используйте их, когда захочется закурить.

*Трансактный анализ* курения по В. В. Макарову, 2001 выглядит следующим образом. Для Ребенка сигарета - атрибут взрослости и мужественности; владение запретным плодом, магическое обладание огнем и дымом. Запреты Родителя лишь укрепляют порочный круг. Когда Взрослый решает бросить курить, Ребенок заговорщически нашептывает: все курят, ради чего отказываться от удовольствия, брошу с понедельника, с Нового года, «кто не курит и не пьет...» Когда прекращение произошло, Ребенок провоцирует: давай закурим, ну только одну затяжку, зачем так мучиться? Когда через несколько недель курить почти не тянет, Ребенок предлагает: надо испытать, действительно не потянет? Раз не тянет, можно себе позволить разок и покурить и т. д.

5-шаговая система отказа от курения В. В. Макарова начинается с диагностики - человек отвечает себе на вопрос: «Насколько я вовлечен в курение?» Имеется 3 уровня.

1. Курю иногда, но прекращать совсем не хочется. Когда не курю, даже не вспоминаю об этом. Так продолжается недели и месяцы. Затем снова закуриваю.

2. Курю регулярно, каждый день или почти каждый. Могу прекратить курение. На самочувствии это не отражается. Я легко прекращаю курение, но почему-то начинаю снова.

3. Курю регулярно. Прекратить курение трудно. Когда делаю перерыв, ищу возможность закурить. Курение отрицательно отражается на моем здоровье.

1 -и уровень - вредная привычка, 2-й - можно прекратить лишь с психологической помощью, 3-й - необходимо лечение.

Подготовка к прекращению курения состоит из 5 шагов.

1-й шаг. Разделить лист бумаги на 2 части: «Польза курения» и «Вред курения». Под каждым заглавием столбиком перечислите все аргументы за и против курения для вас. Попро-

сите близкого человека добавить свои пункты. Подберите пищевые добавки для уменьшения вреда курения в соответствии с нарушенными функциями.

2-й шаг. Как курить меньше? Позволять себе курить, только когда очень хочется. Сделать курение самостоятельным делом, не курить во время работы, на ходу, при чтении, за телевизором, за рулем.

3-й шаг. Как курить еще меньше? Сменить стереотип: курить в непривычных для себя местах, постоянно менять сорта сигарет, изменить характер манипуляций: если курил в компании, курить в одиночестве и наоборот. Заменить приятные ощущения во рту и руках: грызть семечки, орешки, сладости.

4-й шаг. Удастся ли мне сейчас прекратить курение? Расширить территории, свободные от курения: место работы, дом, улица. Полностью отказаться от курения один день в неделю. Затем увеличить число таких дней. Ослаблять желание курить путем глубокого дыхания, отвлечения, самовознаграждения, сна. При мысли «Как хочется курить!» думать: «Какой же я сильный, раз побеждаю даже такое сильное желание!»

5-й шаг. Полный отказ от курения. Выбрать удобное время и место для прекращения курения: поездка, интенсивная работа и т. п. условия, где меньше обычного хочется курить.

В своей практике мы применяли при *гипносуггестивной* терапии пациентов с никотиновой зависимостью следующие формулы внушения.

*Когда вы ощущаете запах табачного дыма, вы чувствуете... Когда ваш рот наполняется табачным дымом, во рту появляется вкус... Когда табачный дым попадает в горло, он вызывает у вас чувство жжения, как будто тысячи мелких иголок колют легкие. Внутри саднит, печет, начинается неудержимый кашель. Вы задыхаетесь в табачном дыму, им невозможно дышать. Копоть от табачного дыма осаждается на легких, воспаляет, разрушает их. Из-за курения вы часто кашляли, легко простуживались, болели. Никотин отравлял ваш мозг, разрушал ваши нервы, ослаблял вашу волю. Вам противно и стыдно сосать эту соску для слаборевных взрослых. У вас хватает сил и решимости навсегда бросить эту вредную привычку - курить. Ваше решение бросить курить - твердое и окончательное. Вам легко обходиться без курения. Без него вы чувствуете себя свободным и самостоятельным. Вид курящего человека вызывает у вас лишь снисходительную улыбку. Вы спокойно проходите мимо табачных киосков. Вы теперь некурящий, и это наполняет вас радостью и гордостью.*

**Кофеинизм.** Злоупотреблением считается 4-5 чашек кофе в день при весе 70 кг. Симптомы передозировки: сужение сознания, тревога, двигательное беспокойство, тремор, головная боль, потливость, учащенное мочеиспускание. Осложнения: ХИБС (хроническая ишемическая болезнь сердца, стенокардия) и синдром усталости.

Синдром отмены: головная боль, возбудимость, раздражительность, физическая слабость и снижение психической работоспособности, снижение настроения, тревога, сонливость или бессонница. Развивается через 12 -16 часов после последнего употребления кофеина (в виде кофе, какао, шоколада, чая или колы).

Для выхода из зависимости нужны следующие меры.

1. Постоянно следить за тем, чтобы не превышалась переносимость. Об опасном увеличении говорит то, что одна чашка кофе уже не повышает тонус, не поднимает настроения, не вызывает ощущения прилива тепла в теле, не дает мочегонного эффекта.
2. Заменить несколько приемов кофе другими любимыми напитками без кофеина или кофе без кофеина.
3. В свободные дни полностью отказаться от кофе. Затем выделить один рабочий день без кофе.
4. Параллельно заменять эффект кофе другими способами.

## Клинические иллюстрации

На экзамене испытуемый сообщает о своем случае: г-н Х., 38 лет, управленческий служащий, внезапно «преследуем масонами», в состоянии возбуждения агрессивен к жене, принудительно госпитализирован. Юность больного омрачена семейными конфликтами. Он горд тем, что здесь у него самого лучше: гармония брака, удовлетворенность профессией, скоро заканчивается строительство собственного дома; последние два года испытывает «нервные боли в желудке», лечится успокоительными средствами. Испытуемый повторил диагноз отделения: «параноидный психоз», но в чем-то был недоволен.

Группа испытуемых и экзаменатор превращаются с помощью ролевой игры в бригаду отделения: что сделало испытуемого недовольным? Что вызвал в нем г-н Х?

- Мне бросилась в глаза его напряженность. Он как-то воспринимал каждый мой вопрос как нападение и защищался от этого. Вообще он подчеркивал, как много усилий стоил ему его успех (символ - собственный дом) и что его жизнь действительно в порядке. Это стало мне подозрительно.

- Вы проанализировали свои и его чувства?

- Я думаю, это была моя ошибка: я почувствовал напряженность, но не сделал ее темой обсуждения, не дал себя заразить его напряженностью. Чем больше я «сверлил», тем лучше он защищался. Мы заводили друг друга, и г-н Х. выиграл.

Кто-то спрашивает об алкоголе. Испытуемый: «Ах, да, я забыл: бутылка пива по вечерам». Группа собирает теперь все, что говорит за алкоголь: чрезмерные усилия по социальной адаптации, потребность гармонизации и защиты; честолюбивое стремление сделать лучше родителей, напряженная фиксация в этих усилиях, недовольство силой своей жены, лечение транквилизаторами, наконец, тенденция уходить от расспросов.

- Как я должен был сделать это лучше? Как мне найти тон, при котором он почувствовал бы себя не разоблаченным, а понятым?

Группа дает следующее предложение: «Г-н Х., я вижу, какого напряжения вам стоил этот успех в жизни. И сейчас в разговоре я чувствую ваше напряжение. Это меня прямо-таки заражает. Какие возможности отдыха, разгрузки или расслабления есть в вашем распоряжении?»

Дальнейший разговор в этом стиле помогает выяснить, что г-н Х. в действительности по меньшей мере четыре года массивно злоупотребляет алкоголем, что остается незамеченным окружающими, ему успешно удается скрыть это и от жены. (К. Дернер. У. Плог, 1997).

## Почему мне был необходим героин?

1. Так было легче жить, потому что все проблемы казались какими-то далекими, многие из них я просто не замечала.

2. С героином жизнь воспринимается гораздо лучше, чем на самом деле. Это уход от нее.

3. Мы расстались с моим молодым человеком, я никак не могла его забыть. С героином это получилось. Без героина у меня были трудности с сексом, масса комплексов. Мне все это было неприятно, а мой молодой человек этого хотел. С героином это прошло. Теперь никакого особенного удовольствия я не получаю, но и противно быть перестало.

4. Возможно, у меня много страхов: я боюсь, что мне скажут «нет», я всегда думаю, как обо мне судят другие люди, беспокоюсь, как я выгляжу и т. д. Героин все это победил. С героином ты не чувствуешь никакого страха вообще.

5. Героин позволил мне не думать о себе и о своей жизни. «Под героином» ты вообще не думаешь ни о чем, и в какой-то мере это здорово, так как до этого я изводила себя мыслями: какая я, какая у меня жизнь и т. п.

6. Сначала я думала, что наркотики дают мне шанс выделиться из общей массы. Я думала, что это круто и т. д. Потом я поняла, что это не так, но все равно продолжала чувствовать определенную избранность.

7. Когда я рассталась со своим молодым человеком, я осталась одна, так как еще до этого практически потеряла связь со своими подругами. Одиночество - страшнее смерти. Это то, чего я боюсь больше всего. Я не могу быть одна. Наркотики и наркоманы подменили мне все и всех. Я уходила из дома с утра и приходила поздно вечером. Целый день я где-то была, куда-то ездила, я встречала кучу людей, сидела на чьих-то квартирах, я была в гуще событий и в центре «маленькой вселенной». Мне это в наркотиках нравилось больше всего. Если честно, то я скучаю по этому до сих пор.

8. Среди наркоманок я была очень симпатичной, даже, можно сказать, красивой, ухоженной и хорошо одетой, поэтому у меня было много кавалеров среди молодых ребят (правда, таких же наркоманов, как и я). Это давало мне чувство собственной привлекательности, в чем я была крайне не уверена после разрыва с моим молодым человеком.

9. Героин - это какое-то дело. Это, если хотите, своего рода работа, которую надо выполнять каждый день. И это трудная работа, потому что найти хороший героин, когда он тебе нужен, очень трудно. Поэтому мне казалось, что, если я могу это, то я смогу многое другое. Я казалась себе умной, самостоятельной и способной добиться чего-то сама.

10. Из-за того, что меня бесит моя мама. Она хороший человек и меня очень любит (даже слишком), но она достает меня каждый день, каждую минуту. Иногда мне казалось, что я ее ненавижу. Кроме того, она постоянно искала наркотики в моих вещах. Мне всегда хотелось заткнуть уши и закрыть глаза. Опять-таки за меня это сделал героин.

11. У нас очень напряженная обстановка в доме. Мама пилит не только меня, но и папу, поэтому они частенько пререкаются. Кроме того, папа всегда защищает меня, что тоже не нравится маме. На улице мне было лучше, чем дома, - там до меня никому не было дела.

12. Я очень люблю своего папу. У нас прекрасные отношения с детства, считайте, что это он меня воспитал. Для меня существовал только один идеал - мой папа. Я всегда хотела быть похожей на него и очень хотела, чтобы он мною гордился. Я училась на пятёрки в школе, танцевала в ансамбле, выступала, играя на фортепиано, но казалось, он этого не замечал. Он и мама хотели большего от меня. Я думала, что я ничего не могу.

13. Мне нравилось жить двойной жизнью: дома и в институте ты - примерная девочка, а на улице ты - дрянная девчонка. Мне нравилось почувствовать себя плохой. Для меня это была скорее игра, чем реальный мир. Мне нравилось играть, делать то, чему меня учили. К тому же здорово было иметь какую-то тайну.

14. Героин дает определенную простоту: тебе не надо думать, что сказать, не надо думать, что делать. Когда ты встречаешься с другими людьми, тебе не надо думать, чем заняться, - все уже решено. По большей части наркоманы, которых я встречала, это необразованные люди, многие не закончили одиннадцати классов, и я сначала думала, что мне с ними будет неинтересно. Но потом я обнаружила среди них вполне образованных людей. Это было странно. Героин раскрепощает. Это смешно выглядит со стороны. Люди идут за героином и по дороге обсуждают рассказы А. П. Чехова или различные философские школы, или начинают читать стихи свои и чужие - было и такое, на героине особенно тянет на философию и поэзию. Когда я думаю, что, если бы мы встретились в другой обстановке, все было бы по-другому.

15. Мысли о самоубийстве появились у меня еще в довольно раннем возрасте, лет в пятнадцать. Меня ничего не держало в этой жизни тогда, не держит и сейчас. Мне говорят, что

надо просто жить. Но я так не могу, поскольку считаю, что жить надо зачем-то, то есть иметь хоть какую-нибудь цель. Я люблю своих родителей, но жить так же, как они, в какой-то бесконечной серости, я не могу.

Конечно, никто не знает, зачем мы здесь, но просто плыть по течению - это глупо, это и есть самоубийство, но только самоубийство личности, души. Я считала, что как личность я - ничто и никто, я не смогу сделать что-нибудь стоящее, поэтому мне всегда хотелось уснуть и больше не просыпаться. Даже в детстве, засыпая, я представляла, что я - в могиле (может, у меня что-то с головой?). Героин - это сон. Сон - это смерть. Жизнь?.. Я не помню, что это такое.

Р.5. Писать больше не могу, так как очень разволновалась и могу заплакать. Я и так тут много чего написала сокровенного. Я очень не люблю, когда лезут в душу, потому что это больно. Я не люблю кому-то что-то рассказывать, я держу все в себе. Это трудно. Одно - трудно, другое - больно. Что выбрать? Но копаться в душе человека - это как-то слишком, хотя Вы - доктор, Вам видней. Но я думаю, что Вы образованный человек и знаете, что «не стоит заглядывать чересчур глубоко в душу, иначе скоро наткнешься на решетку, которая ведет в подземные каналы, где текут нечистоты» (А. Данилин, И. Данилина, 2001 б).

## Тесты

1-4. Обозначьте следующее:

- А. привыкание
- Б. потенцирование
- В. абстиненция
- Г. зависимость
- Д. наркомания.

7. Факторы, поддерживающие употребление вещества.

2. Потребность в большей дозе препарата для достижения того же эффекта.

3. Состояние, которое развивается после прекращения или уменьшения использования препарата.

4. Синдром, заключающийся в появлении клинически значимых симптомов после прекращения использования препаратов.

5. Диагноз алкогольной зависимости включает все следующее, **кроме**:

- А. нарушения социального или профессионального функционирования
- Б. необходимости ежедневного употребления алкоголя для нормального функционирования
- В. утраты толерантности к алкоголю
- Г. невозможности остановиться и прекратить пить
- Д. патологического употребления алкоголя.

6. Все следующие утверждения по поводу алкоголизма верны, **кроме**:

- А. современные классификации алкогольных расстройств базируются на этиологических факторах
- Б. для выявления алкоголизма большее значение имеют последствия применения алкоголя, чем истинное количество употребляемого алкоголя
- В. культуральная среда может влиять на заболеваемость алкоголизмом
- Г. тенденция к семейной предрасположенности к алкоголизму хорошо известна
- Д. описанная частота алкоголизма у женщин значительно ниже, чем у мужчин.

7. Правильное описание алкогольного галлюциноза включает:

- А. отмечается у лиц, которые пьют редко, но много
- Б. наблюдается через несколько недель после последнего принятия алкоголя
- В. редко продолжается более часа
- Г. в типичных случаях не нарушает ориентировку во времени, месте и собственной личности
- Д. характеризуется слуховыми, а не зрительными галлюцинациями.

8. 35-летний мужчина, спотыкаясь, заходит в палату неотложной помощи. Его пульс достигает 100 уд/мин, а артериальное давление - 170/90 мм рт. ст.; кроме того, у него отмечаются выраженная потливость, тремор, трудности при изложении анамнеза. Он не спит в течение последних двух ночей и принимает занавеску за привидение в комнате; отмечает алкоголизацию с 19-летнего возраста, но заявляет, что не пил 4 дня. Наиболее вероятным диагнозом является:

- А. расстройство адаптации
- Б. атипичный психоз
- В. алкогольный делирий
- Г. алкогольная интоксикация
- Д. непереносимость алкоголя.

9. Алкогольный делирий, который может развиваться у лиц, прекративших пить после длительного запоя, обычно характеризуется следующим, **кроме**:

- А. брадикардии
- Б. тремора
- В. ярких зрительных галлюцинаций
- Г. дезориентировки в месте и времени
- Д. длительности от 3 до 7 дней.

10. Неблагоприятная реакция после употребления марихуаны включает следующее, **кроме**:

- А. острой паники
- Б. делирия
- В. переживания расстройства последовательности мыслей
- Г. хронического психоза
- Д. брадикардии (замедления пульса).

11. Правильные утверждения по поводу синдрома отмены стимуляторов, таких, как кокаин и амфетамины, включают следующие, **кроме**:

- А. он может постепенно развиваться, несмотря на то, что пациент продолжает принимать стимулятор
- Б. он может включать мышечные боли
- В. в первые 9 ч - 14 дней характеризуется «ломкой» с выраженным желанием употребить препарат, возбуждением, депрессией и бессонницей
- Г. вслед за острой фазой реакции наступает период, характеризующийся утомляемостью, тревогой и ангедонией, который длится до 10 недель
- Д. обычно лечение включает отмену препарата путем постепенного снижения доз.

12. Правильные утверждения по поводу природы и эффективности кофеина включают следующие, **кроме**:

- А. он часто усугубляет симптомы панического расстройства и агорафобии
- Б. после внезапного прекращения хронического использования развивается синдром отмены

- В. при токсических реакциях, обусловленных передозировкой, наблюдаются расстройства мышления  
Г. передозировка связана с тревогой, дереализацией, головокружением и шумом в ушах  
Д. период полураспада многих препаратов кофеина составляет от 3 до 7 ч.
13. *Какими из нижеследующих утверждений (больше одного) может быть описано злоупотребление клеем и другими летучими растворителями:*
- А. ингаляция клеем наиболее распространена у детей и подростков  
Б. ингаляция клеем приводит к интоксикации, идентичной таковой при употреблении алкоголя; может отмечаться амнезия эпизода  
В. ингаляция летучих растворителей может вызвать необратимое повреждение мозга, печени и почек  
Г. ингаляция летучих веществ может привести к смерти вследствие остановки дыхания.
14. *Все следующие симптомы обычно связаны с синдромом отмены седативных средств, кроме;*
- А. снижения частоты пульса, дыхания и температуры тела  
Б. тремора  
В. больших судорожных припадков  
Г. мышечных болей  
Д. желудочно-кишечных расстройств.
15. *25-летняя женщина сообщает, что принимала в сутки по 30 мг диазепам на протяжении последних 20 мес. Какое из следующих утверждений наиболее вероятно является верным:*
- А. маловероятно, что у нее отмечается физическая зависимость  
Б. она почти точно имеет физическую зависимость  
В. она, вероятно, не имеет психической зависимости  
Г. она, вероятно, не имеет физической зависимости, но психологически привыкла к препарату  
Д. учет возможности физической зависимости не является необходимым при такой дозировке.
16. *Правильные утверждения по поводу токсичности и зависимости при клиническом применении бензодиазепинов включают следующие, кроме:*
- А. эти препараты вызывают высокую летальность при передозировке  
Б. эти препараты вызывают более высокую летальность при сочетании с алкоголем  
В. вероятность развития зависимости относительно низкая  
Г. вероятность возникновения привыкания относительно низкая  
Д. в комбинации с седативными препаратами эти средства должны применяться с большой осторожностью.

## Ответы/

1-4. Правильные ответы 1-Д, 2-А, 3-В, 4-Г. Эти термины часто путают и применяют неправильно. *Привыканием* называется фармакологический эффект, который заключается в том, что с течением времени требуется увеличенная доза препарата для достижения того же эффекта. *Зависимость* является состоянием, когда появляется синдром отмены при прекращении приема препарата, что отражает утрату контроля и обычно приводит к дальнейшему использованию препарата, несмотря на нежелательные последствия. Термин *наркомания* часто отождествляется с термином *зависимость* и означает расстройства, которые служат для

продолжения употребления препарата. В отношении психоактивных веществ можно видеть толерантность и зависимость одновременно. Наркоман обнаруживает серию поведенческих стереотипов и других феноменов, которые затрагивают весь спектр биопсихосоциальной структуры человека. По этой причине успешные программы лечения должны быть направлены на биологические, психологические и социальные проблемы пациента.

5. Правильный ответ В. Алкогольная зависимость включает патологическое употребление алкоголя, которое приводит к нарушению социального и профессионального функционирования. Лицам, зависимым от алкоголя, необходимо ежедневно пить, чтобы нормально функционировать, а патологическое употребление выражается в невозможности остановиться и прекратить алкоголизацию, несмотря на связанные с ней соматические нарушения, палимпсесты или нарушения функционирования. Для диагностики необходимо наличие либо возрастающей толерантности, либо абстинентного синдрома. Первая включает потребность в возрастающих количествах алкоголя для достижения желаемого эффекта, а последний включает соматические симптомы, например, утренний тремор при снижении употребления алкоголя.

6. Правильный ответ А. Существующая классификация алкогольных расстройств носит преимущественно описательный характер; в большинстве случаев этиология неясна. Лучшим средством выявления алкоголизма является возможность наблюдения у пациента часто развивающихся последствий злоупотребления алкоголем: соматических, социальных и психологических. Культуральные, этнические и социальные факторы, как представляется, влияют на уровень распространенности алкоголизма. Четко установлено, что алкоголизм имеет тенденцию к семейной предрасположенности. До сих пор считается, что количество мужчин, страдающих алкоголизмом, больше, чем женщин, но это различие может отражать частично и тот факт, что женщины легче могут «скрывать» алкогольные проблемы.

7. Правильный ответ Г. Алкогольный галлюциноз обычно развивается у больных с физической зависимостью от алкоголя и возникает после длительного запоя. Через несколько дней после последнего приема алкоголя отмечаются яркие слуховые или зрительные галлюцинации, часто устрашающие по содержанию. Галлюцинации сохраняются от нескольких часов до недели, но у некоторых больных могут наблюдаться неделями и месяцами. Нарушения ориентировки, как при делирии, не наблюдается.

8. Правильный ответ В. Алкогольный делирий является наиболее тяжелым проявлением алкогольного абстинентного синдрома. У 5 % госпитализированных алкоголиков развивается алкогольный делирий во время лечения в стационаре. Клинически алкогольный делирий развивается на 2 - 7-й день после прекращения употребления алкоголя и характеризуется тахикардией, потливостью, гипертензией, спутанностью, бессонницей, зрительными иллюзиями или галлюцинациями и тремором. Алкогольный делирий чаще отмечается у людей с алкогольным стажем не менее 5 лет и частыми запоями. Первичная терапия обычно включает прием элениума в дозе 50-100 мг. Прекрасным вариантом реабилитации является Общество Анонимных Алкоголиков (АА).

9. Правильный ответ А. Алкогольный делирий может развиваться у человека, прекратившего пить после длительного запоя. Это гиперметаболическое состояние, сопряженное с тахикардией, гипертензией, лихорадкой и тремором. У больных нарушено сознание, они дезориентированы в месте и времени и часто испытывают зрительные, тактильные или обонятельные галлюцинации. Симптомы обычно выражены в течение 3-7 дней. При отсутствии лечения уровень смертности значителен.

10. Правильный ответ Д. Тревога или паника могут развиваться после употребления марихуаны. Это часто приводит к типичной тахикардии, а также бредовым идеям. При высоких

дозах может развиваться интоксикационный делирий, который манифестирует спутанностью, дезориентировкой, галлюцинациями, бредом и деперсонализацией. Хотя нарушения последовательности мыслей более характерны при злоупотреблении галлюциногенами, они также могут наблюдаться и при использовании марихуаны либо в течение нескольких дней, либо недель после последнего использования. Хронические психозы, вызванные употреблением марихуаны, редко встречаются, но они были описаны при длительном использовании больших доз очень активных видов марихуаны или гашиша.

11. Правильный ответ Д. Синдром отмены стимуляторов, таких, как кокаин и амфетамины, может развиваться постепенно или более остро, а феномен повышенной толерантности делает возможным развитие явлений абстиненции при продолжающемся приеме препарата пациентом. Типичные симптомы периода «ломки» (9 часов - 14 дней) включают мышечные боли, выраженное желание употребить препарат, возбуждение, снижение аппетита и, наконец, депрессию. Через некоторое время появляются утомляемость и бессонница, желание употребить препарат уменьшается и появляется чувство изнеможения. Вслед за этой фазой в течение последующих 1-10 недель отмечаются уменьшение депрессии и тяги к препарату, но наблюдается утомляемость, тревога и ангедония. Тяга к препарату часто сохраняется на протяжении длительного времени. Лечение заключается в резкой отмене стимулятора (а не постепенной) наряду с симптоматической терапией.

12. Правильный ответ В. Кофеин принадлежит к препаратам группы ксантинов. Он способен вызывать панику, тревогу и усугублять паническое расстройство и агорафобию. Период полураспада кофеина короткий и нарушения мышления при применении этого препарата не выявлены. Повышение толерантности и зависимость развиваются при хроническом использовании, а внезапная отмена приводит к быстрому появлению головной боли, мышечного напряжения, раздражительности, тревоги и утомляемости. Передозировка может наступить при употреблении большого количества кофе или приеме препаратов, содержащих кофеин. Симптомы передозировки включают гиперстимуляцию, шум в ушах, дереализацию и даже нарушения сознания и галлюцинации.

13. Все ответы верны. Клей является веществом, которым любят злоупотреблять дети и подростки. Интоксикация клеем может приводить к агрессивному поведению, галлюцинациям и амнезии острого периода. Другие летучие вещества, такие, как толуол, лаки и растворители красок, особенно опасны из-за риска повреждения тканей при повторном использовании. При передозировке может наступить смерть.

14. Правильный ответ А. Синдром отмены седативных препаратов представляет собой сочетание как соматических, так и психических симптомов. Пациенты часто жалуются на дисфункцию желудочно-кишечного тракта, мышечные боли и иногда - головные боли и недомогание. Наиболее частой реакцией со стороны вегетативной нервной системы являются учащение пульса и дыхания, лабильность артериального давления и гипертермия. Отмена барбитуратов связана с риском развития больших судорожных припадков.

15. Правильный ответ Б. Бензодиазепины лучше всего использовать для кратковременного лечения (от 2 до 4 недель). Они неэффективны при длительном применении и следует ожидать усиления симптоматики при прекращении приема препарата. Бензодиазепины, особенно диазепам, часто вызывают зависимость. Развитие физической зависимости связано с дозой препарата и длительностью его применения. Соматические симптомы абстиненции были описаны при дозах от 10 до 20 мг в сутки, применяемых в течение от нескольких недель до нескольких месяцев. У этой женщины, вероятно, имеется физическая зависимость и следует

учитывать возможность развития синдрома отмены. Психологическая зависимость сопровождается физической зависимостью.

16. Правильный ответ А. Хотя изначально клиницисты были обеспокоены возможностью развития привыкания и зависимости от бензодиазепинов, опыт показал, что риск этого осложнения не настолько высок. Смертельный исход при передозировке нехарактерен, кроме случаев, когда эти средства применялись в сочетании с другими препаратами, особенно седативными и алкоголем. Считается, что у больных алкоголизмом вероятность развития зависимости от этих препаратов выше.

### Рекомендуемая литература

- Андреев АС. Общая наркология//Общая психопатология: Пособие для врачей. 2-е изд. - Рост. н/Д., 1998. - С. 282-305.
- Даулинг С. (ред.). Психология и лечение зависимого поведения. Пер. с англ. - М., 2000.
- Джонсон В. Как заставить наркомана или алкоголика лечиться. Пер. с англ. - М., 2000.
- Ерышев О.Ф. и др. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. - СПб., 2002.
- Каменская А. И., Радченко А.Ф. Современная психотерапия и лечение зависимостей // Методы современной психотерапии. Учебное пособие. - М., 2001. - С. 333-386.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. - М. - Екатеринбург., 2000.
- Короленко Ц.П., Донских Т.Д. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире. - Новосибир., 1990.
- Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учебное пособие. - Рост. н/Д., 2000.
- Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. - М., 1994.

### Дополнительная литература

- Агеев М. Роман с кокаином. - М., 1998.
- Александров А.А., Александрова В.Ю. Курение и его профилактика в школе. - М., 1996.
- Андерсон П. Пути решения проблем, связанных с употреблением алкоголя. - СПб., 1995.
- Бабаян Э.А., Гогопольский М.Х. Наркология: Учебная литература для студентов медицинских институтов. - М., 1987.
- Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. - М.-СПб., 1998.
- Березин С.В. и др. Психология ранней наркомании. - Самара, 1997.
- Бехтель Э.В. Донозологические формы употребления алкоголя. - М., 1986.
- Билибин Д.П., Дворников В.Е. Патологическая физиология алкогольной болезни и наркоманий. - М., 1991.
- Битенский В.С. и др. Наркомании у подростков. - К., 1989.
- Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости™. Пер. с англ. - М., 1997.
- Бокий И.В., Цыцарев С. В. Патологическое влечение к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии: клинико-психологический анализ // Ремиссии при алкоголизме. - Л., 1987.
- Бокий И.В., Цыцарев С.В. Групповая психотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях// Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. - Л., 1982.
- Болотковский И.С. Наркомании. Токсикомании. - Казань, 1989.
- Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. - М., 1984.
- Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. - М., 2000.
- Вайсов С.Б. Гештальт-подход в психотерапии больных наркоманиями //Журн. практич. психолога, 2000. - №3-4. - С. 117-125.



Валентик Ю.В. и др. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. - М., 1997.

Вернадо М. Злоупотребление алкоголем - алкогольная зависимость. Злоупотребление медикаментами - медикаментозная зависимость. Злоупотребление наркотиками - наркотическая зависимость// Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Пер. с нем. - М., 1999. - С. 204-225.

Воронович Б.Т. Алкоголизм: природа, лечение, выздоровление. - М., 1999.

Гребенюк А.А. Особенности «наркоманического» патопсихологического синдрома и способ его диагностики //Журн. прашкующ. психолога. - К., 1999. - № 5. - С. 76-92.

Гребенюк А. Психологическая зависимость от психоактивных веществ. Модель, принципы и методы терапии // Моск. психотер. журн., 1999. - № 3-4. - С. 115-132.

Григорьев Г.И., Кузнецов О.Н. Массовые эмоционально-хтетические методы психотерапии как этап анонимного лечения хронического алкоголизма // Веста, гипнологии и психотер., 1991. - № 1. - С. 8-11.

Гросс М. Психологические аспекты синдрома алкогольной зависимости // Нарушения, связанные с потреблением алкоголя. - Женева, ВОЗ, 1978. - С. 7-25.

Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф. Современная тенденция создания терапевтических программ в наркологии // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. - Л., 1989. - С. 7-11.

Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. - Л., 1988.

Гузиков Б. М. и др. Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме // Метод, рек. - Л., 1980.

Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. - М., 1980.

Данилин А. Кокаин, первитин и другие психостимуляторы. - М., 2000.

Данилин А., Данилина И. Героин. - М., 2001 а.

Данилин А, Данилина И. Как спасти детей от наркотиков. -М.,2001 б.

Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. Учебное пособие по психиатрии и психотерапии. Пер. с нем.-СПб., 1997.

Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя. - К., 1993.

Еникеева Д. Доктор, научите меня пить умеренно. - М., 2000.

Еникеева Д.Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. Учебное пособие. - М., 1999.

Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. - СПб., 1996.

Завьялов В.Ю Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. - Новосибир., 1988.

Зеневич Г.В., ЛибихС.С. Психотерапия алкоголизма. -Л., 1965.

Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Психотерапия зависимостей. Метод сказкотерапии. - СПб., 2001.

Зобнев В.М. О преемственности стационарной и поддерживающей групповой психотерапии больных алкоголизмом // Вопросы реабилитации больных алкоголизмом. - К., 1981. - С. 136-138.

Иванец Н.Н.(ред.). Лекции по наркологии. - 3-е изд. - М., 2001.

Ковалев С.В. Семь шагов от пропасти: НЛП-терапия наркотических зависимостей. - М., 2001.

Колесников А.Н. Наркомания в России: состояние, тенденции, путь преодоления // Безопасность. Инф. сб. - М., 1998. -№11.

Колесов Д. В. Антинаркотическое воспитание. Учебное пособие. - 3-е изд. - М. - Воронеж, 2001.

Колесов Д.В. Предупреждение вредных привычек у школьников. - 2-е изд. - М., 1999.

Колупаев Г.П., Лукомский М.И. Методическое руководство по лечению больных алкоголизмом.-М., 1991.

Колупаев Г.П. и др. Методическое руководство для врачей по наркоманиям (клиника, диагностика, профилактика). - М., 1991.

Королев С.Ю. Как избежать алкогольного срыва. - М., 2000.

Круглянский В.Ф. Наркомании и токсикомании у подростков. - Мн., 1989.

Крупницкий Е.М., Гриненко А.Я. Стабилизация ремиссий при алкоголизме. - СПб., 1996.

Курек Н.С. Нарушение психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте. - СПб., 2001.

Легальные и нелегальные наркотики: Практическое руководство по проведению уроков профилактики среди подростков в двух частях. - СПб., 1996.

Лукачер Г.Я., Макшанцева Н.В. Характеристика подростков, злоупотребляющих наркотическими и токсикоманическими средствами (клинико-социологическое исследование) // Журн. невроп. и психиат. им. С.С. Корсакова, 1989. - № 8. - С. 117-121.

Люрссен Э. Проблема наркомании с точки зрения современного психоанализа // Энциклопедия глубинной психологии. 1.2. Пер. с нем. - М., 2001. - С. 103-133.

Маккена Т. Пища Богов//Архетип, 1995. - № 2. - С. 108-124.

Морозов Г.В., Боголепов Н.Н. Морфинизм. - М., 1984.

Москаленко В.Д. Жены/больных алкоголизмом//Вопр. психол., 1991. -№5. -С. 91-98.

Москаленко В. Зависимость: семейная болезнь. - М., 2002.

Москаленко В.Д. Ребенок в «алкогольной» семье // Вопр. психол., 1991. - № 4. - С. 65-74.

Наркологическая помощь населению Российской Федерации. 1991 -1997 гг. - М., 1998.

Наркология / Ред. Л.С. Фридман и др. - М. - СПб., 1998.

Наркомания в России; вызов национальной безопасности. - М., 1997.

Негерш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопр. наркол., 1999. - № 2.

Никитин Ю.И. Профилактика и лечение алкоголизма. - К., 1990.

Патологические формы девиантного поведения у подростков (психиатрический и наркологический аспекты). Сб. ст.-М., 1991.

Позднякова М.Е.(ред.). Наркомания как форма девиантного поведения. - М., 1997.

Попов Ю.В. Особенности психотерапии при ранней алкоголизации и токсикоманическом поведении подростков с психопатическими расстройствами // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. -Л., 1989.

ПортновАА, Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. - Л., 1971.

Приказ МЗ РФ № 68 от 22.02.96 г. «Об исполнении Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотребления наркотиками и их незаконному обороту». - М., 1996.

Проценко Е.Н. Наркотики и наркомания. - М., 1999.

Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического исследования). - Самара, 1998.

Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. - М., 1988.

Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. -Л., 1975.

Пятницкая И.Н. и др. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма. - М., 1977.

Россохин А.В. Психоаналитические аспекты зависимого поведения /на примере психотерапии наркомании // Проблемы профилактики и терапии наркомании. - Самара, 1997. - С. 56-81.

Сердюкова Н.Б. Наркотики и наркомания. - Рост. н/Д., 2000.

Симонова Е.М. Некоторые особенности психотерапии семей с химической зависимостью// Моск. психотер. журн., 2001.-№3.-С. 162-171.

Смит Энн У. Внуки алкоголиков. Проблемы созависимости в семье. Пер. с англ. - М., 1991.

Современные проблемы пограничных и аддитивных состояний. - Томск, 1996.

Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. - М., 1973.

Трайнина Е. Г. Диагностика и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманиями // Метод, рек. - М., 1987.

Трайнина Е.Г. Наркологические аспекты суицидологии // Метод, рек. - М., 1990.

Ураков И.Г. и др. Антиалкогольная политика и ее результаты в странах мира на современном этапе // Вопр. психол., 1990.-№ 2.

Фридман Л.С. и др. Наркология. - М.-СПб., 1998.

Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. - СПб., 1998.

Шабанов П.В., ШтакельбергО.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. - 2-е изд. - СПб., 2001.

Шихирев П.Н. От терапии личности к терапии социальной среды: Эволюция подходов к решению проблемы алкоголизма в США// Психол. журн., 1987. - Т. 8. - № 5. - С. 28-38.

Шмидт Р. Болезни зависимости: сущность и причины // Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Пер. с нем.-М., 1999.-С. 192-204.

Эйдемиллер Э.Г., Юстицис В. Психология и психотерапия семьи. 3-е изд. - СПб., 2002.

Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. - М., 1990.

## Глава 14

# ОРГАНИЧЕСКИ И СОМАТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА

## Синдромы нарушенного сознания

Ясным сознанием считается состояние, в котором субъект способен правильно ориентироваться в собственной личности (аутопсихически), а также месте, времени, ситуации, окружающих лицах (аллопсихически, от греч. αλλοζ - другой).

К. Ясперс выделил общие признаки расстройства сознания: больной отрешен от действительности, дезориентирован, мышление и речь резко расстроены, нарушена память.

По динамике различают пароксизмально и непароксизмально возникающие нарушения сознания, по структуре - выключение и помрачение сознания.

К непароксизмальным помрачениям сознания относятся онейроид, делирий, аменция.

## Онейроид

Онейроидное (сновидное, от греч. ονειροζ - сновидение) помрачение сознания в своем развитии проходит 6 этапов.

1. Инициальный этап с преобладанием вегето-висцеральных и эмоциональных гиперестетических расстройств.
2. Этап бредового аффекта (картина острого параноида).
3. Этап аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации: субдепрессия и гипомания с интерметаморфозом, бредом значения, двойной ориентировкой и чувственно-бредовой деперсонализацией.
4. Этап фантастической аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации (с парафренизацией симптоматики, грезоподобным мышлением на фоне экзальтированной депрессии или мании, кататоническим налетом психомоторных расстройств).
5. Этап иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации (с преобладанием психотической ориентировки, дезориентировки во времени, перевоплощением в другое существо, резкой лабильностью и поляризацией аффективных расстройств). Характерна визуализация фантастической бредовой продукции со сценородными псевдогаллюцинациями, изменчивостью фабулы, преобладанием символики в мышлении, непоследовательной выспрненной речью; выражено кататоническое торможение или возбуждение.
6. Этап истинно онейроидного помрачения сознания: полная отрешенность от окружающего, полное погружение в мир чувственных фантазий с утратой своего я, крайняя интенсивность аффективных расстройств, фантастический чувственный бред, разорванная речь, пери-

оды мутизма. Максимально выражены кататоническая и вегето-висцеральная симптоматики с лихорадкой, отмечается амнезия на реальные события и свое поведение.

В зависимости от преобладания ведущей симптоматики выделяют такие формы онейроида, как аффективно-онейроидный, онейроидно-бредовой и кататонно-онейроидный синдромы.

## Делирий

Делириозное (от лат. йеИгшт - безумие) помрачение сознания протекает в 3 этапа.

1-й этап - инициальный (*пределирий*)! кошмарные сновидения, психическая гиперестезия, болтливость.

2-й этап - иллюзорных расстройств: добавляются периоды аллопсихической дезориентировки вечером и ночью, зрительные иллюзии, гипнагогические зрительные галлюцинации. Если состояние самокупируется, делирий называется *абортивным*.

3-й этап - истинных галлюцинаций, истинный делирий. Больной становится заинтересованным зрителем разворачивающихся перед ним галлюцинаторных картин, развиваются аллопсихическая дезориентировка, образный чувственный бред, напряженный лабильный аффект и психомоторное возбуждение с экспрессивной мимикой и непоследовательной ускоренной речью. На высоте состояния появляются слуховые, обонятельные, галпические (ощущения схватывания кем-то, от греч. παρΙσοζ - хватательный) галлюцинации.

Особо тяжелое заболевание приводит к *мусситирующему (бормочущему) делирию* (от фр. тоизег - пениться). Для него характерны тотальная дезориентировка, фрагментация и обеднение зрительных галлюцинаций, расторможенность, отрешенность, бессвязное тихое бормотание, бессмысленное однообразное возбуждение в пределах постели. Наблюдаются стереотипные обирающие движения, тактильные и ротоглоточные галлюцинации («нити» во рту и т. п.), нейровегетативные нарушения.

## Аменция

Аментивное нарушение сознания (аменция, лат. безумие) - наиболее глубокое непароксизмальное помрачение сознания, протекает в два этапа.

1-й этап - предвестников: характерны астения, отвлекаемость, истощаемость внимания, ускоренная сбивчивая речь, эмоционально-гиперестетические расстройства.

2-й этап - со спутанностью. Отличается невозможностью психического синтеза, грубой тотальной дезориентировкой, гиперметаморфозом (повышенная отвлекаемость с растерянностью), инкогерентностью (речевое возбуждение, скачка идей и «словесный салат») и эмоциональной лабильностью. Отмечаются образно-чувственный, фрагментарный, изменчивый по содержанию бред, хаотичная деятельность до яктации (стереотипное раскачивание и т. п.), а также бессонница и быстрое психофизическое истощение.

Непароксизмальные выключения сознания объединяют оглушение, сопор и кому. *Оглушение* характеризуется повышением порога ко всем раздражителям и обеднением психической деятельности. Больные как будто дремлют, они аспонтанны, их движения замедлены, они с трудом дают односложные ответы на простые вопросы, задаваемые громким голосом. Легкой степенью оглушения является *обнубиляция* (затуманенность сознания), глубокая сомнолентность при оглушении предшествует переходу его в сопор.

При *сопоре* (лат. оцепенение, сон) сохраняются простые психические реакции на внешние воздействия, при *коме* (греч. спячка) и они исчезают, нарушается дыхательная и сердечно-сосудистая деятельность, тазовые функции.

**Пароксизмальные помрачения сознания** включают сумеречные и особые состояния сознания. Выделяют два варианта сумеречных состояний сознания: классическое и с автоматизмами.

**Классическое сумеречное состояние сознания:** глубокая дезориентировка с неукротимой яростью, направленной на узкий круг лиц, яркие галлюцинаторные и иллюзорные переживания, чувственный бред, импульсивное возбуждение, бессвязная речь; через несколько минут состояние прекращается с полной амнезией. Выделяют три варианта синдрома: ориентированное сумеречное состояние сознания («амок»), бредовой вариант сумеречного состояния сознания, неистовое галлюцинаторное возбуждение.

**Сумеречное состояние сознания с автоматизмами.** По характеру автоматизмов эти состояния делятся на три формы: сумеречные состояния сознания с амбулаторными автоматизмами (бессмысленное многократное повторение двигательного акта); транс (сложные, внешне упорядоченные перемещения); fuga (кратковременная импульсивная пробежка). Сумеречные состояния, развивающиеся во время сна, называют сомнамбулизмом, снохождением, лунатизмом.

**Особые состояния сознания (аура сознания):** аллопсихическая дезориентировка, обильные психосенсорные нарушения, деперсонализация-дереализация, яркие истинные галлюцинации, чувство экстаза с застыванием, сменяющееся страхом с тревожным возбуждением, острый чувственный бред, отражающий содержание галлюцинаций. По выходе воспоминания о психопатологических переживаниях сохраняются отчетливо, о реальных событиях - частично. Выделяют три формы ауры сознания: психосенсорную, галлюцинаторную и аффективную.

## Парамнестические синдромы

Включают корсаковский синдром, конфабулез и синдром насильственных воспоминаний.

**Корсаковский синдром:** наблюдается фиксационная и антероградная амнезия. При фиксационной амнезии теряется способность запоминать текущие события, что приводит к амнестическому дезориентировке в месте и времени. При антероградной амнезии не запоминаются впечатления, следующие за острым периодом болезни. (При ретроградной амнезии не воспроизводится доболезненный период; сочетание ретроградной и антероградной амнезии называется тотальной амнезией.) Характерны парамнезии: псевдореминесценции, криптомнезии, конфабуляции.

**Псевдореминесценции («иллюзии памяти»)** - воспоминания переносятся в настоящее, вплоть до «до жизни в прошлом» (экмнезии) с незнанием себя реального в зеркале.

**Криptomнезии** - отсутствие различия между событиями, произошедшими в реальности и увиденными во сне, прочитанными, услышанными; присвоение содержания воспоминаний (патологический плагиат) или отчуждение (противоположный феномен).

**Конфабуляции («галлюцинации памяти»)** - яркие фантазии с патологической убежденностью в их истинности, которые могут заполнять провалы памяти и иметь нелепый характер.

При корсаковском синдроме наблюдаются также анозогнозия (отсутствие понимания собственной болезни), ошибки суждения, шаблонность мышления и речи при достаточной ситуационной сообразительности, а также аффективные и двигательные расстройства: эйфория, вялость и др.

При хроническом течении развивается прогрессирующая амнезия: распад памяти в порядке, обратном ее формированию (по закону Рибо): забывчивость - фиксационная амнезия - снижение памяти на все более ранние события, сведения. Отношения, навыки, вплоть до апраксии (греч. бездействие).

**Конфабулез:** множественные фантастические конфабуляции с изменчивой фабулой, переоценка собственной личности, эйфория, монотематический чувственный бред, определяющий поведение.

**Синдром насильственных воспоминаний** - пароксизмально возникающее состояние непроизвольных воспоминаний, которые выражаются в словах, символах, абстракциях. Текущие события почти не запоминаются.

## Судорожный и психоорганический синдром

**Большой судорожный припадок** (фр. grand mal) возникает молниеносно (может предшествовать аура), сознание выключается до уровня комы. До 1 мин. длятся тонические судороги, затем до 3 мин. - клонические (Мопоз - движение, греч.). Возможны прикус языка, пена изо рта, непроизвольное мочеиспускание. Затем сознание проходит через сопор - сомнолцию - оглушение и обнуляцию. Может развиваться сумеречное помрачение сознания. Период припадка полностью амнезируется. Различают развернутый (генерализованный) судорожный припадок и abortивный, при котором отсутствует клоническая (иногда тоническая) фаза, прикус языка и мочеиспускание.

**Малый судорожный припадок** (фр. petit mal) встречается в двух формах: абсанс (больной застывает на несколько секунд с выключенным сознанием, возможно «поклевывание» - падение головы вперед) и миоклонический малый припадок с ритмичным подергиванием мышц конечностей и лица.

Встречаются также пропульсивные, ретропульсивные и латеропульсивные припадки с движениями головы и туловища в соответствующие стороны (лат. pro - вперед, re - назад, la - вбок, ri - толчок). Припадки могут следовать один за другим в виде серии (с прояснениями сознания) и статуса (без прояснения сознания).

**Психоорганический синдром** характеризуется сочетанием стойких неврологических и психопатологических симптомов. К последним относятся разнообразное аффективное расстройство, нарушения внимания и памяти, тугоподвижность мышления, волевое снижение, психопатоподобное поведение, ухудшение работоспособности, биологической и социальной адаптации. Больные плохо переносят ухудшение погоды, духоту, езду на транспорте, алкоголь, психогении. Нередко наблюдаются вегето-висцеральные расстройства, сенестопатии, однообразные слуховые галлюцинации обыденного содержания, сверхценные идеи (сутяжнические, ипохондрические).

Различают 4 формы (этапа) психоорганического синдрома:

1. астеническая (преобладает истощаемость психических процессов, эмоциональная гиперестезия с раздражительностью, явлениями дереализации);
2. эксплозивная (брутальность с дисфориями, слабодушие, детализация, дисмнезия, возможны нозофобии);
3. эйфорическая (снижение критики к своему состоянию, ухудшение сообразительности, благодушие, прерывающееся гневными взрывами с последующими слезами);

4. апатическая (безразличие, ослабление активного внимания и памяти, аспонтанность, гиподинамия, резкое снижение круга интересов).

Выделяют *лобный синдром*, безразличие, бестактность, отсутствие предвидения, возможна эйфория, пошлые остроты, гиперсексуальность.

## Эпилепсия

Клинические проявления эпилепсии объединяются следующим образом: припадки, психические эквиваленты припадков, изменения личности. Припадки бывают большие и малые, они могут быть серийными и переходить в эпилептический статус, опасный для жизни из-за отека мозга. Однако и одиночный припадок опасен из-за возможности травм и асфиксии (удушения) при западении языка. Бывают случаи эпилепсии без судорожных припадков (замаскированная, скрытая эпилепсия); встречаются абортивные припадки (ограничивающиеся, например, только аурой). Выделяют генерализованные, фокальные, малые бессудорожные, вегетативно-висцеральные припадки.

*Эквиваленты* припадков могут проявляться в форме дисфорических приступов, длящихся от нескольких часов до нескольких дней, нередко с присоединением страха, ипохондрических бредовых идей. У некоторых больных развиваются дипсомания и дромомания. Наблюдаются также сумеречные расстройства сознания с устрашающими зрительными и слуховыми галлюцинациями и галлюцинаторным бредом преследования или величия. Эти состояния сопровождаются выраженной агрессией, тенденцией к насилию и жестоким убийствам, о которых больные потом не помнят. Встречаются также эпилептоидный онейроид и хронические эпилептические психозы (депрессивный, маниакальный, шизоэпилепсия).

Для *височной* (по локализации очага) эпилепсии характерны состояния амбулаторного автоматизма с упорядоченным поведением, но без полного осмысления ситуации. Такие состояния называются также психомоторными припадками, они длятся от нескольких минут до нескольких дней и заканчиваются полной амнезией (ночной вариант - сомнамбулизм или лунатизм, который может быть, однако, и истерическими сумерками, и частичным сном).

*Изменения личности*: у больных сужается круг интересов, нарастают эгоизм, злопамятность и мстительность, которые маскируются навязчивой слащавостью; при этом больные легко переходят из одной крайности в другую. Характерно сочетание аффективной ригидности (вязкости) и эксплозивности (взрывчатости), дефензивных (избегающих) и brutальных (грубых, жестких) черт, безостановочной однонаправленной деятельности и легкой эмоциональной истощаемости.

Фон настроения напряженно-дисфорический, больные нетерпеливы и крайне нетерпимы к мнению окружающих, учат всех правилам и порядку, чрезвычайно требовательны и упрямы, прилипчивы и ревнивы. Мышление становится инертным, прямолинейным, авторитарным, конкретно-описательным, с детализацией, склонностью к сверхценным образованиям. Постепенно появляется олигофазия (обеднение словарного запаса), склонность к уменьшительным словам, нарастает своеобразное эпилептическое слабоумие.

При эпилепсии сна (с ночными припадками) и височной эпилепсии отмечаются диспастические особенности в строении лицевого черепа, в личности преобладают тормозимые и психастенические черты личности - так называемый *энехетический тип*.

Эпилепсия пробуждения и *пикнолепсия* (мгновенная потеря сознания у детей с застыванием, запрокидыванием головы и закатыванием глаз, бледностью и слюнотечением) уклады-

ваются в картину *генуинной (лат. врожденной) эпилепсии*. Для нее характерны мускульный тип телосложения и черты возбудимости: безудержность, легкомыслие, нетерпеливость, хватливость до псевдоглигии, внушаемость.

*Этиопатогенез*. При генуинной эпилепсии отмечается характерная семейная конституция: атлетическое телосложение, импульсивный темперамент, склонность к вегетативной лабильности, непереносимость алкоголя. В психодинамическом подходе акцент делается на патологической переработке агрессивных импульсов.

Чаще всего эпилепсия возникает при сочетании наследственного предрасположения с дополнительными вредностями, обычно экзогенными. Последние могут быть причиной *симптоматической эпилепсии* (нейротравмы, нейроинфекции, опухоли, алкоголизм).

Причиной эпилептического приступа считается деполяризация нейронов, их сверхвозбудимость и гиперсинхронизация, что проявляется на ЭЭГ в виде пароксизмов медленных ритмов и характерных комплексов «пик - волна».

*Лечение*. Больным запрещается вождение транспортных средств, работа около движущихся механизмов, на высоте, у огня и воды. Ограничивается потребление воды (и в связи с этим острой и соленой пищи), назначается молочно-растительная диета с исключением алкоголя, кофе и крепкого чая.

Во время припадка надо подложить под голову подушку, между зубами вставить ложку, обернутую тканью. Эпи-статус купируют внутривенным вливанием седуксена или внутримышечным введением гексенала.

Больной должен регулярно принимать подобранные противосудорожные средства (люминал, бензонал, гексамидин, дифенин, финлепсин, триметин, пикнолепсин и др.), при резкой их отмене возможно учащение припадков. При исчезновении пароксизмов дозу препаратов уменьшают через два года; полностью прекращают лечение (очень постепенно) через 5 лет.

Необходимо помочь больному общественно полезно реализовать свою авторитарность, научить его на первых порах хотя бы притворяться благодарным людям за их помощь, проявлять участие к переживаниям других. Следует посоветовать больному заботиться о животных, растениях, изучать свое прошлое, родословную (если есть интерес к чему-то из перечисленного). Ни в коем случае нельзя идти на конфронтацию с больным.

## Психические нарушения при поражениях ц. н. с.

Психические нарушения при *черепно-мозговых травмах* делят в соответствии с этапами динамики.

1. Начальный период - выключено сознание.
2. Острый период - наблюдаются психозы и помрачение сознания: делириозное, эпилептиформное, сумеречное.
3. Поздний период - развиваются подострые и затяжные травматические психозы, которые могут принимать рецидивирующее и периодическое течение.
4. Отдаленный период - формируются различные варианты психоорганического синдрома в рамках травматической церебрастении и энцефалопатии.

*Острые травматические психозы* развиваются по выходе из бессознательного состояния и могут проявляться различными состояниями измененного сознания. Для травматического делирия характерны вегетативные расстройства, возможно эпилептиформное возбуждение и припадки, галлюцинозы, корсаковский синдром.

*Травматический периодический (аффективный) психоз* возникает через несколько недель после перенесенной черепно-мозговой травмы и провоцируется дополнительной экзогенной вредностью. Наблюдаются аффективные и бредовые расстройства, характерны конфабляции, быстрая истощаемость, дисфории.

*Травматическая церебрастения* наблюдается в двух вариантах: с преобладанием раздражительности или истощаемое™ и адинамии. Выражены вегетативные расстройства, ригидность нервных процессов, снижение работоспособности; часто наблюдаются неврозоподобные реакции (фобические, истерические, тревожные, субдепрессивные).

*Травматическая энцефалопатия* может быть с преобладанием психопатизации (по истерическому и эксплозивному типу) или апатии. Интеллектуально-мнестические расстройства негрубые, но продуктивная деятельность затруднена из-за аффективной лабильности, ригидности мышления, застреваемости, снижения мотивации. Наблюдаются истерические и эпилептиформные припадки - первые во время аффективных реакций, вторые - при алкоголизации и других экзогенных вредностях (травматическая эпилепсия).

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы (через несколько лет) наблюдаются так называемые эндоформные психозы (депрессивные, аффективно-бредовые, галлюциаторно-бредовые, паранойяльные) и травматическое слабоумие с дисмнестическими расстройствами, снижением уровня интересов, вялостью, слабодушием.

Психические нарушения при **сосудистых заболеваниях** головного мозга (чаще всего при атеросклерозе сосудов головного мозга и гипертонической болезни) делятся на следующие группы:

А) нарушения непсихотического уровня в виде астенического, неврозоподобного, дисфорического синдромов;

Б) сосудистые психозы с различными вариантами помрачения сознания, галлюциаторными, параноидными и аффективными расстройствами;

В) сосудистая деменция - дисмнестическое (лакунарное, парциальное) слабоумие, корсаковский синдром.

При **опухолях** головного мозга наиболее частым нарушением является нарушение сознания от обнубиляции до комы. Нарушаются память и ориентировка. Развивается апатия, утрачивается способность к суждениям, появляется склонность к нелепым шуткам. Отмечаются припадки, многообразные обманы чувств, нарушение схемы тела, вестибулярные и деперсонализационные расстройства; в ряде случаев развивается корсаковский синдром.

Клинические проявления зависят также от локализации опухоли. Височные опухоли сопровождаются неприятными вкусовыми, обонятельными и зрительными галлюцинациями, делириозными и онейроидными состояниями. Опухоли затылочной области вызывают элементарные зрительные галлюцинации, теменной области - нарушения восприятия собственного тела. При опухолях гипофиза появляются расстройства сна и бодрствования, терморегуляции, развивается булимия и сексуальные нарушения.

## Психические нарушения при общих и мозговых инфекциях

Данные нарушения протекают в следующих клинических формах:

- транзиторные психозы (делирий, аменция, оглушение, сумеречное помрачение сознания с эпилептиформным возбуждением и онейроидом);

- затяжные (протрагированные, пролонгированные) психозы без нарушения сознания (галлюциноз, галлюциаторно-параноидный синдром, апатический ступор, конфаблез);
- необратимые психические расстройства с признаками органического поражения ц. н. с. (корсаковский, психоорганический синдром).

При тяжелой форме скарлатины, кори, свинки возможны делирий и онейроид, при гриппе и пневмонии могут развиваться делириозные эпизоды. Ревматические психозы характеризуются онейроидными расстройствами, депрессией с приступами тоски, тревоги, страха.

Картина психических расстройств при **энцефалитах** складывается из острых психозов с помрачением сознания, аффективными нарушениями, галлюцинациями, бредом кататоноподобными проявлениями, а также психоорганического и корсаковского синдромов.

При **менингите** наблюдается оглушение с делириозно-онейроидными эпизодами, деперсонализацией-дереализацией, ложным узнаванием близких.

При **сифилисе мозга** наиболее часто встречается апоплектиформная (от «апоплексический удар», инсульт) картина с частыми инсультами и разнообразными обширными неврологическими расстройствами. Характерны головная боль, головокружение и снижение памяти. Больные становятся раздражительными, придирчивыми, слабодушными. Отмечаются эпизоды сумеречного помрачения сознания, постепенно нарастает дисмнестическое слабоумие. Встречается также галлюциаторно-параноидная форма со слуховыми галлюцинациями и бредом преследования малого размаха.

**Прогрессивный паралич**, поздняя форма нейролюэса (нейросифилиса), в своем течении проходит три этапа: неврастенический, период расцвета болезни и маразматический. На втором этапе наблюдаются колебания аффекта, галлюциаторно-бредовые расстройства, неврологические нарушения и нарастающее мнестико-интеллектуальное снижение. Характерны эйфория, анозогнозия и сексуальная расторможенность. Последняя стадия в настоящее время почти не встречается, превалирует дементная форма.

**СПИД** за разнообразие психических расстройств заслужил название психиатрической энциклопедии. У 60-90 % заболевших он поражает головной мозг с быстрым нарастанием деменции. Уже на ранних этапах развивается тревожно-тоскливая депрессия с суицидальными попытками, навязчивым страхом смерти, дисфориями; возможны эпилептиформные припадки. Наблюдаются эпизоды тревожной ажитации, паники, а также чувства безысходности и гнева, нередко направленного на врачей. Затем в течение нескольких недель или месяцев у больных нарастает слабодушие, учащаются периоды помрачения сознания, припадки, появляется недержание мочи и кала, наступает кома и смерть.

## Соматогенные психические расстройства

Для соматогенных психических расстройств характерна **квадриада К. Шнайдера**:

1. наличие выраженных соматических расстройств;
2. связь во времени между соматическими и психическими нарушениями;
3. параллелизм в течении психических и соматических расстройств;
4. возможность появления органической симптоматики.

Соматогенные психические расстройства ограничены определенным кругом патологических состояний: астенические, неврозоподобные, бредовые, состояния помраченного со-

знания. Терапия этих состояний направлена на основное заболевание и проводится в стационаре соответствующего профиля с привлечением психиатра. При развитии острого психического возбуждения больной переводится в бокс с круглосуточным наблюдением или в психосоматическое отделение (ПСО).

Психические нарушения при ХИБС (*стенокардии*). Во время приступа наблюдается страх либо неподвижность, между приступами - кардиофобия, гипотимия, эмоциональная лабильность, тревожность, раздражительность, тревожные сновидения, астенические и истерические реакции. Для инфаркта характерна астеническая симптоматика, в остром периоде может возникнуть помрачение сознания от обнубиляции до комы. Во время болевого приступа инфаркта развивается страх смерти, чувство безнадежности, гиперестезия; может возникнуть раптус с суицидальными действиями или эйфория с анозогнозией и повышенной двигательной активностью, приводящей к повторному инфаркту. При безболевого инфаркте остро развивается тревожно-тоскливая депрессия, напоминающая витальную.

При выраженном *тиреотоксикозе (токсическом зобе)* наблюдается эмоциональная лабильность со слезливостью, раздражительностью, обидчивостью, суетливостью. Отмечается рассеянность, повышенная утомляемость, гиперестезия, тревожный сон. Могут развиваться фобии, идеи ревности, тревожно-ипохондрическая депрессия, зрительный галлюциноз и бредовые состояния. При затяжной форме болезни могут появиться интеллектуально-мнестические расстройства.

*Сахарный диабет* сопровождается астенической симптоматикой, возможны психопатоподобные расстройства. По мере утяжеления заболевания нарастают явления психоорганического синдрома, присоединяются дистимия, апатия, адинамия.

## Психические расстройства позднего возраста

Различают функциональные психические расстройства позднего возраста, сенильные (старческие) и пресенильные деменции. Функциональные расстройства включают климактерические неврозоподобные состояния и функциональные психозы позднего возраста.

Климактерические неврозоподобные состояния наблюдаются в различных вариантах.

А. Астеновегетативный синдром: повышенная утомляемость, «приливы» и обмороки, колебания аппетита, либидо и артериального давления, тревожный сон.

Б. Эмоциональные расстройства: субдепрессия, немотивированные колебания настроения от тревоги, уныния, раздражительности к неумеренной веселости, экзальтации.

В. Сенестопатически-ипохондрические нарушения: опасения за здоровье, которые могут приобретать навязчивый характер.

Г. Истероподобные расстройства: спазмы в горле, внутренняя дрожь, «ватность» конечностей, затруднения в речи при волнении. Обидчивость, капризность, приступы рыданий, демонстративность.

Часто картину неврозоподобных нарушений дополняют тревожно-пессимистические переживания по поводу начавшегося увядания, неблагоприятных изменений внешности, снижения сексуальной привлекательности.

Функциональные психозы позднего возраста включают инволюционную депрессию и инволюционный параноид. *Инволюционной депрессии (меланхолии)* свойственно сочетание тревожно-депрессивного аффекта с речевым и двигательным беспокойством, доходящим до ажитации. Может быть бред несправедливого обвинения больного окружающими, преследо-

вания, ущерба, ревности, отравления, ипохондрический - в позднем возрасте в структуре нигилистического бреда Котара.

*Инволюционный параноид*. Возникает и постепенно усиливается недоверчивость, появляются идеи плохого отношения к себе со стороны родственников, соседей. Эти переживания трансформируются в интерпретативный бред, который отличается мелкомасштабностью, конкретностью и правдоподобием. Особенно характерен бред ущерба, могут быть также идеи отравления, ревности, ипохондрические. Наблюдается тревожная угнетенность или приподнятый, «боевой» настрой. Больные требуют защиты у административных органов, обращаются за помощью в различные общественные организации.

*Пресенильная деменция* (обычно генетическое заболевание) чаще встречается в двух формах, в возрасте 55-60 лет. Болезнь Альцгеймера начинается с мнестических расстройств, в течение нескольких лет полностью опустошаются запасы знаний и умений. В отличие от старческой деменции не характерны конфабуляции и сдвиг ситуации в прошлое. Нарушения мышления нарастают параллельно с расстройствами памяти и довольно быстро приводят к полной интеллектуальной беспомощности. На начальной стадии сохраняется сознание болезни, которое сопровождается тревогой и растерянностью; затем оно исчезает, сменяясь полным равнодушием. Расстраиваются речь, чтение, письмо, счет, гнозис и праксис. Больные молча лежат, т. к. разучиваются говорить, ходить, вставать, садиться. В раннем периоде бывают мелкомасштабные идеи ущерба, отравления, ревности, реже - галлюциноз; у многих отмечаются эпилептиформные припадки.

Болезнь Пика. На начальной стадии преобладают эмоционально-волевые нарушения, особенно характерна аспонтанность, реже развивается псевдопаралитический синдром с эйфорией, расторможенностью, анозогнозией. Интеллектуальная недостаточность преобладает над расстройствами памяти, при этом наиболее выражены расстройства речи с типичным «стоячим симптомом» (бессмысленное повторение одних и тех же словосочетаний и слов). Позднее наступает мутизм, у части больных развивается маразм.

*Сенильная деменция (старческое слабоумие)* обычно развивается в возрасте старше 65 лет, от естественного старения отличается большей выраженностью, утрированностью, быстрым прогрессированием. На раннем этапе заостряются, а затем нивелируются индивидуальные личностные особенности. Растормаживаются низшие влечения, появляются эгоизм, жадность, угрюмая раздражительность. Неуклонно нарастает и вскоре выступает на первый план мнестико-интеллектуальная недостаточность, приводящая к полной дезориентировке, до неузнавания себя в зеркале. Проблемы в памяти заполняются конфабуляциями. Больные перестают понимать происходящее, их речь превращается в бессмысленную болтовню. Некоторые живут в прошлом с регрессом возраста и ложными узнаваниями. Днем больные спят, ночью бесцельно бродят; нередки ночные делирии с ложной ориентировкой, попытками ухода. Больные становятся беспомощными, теряют ориентировку на улице, затопляют или поджигают жилье. Часть из них доживает до состояния маразма.

### **Этиопатогенетические факторы:**

- нейроэндокринные сдвиги, вызванные климаксом;
- старение органов и систем; накопление соматических болезней и возрастных недугов;
- психологическое старение (заострение личностных черт, инертность психических процессов, консерватизм, недоверчивость, тревожная мнительность, ослабление интеллектуально-мнестических функций, обеднение интересов и эмоционального фона, недостаточная активность);

- неблагоприятная социально-психологическая ситуация (потеря работы, социального престижа, сужение социальных связей, одиночество в результате смертей близких и друзей, невозможность удовлетворения многих интересов и потребностей, трудности самообслуживания, зависимость от других, неуверенность в завтрашнем дне).

Учет указанных особенностей привел к формированию такого раздела психиатрии, как геронтопсихиатрия, созданию сети специализированной помощи: геронтологические отделения в психиатрических больницах, геронтологические кабинеты при ПЦЦ (психоневрологических диспансерах), дома-интернаты для престарелых, страдающих психическими расстройствами.

**Психотерапия** пожилых людей учитывает меняющиеся отношения между пациентом и его детьми. Например, пациент пытается сохранить доминирующую позицию в отношениях и в то же время беспомощно ожидает от детей необоснованно большого внимания. Взрослые дети, со своей стороны, могут с детства сохранять обиду на родителей или, наоборот, испытывать чувство вины из-за недостатка заботы о них, чрезмерно опекая родителей, ограничивая их активность; в этих случаях особенно эффективна семейная терапия. Важными целями терапии являются поддержание самооценки, поиск путей наиболее продуктивного проведения свободного времени, появившегося у пациента, выявление сохранившихся возможностей для самореализации и поддержка при ее осуществлении.

## Негативные психопатологические расстройства

### Олигофрения

Врожденный психопатологический дефект, по степени выраженности имеет три стадии:

1. *дебильность* - конкретно-образное мышление, малый словарный запас и объем знаний;
2. *имбецильность* - крайняя бедность и несамостоятельность суждений, скудный словарный запас, аграмматизм, дизартрия, резкое ограничение трудовых возможностей;
3. *идиотия* - частичное сохранение наглядно-действенного мышления, реакции ограничиваются физиологическими потребностями, элементарный смысл речи воспринимается по интонации, собственная речь отсутствует, необходим посторонний уход.

### Приобретенные психопатологические дефекты

Делятся на три группы: с ведущими личностными расстройствами, с личностно-интеллектуальными нарушениями, с ведущей интеллектуальной патологией.

В группу ведущих личностных расстройств входят:

А) истощаемость психической деятельности - с ощущением усталости, скуки, вялости, замедленными реакциями, снижением общительности, а также твердости и активности характера;

Б) субъективно осознаваемая измененность «Я» - нарастает ригидность, интроверсия, рефлексия, застенчивость, обидчивость, пессимизм; автоматизированные функции требуют волевого усилия и контроля, больные сознательно избегают ситуаций эмоционального напряжения, для компенсации могут использовать алкоголь, наркотики, спорт, музыку и т. п.;

В) объективно определяемые изменения личности - наблюдается психопатизация личности, ее артистическая направленность, нивелируются индивидуальные черты личности, те-

ряется тонкость оценок и реакций, появляется подчиняемость, конформность, сужается круг интересов, заметно усиливается ранимость и эксплозивность, ригидность, педантизм, снижается уровень социальной адаптации.

Приобретенные личностно-интеллектуальные нарушения включают следующие варианты (этапы).

1. Дисгармония личности: эмоциональная возбудимость, утрированная экстравертированность или интроверсия, аффективное мышление, изменение системы отношений, ограничение потребностей и социальных возможностей; в рамках шизоидизации нарастают артистические проявления, появляется симптом «дерева и стекла» (сочетание эмоциональной тупости и хрупкости), мышление схематизируется и отрывается от реальности, поведение становится стереотипным, педантичным, ригидным. Пациент пассивно подчиняется жизненным обстоятельствам, резко меняется мировоззрение; характерно сочетание морализаторства и эгоистически-утилитарной мотивации поведения.

2. Снижение энергетического потенциала: редукция психической активности, продуктивности; заметно падают эмоциональность и реактивность, нарастают аутизм, эгоистичность и жестокость, вся деятельность приобретает стереотипный характер с регрессом ее мотивов. Могут развиваться апатия, странности в поведении, угловатость движений, заострение внимания к собственному здоровью, сочетание слабости и злобности, аффективная ригидность, чрезмерный до карикатурности педантизм. Больные утрачивают профессиональную квалификацию или не могут использовать ее из-за выраженных изменений личности.

3. Снижение уровня личности: нивелировка индивидуальных личностных черт; интересы ограничиваются утилитарными и гедонистическими потребностями; могут быть астения, гипобулия (до аспонтанности) и апатия, резонерство, аморфность и паралогичность мышления, аффективная ригидность, эксплозивность и брутальность или эйфория. Ухудшаются внимание и память, больные недостаточно критично оценивают свое состояние.

4. Регресс личности: апатобулический синдром или значительное мнестико-интеллектуальное снижение с отсутствием критического отношения к этим расстройствам, беспечность, расторможенность низших влечений и утрата моральных норм, брутальность, прилипчивость, иждивенчество.

Приобретенный психический дефект с ведущей интеллектуальной патологией включает 3 варианта (этапа):

1. амнестические расстройства или *лакунарная деменция* - гипомнезия, ухудшение внимания, раздражительность, вспыльчивость;

2. тотальное слабоумие или *глобальная деменция* - простая, психопатоподобная, галлюцинаторно-параноидная, амнестически-парамнестическая, паралимпическая (с эйфорией и конфабуляциями, как при прогрессивном параличе), асемическая (с афазией, агнозией, апраксией, алексией, аграфией, акалькулией);

3. *психический маразм* с полным распадом психики - терминальное слабоумие, наблюдается обычно в картине общего психофизического маразма.

### Клиническая иллюстрация (К. Дернер, У. Плог, 1997)

В клинику доставлена пожилая женщина, почти застывшая, всклокоченная и грязная, бормочущая что-то непонятное. Ее нашли повизгивавшей под ее кроватью, она была недоступна контакту и почти не реагировала на раздражители. После того, как ее помыли, ее надо было уложить в кровать, что было затруднено ригидностью мускулатуры. Между двумя санитарами завязался следующий диалог:

- Слушай, оставь ее вообще.
- Не знаю, жалко ее, она, должно быть, совсем одинокая.
- Это не значит, что надо заползти под кровать и там пропадать, со мной такого точно не случится.
- Представь себе, что ты один в течение нескольких недель, тут испугаешься, может быть, она уже не могла спуститься по лестнице за продуктами.
- Могла позвонить по телефону.
- Могу себе представить, что она уже давно телефоном не пользуется. Должно быть, ужасно быть одинокой и всегда, когда хочешь с кем-то поговорить, это значит просить помощи, от этого можно заболеть.
- Я бы вовремя обратился в дом для престарелых, там ничего такого произойти не может. Мы тут ничего поделать не можем. Она нормально лежит, ей нужны лекарства или зонд.
- Не знаю, если она действительно долго пролежала под кроватью, может быть, будет хорошо, если мы ее помассируем или погладим.
- Ни за что, меня тошнит от старой кожи, я не могу к ней прикоснуться.

У этой женщины после массажа через некоторое время улучшилось кровообращение, она постепенно расслабилась, спокойно и удобно устроилась без приема лекарств в постели и после первоначальных трудностей предпочла есть суп самостоятельно, через соломинку, а не с ложечки. Для дальнейшего пребывания в клинике, длившегося лишь пару дней, было важно, что она не «старуха» или «бабуля», а г-жа В. Для нее было неприятно, что она поступила в клинику при таких обстоятельствах. Она долго была одинокой, постепенно утратила счет времени, хотя добросовестно отрывала каждый день лист календаря. Однажды утром она проснулась с чувством голода, еды в доме не нашлось, а она была слишком слаба, чтобы выйти. Она начала обыскивать каждый угол квартиры в поисках съестного. Поскольку она часто ела в кровати, она надеялась найти под кроватью кусочек хлеба, шоколад или что-нибудь подобное. Затем она, вероятно, лишилась сознания, потому что больше ничего не помнит.

Она сказала, что чувствовала себя в клинике не униженной, а понятой. Она чувствовала также, что люди не испытывают сострадания к ней, а пытаются понять ее в ее действиях. Это способствовало тому, что она лучше перенесла весь ужас ситуации и свой стыд. Значимым для нее было то, что из нее не сделали «случай», проявляли интерес к ее желаниям и потребностям - например, телевизор, ванна, прическа, койка не в коридоре. Она чувствовала к себе вежливое обращение, ей не делали упреков, не упоминали о ее дряхлости, а помогали понять, что произошло; не изолировали еще больше, от чего ей стало бы еще холоднее, наоборот, она чувствовала тепло. Ее не встречали представлением о том, что теперь она окончательно нуждается в призрании. Раньше она не боялась смерти, но находила бессмысленным прилагать усилия к выздоровлению, считая, что дело того не стоит - теперь ей помогли почувствовать, что стоит. Она чувствовала, что ее пытаются понять всерьез в ее заботах и «причудах» и не отмахиваются от нее. Для нее было решающим то, что ее встретили как человека, у которого были свои особые трудности, а не как старуху, о которой не стоит особенно волноваться.

## Тесты

1. Органические психические расстройства в типичных случаях характеризуются:
  - А. спутанностью сознания, дезориентировкой и амнезией

- Б. спутанностью сознания, слуховыми галлюцинациями и нарушениями мышления
- В. депрессией, слуховыми галлюцинациями и дезориентировкой
- Г. депрессией, зрительными галлюцинациями и нарушениями мышления
- Д. депрессией, бредом величия и нарушениями сна.

2. Пациенты с органическими психическими расстройствами обычно имеют симптомы, затрагивающие:

- А. поведение
- Б. личность
- В. эмоции
- Г. познавательную сферу.

3. Делириозный синдром обычно характеризуется:

- А. расстройством внимания
- Б. депрессивным аффектом
- В. нарушенным сознанием
- Г. болтливостью.

4. Все следующие положения по поводу сложных парциальных (психомоторных) припадков верны, кроме:

- А. они являются одной из разновидностей височных припадков
- Б. наблюдается нарушенное сознание или утрата контакта с окружающими
- В. пациент помнит сложные автоматизмы как неконтролируемые действия
- Г. сложные автоматизмы могут наблюдаться при припадке и после припадка
- Д. очаг находится в височных (лимбических) структурах.

5. При височной эпилепсии наблюдаются все следующие личностные характеристики, кроме:

- А. навязчивости
- Б. гиперсексуальности
- В. колебаний настроения
- Г. повышенной религиозности
- Д. параноидных идей.

6. При отсутствии других симптомов эпизодически отмечающиеся поведенческие автоматизмы и обонятельные галлюцинации предполагают диагноз:

- А. шизофрении
- Б. истерического расстройства личности
- В. шизофреноподобного расстройства
- Г. поражения теменной доли недоминантного полушария
- Д. поражения височной доли.

7. 55-летняя замужняя женщина, профессор, без психических нарушений в анамнезе, находится в начале периода менопаузы. Кроме ощущения «приливов» и некоторой раздражительности, она жалуется на эпизоды головокружения, провалы в памяти, которые она и ранее несколько раз испытывала. Она отрицает депрессивные симптомы как в настоящее время, так и в прошлом. В целом ее следует обследовать на предмет:

- А. шизофрении
- Б. большой депрессии
- В. психомоторной эпилепсии
- Г. дистимии
- Д. панического расстройства.



8. Все следующие утверждения по поводу абсансов верны, **кроме**:
- А. они также известны как пти маль (малые припадки)
  - Б. внезапно теряется внимание к окружающему
  - В. у пациента обычно не отмечается растерянность после эпизода
  - Г. потеря сознания обычно длится от 1 до 2 мин.
  - Д. во время припадка больной может бессмысленно смотреть в одну точку или у него могут отмечаться автоматизмы, такие, как причмокивание губами.
9. Симптомы, которые обычно наблюдаются у пациентов с деменцией, обусловленной СПИ-Дом, включают нижеследующие, **кроме**:
- А. фокальной судорожной активности
  - Б. нарушений познавательных функций
  - В. двигательных нарушений
  - Г. поведенческих нарушений
  - Д. аффективных расстройств.
10. Правильные утверждения по поводу делирия после кардиохирургического вмешательства включают следующие, **кроме**:
- А. он является наиболее частым психическим осложнением после кардиохирургических операций
  - Б. он обычно развивается на 2 - 4-й день после операции
  - В. он чаще встречается у доминирующих, чем у зависимых личностей
  - Г. он чаще наблюдается у пациентов, у которых отмечалась высокая предоперационная тревога
  - Д. он чаще развивается у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе.
11. При первичной дегенеративной деменции альцгеймеровского типа:
- А. начало внезапное
  - Б. начало обычно после 65 лет
  - В. утрата интеллектуальных способностей обычно ограничена мнестическими функциями
  - Г. отмечаются изменения личности и поведения.
12. Признаки, которые обычно отличают мультиинфарктную деменцию от деменции альцгеймеровского типа, включают:
- А. неравномерное ухудшение интеллектуальных функций («пестрое» ухудшение)
  - Б. внезапное начало
  - В. очаговые неврологические симптомы
  - Г. отсутствие расстройств личности.
13. В течение 2 мес. 72-летняя женщина, страдающая сенильной деменцией, становится более замкнутой, мало интересуется едой, отмечает нарушения сна и представляется более слабоумной. Ее соматическое состояние неизменно. Какой из следующих курсов лечения был бы наиболее разумным:
- А. седативные препараты перед сном с целью улучшения сна
  - Б. седуксен в дозе 5 мг три раза в день
  - В. курс трициклических антидепрессантов
  - Г. курс этаперазина в дозе 4 мг три раза в день
  - Д. ни один из перечисленных, т. к. ее состояние некурабельно.

## Ответы

1. Правильный ответ А. Органическое психическое расстройство характеризуется нарушением ориентировки, амнезией, спутанностью сознания и иногда - зрительными галлюцинациями. Это расстройство встречается как у терапевтических, так и у хирургических пациентов и часто является результатом метаболических нарушений или побочных действий лекарств. Если расстройство наступило остро, следует искать причину, которую можно устранить.
2. Правильны все ответы. У пациентов с органическими психическими расстройствами обычно отмечаются нарушения познавательной функции. Это обнаруживается при исследовании психического состояния в виде нарушений запоминания, счета, речи и интерпретации других (непознавательных) функций, таких, как регуляция поведения, эмоций и свойств личности. Личностные изменения и неконтролируемые эмоциональные реакции должны настояжить клинициста в отношении возможности этого диагноза.
3. Правильные ответы А и В. Делириозный синдром обычно начинается внезапно, часто при соматическом заболевании. Наиболее характерным признаком является нарушение внимания. Это представлено невозможностью сосредоточиться и отвлекаемостью. Пациент часто неспособен закончить связное предложение и может неправильно воспринимать отвлекающие стимулы. Могут отмечаться дезориентировка и амнезия, но они не являются необходимыми для диагноза. Нарушения сознания могут прогрессировать от сонливости до оглушения, сопора и комы. У некоторых больных отмечаются подозрительность или возбуждение, а также иллюзии или галлюцинации.
4. Правильный ответ В. Нарушение сознания является кардинальным признаком сложных парциальных припадков. Фокальный разряд связан с височной аурой и, распространяясь на лимбическую систему, вызывает нарушение сознания и утрату контакта с окружающими. Автоматизмы являются высоко интегрированными бессознательными движениями, которые амнезируются пациентом. Они обычно включают такие движения, как причмокивание губами, потирание рук, бег, раздевание или повторение начатых до потери сознания движений. Автоматизмы могут наблюдаться как во время, так и после припадка.
5. Правильный ответ Б. Хотя развитие изменений личности, вызванное сложными парциальными припадками (височные припадки), является дискуссионным, многие исследователи считают, что обычно отмечается устойчивое сочетание личностных признаков. Эти признаки включают навязчивость, детализированную речь, колебания настроения, повышенную религиозность, сутяжничество, раздражительность и паранойальность. В типичных случаях эти пациенты скорее гипосексуальны, чем гиперсексуальны.
6. Правильный ответ Д. Хотя существуют многочисленные описания шизофреноподобных синдромов у пациентов с опухолями височной доли, в действительности их психотическая симптоматика не является типичной для классической шизофрении. Обычно у этих больных отмечаются колебания настроения, суицидальные мысли, а также обонятельные, зрительные или тактильные галлюцинации, кроме типичных для шизофрении слуховых галлюцинаций. Часто затрудняют диагностику и отсутствие обычных расстройств аффекта и нарушений межличностных контактов, характерных для шизофрении. Нередко у больных с опухолями височной доли отмечается депрессивный аффект или маниакальное расстройство.
7. Правильный ответ В. В отличие от распространенного мнения, не отмечается увеличения частоты депрессии или соматических симптомов во время менопаузы. Однако жалобы на приливы, утомляемость, раздражительность или депрессивное настроение безусловно нередки. Жалобы на провалы в памяти не характерны ни для панического расстройства, ни для

депрессивных расстройств, а отсутствие типичных симптомов или анамнеза делают маловероятными диагнозы депрессивного расстройства или шизофрении. Этой женщине следует сделать ЭЭГ для выявления возможной височной эпилепсии. Ее симптомы соответствуют сложным парциальным припадкам при этом заболевании, обостряющемся во время менопаузы.

8. Правильный ответ Г. Во время абсансов, также называемых пти маль, у пациента отмечается внезапная потеря внимания при сохранении состояния бодрствования и поддержания позы. Судорожная активность редко длится более 20 сек., и у больных отмечается внезапное восстановление внимания без остаточной растерянности. Стереотипное поведение или автоматизмы (такие, как причмокивание губами, жевание или моргание) часто встречается, но больших судорожных припадков не отмечается. У некоторых пациентов могут наблюдаться умеренные клонические, атонические или тонические припадки.

9. Правильный ответ А. Для больных деменцией, обусловленной СПИДом, характерно постепенное начало расстройства с колебаниями настроения, двигательными и поведенческими расстройствами, нарушением познавательных функций. Они включают прогрессирующие нарушения внимания, памяти, а также слабость, расстройства равновесия, нарушения координации, апатию, депрессию и отгороженность. Иногда возникают аффективные психозы. Такие симптомы могут быть первыми проявлениями ВИЧ-инфекции.

10. Правильный ответ Г. Делирий после кардиохирургического вмешательства является наиболее распространенным психическим осложнением. Хотя он может возникнуть непосредственно после операции, чаще он наступает после светлого промежутка на 2 - 4-й день. Пациенты с доминирующим типом личности нередко страдают делирием, что также отмечается и в отношении лиц с низкой операционной тревогой. Это, вероятно, обусловлено трудностью принятия зависимой роли больного, а отрицание тревоги служит неэффективным защитным механизмом. Пациенты с инфарктом миокарда в анамнезе имеют более высокий риск, вероятно, вследствие гипоксии головного мозга, обусловленной его недостаточным кровоснабжением.

11. Правильные ответы Б и Г. При первичной дегенеративной деменции альцгеймеровского типа отмечается постепенное начало с прогрессирующим и неуклонным течением. Деменция затрагивает различные функции познавательной сферы, включая память, абстрактное мышление, способность к обобщению и высшие корковые функции. Часто отмечаются глубокие изменения личности и поведения по мере прогрессирования процесса.

12. Правильные ответы А, Б, В. Мультиинфарктная деменция обусловлена заболеванием сосудов головного мозга и обычно сопровождается очаговыми неврологическими симптомами. Характерно внезапное начало с «неравномерным» течением, при котором на ранних этапах часть интеллектуальных функций может оставаться относительно интактной. Нарушения различаются в зависимости от локализации пораженных участков. При деменции Альцгеймера начало более постепенное и течение равномерно прогрессирующее. Оба состояния связаны со значительными изменениями личности и поведения.

13. Правильный ответ В. Депрессия у пожилых, особенно имеющих признаки деменции, может имитировать ухудшение течения органического процесса. Дифференциальная диагностика между прогрессированием деменции и депрессией может оказаться невозможной. Если симптомы развились достаточно внезапно (за 1-2 мес.) и у пациента отмечаются другие проявления (например, нарушения сна и аппетита), сопровождающиеся двигательной заторможенностью или возбуждением, следует подумать о депрессии. Безусловно, следует применить пробный курс антидепрессантов, который может оказать благоприятный эффект или позво-

лит убедиться в том, что деменция прогрессирует и не поддается лечению. Определенную проблему представляет возможное ухудшение состояния, обусловленное побочным действием препаратов.

### Рекомендуемая литература

- Бухановский А.О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей. - Рост. н/Д., 1998.  
Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (Клиника, дифференциальная диагностика, лечение). - М., 2000.  
Гройсман А.Л. Медицинская психология: Лекции для врачей - слушателей курсов последипломного образования. - М., 1998.  
Дернер К., ПлогУ. Заблуждаться свойственно человеку. Учебное пособие по психиатрии и психотерапии. Пер. с нем.-СПб., 1997.  
Кемпер И. Легко ли не стареть? Пер. с нем. - М., 1996.  
Любан-Плоцца Б. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. - 6-е изд. Пер. с нем. - СПб., 2000.  
Смулевич А.Б. и др. Депрессии у соматических больных. - М., 1997.  
Соколова Е.Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях: Учебное пособие. - М., 1995.

### Дополнительная литература

- Валунов О.А. и др. Методы повышения эффективности реабилитации больных, перенесших инсульт. - СПб., 1996.  
Бусыгина Н. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни // Моск. психотер. журн., 2000. - № 1. - С. 77-99.  
Власова Ю.И., Щербак А.С. «Иди вон!» - И вышел умерший...» // Моск. психотер. журн., 2001. - № 1. - С. 83-95.  
Гнездилов А. В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. - СПб., 1995.  
Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов...-СПб., 2002.  
Грушевский Н.П. О психотерапевтическом поведении с соматическими пациентами в зависимости от их характерологических особенностей // Моск. психотер. журн., 1994. - № 4.  
Гугенбюль-Крайг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине. Пер. с нем. - СПб., 1997.  
Ковалев В. В. Психические нарушения при пороках сердца. - М., 1974.  
Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Пер. с чешек. - 2-е изд. - Прага, 1983.  
Куликов П.Г. Психотерапия гипертонической болезни и инсульта // Обзор. психиат. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1992. - № 3. - С. 52-56.  
Лисицын Ю.П., Жияева Е.П. Союз медицины и искусства. - М., 1985.  
Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия. - Казань, 1996.  
Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. - М., 1987  
Психолог в соматической клинике: Интервью с О.А. Максаковой//Моск. психотер. журн., 1997. -№ 1 - С. 148-156.  
Психология смерти и умирания: Хрестоматия. - Мн., 1998.  
Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Нервно-психические нарушения при раке. - М., 1961.  
Руженков В.А. Организация и принципы работы психиатра в соматическом стационаре // Метод. рек. - М., 1994.  
Рыбальский М.И. Иллюзии и галлюцинации. Систематика, нозология, принадлежность. - М., 1989.  
Саймон К., Саймон С. Психотерапия рака. - 3-е изд. - СПб., 2001.

Скворцова Е.К. Нервно-психические нарушения при ревматизме. - М., 1958.  
Тювина НА Психические нарушения у женщин в период климактерия. - М., 1996.  
Фридман Б.Д. Деструктивные влечения в эпилептоидии и психастении // Тр. Психиатр. Клиники /Девичье поле/. Дир. П.Б. Ганнушкин. - М., 1926. - Вып. 2. -С. 145-185//Реф. А.В.Литвинова: Росс, психоан. веста., 1993-1994. - №3-4. -С. 164-173.  
Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. - Будапешт, 1981.  
ЦелибеевБА Психические нарушения при эндокринных заболеваниях.-М., 1996.  
Шахматов Н.Ф. Психическое старение. - М., 1996.  
Шахматов Н.Ф. Расстройства настроения пожилых, вне круга известных форм нервно-психических заболеваний позднего возраста//Депрессии позднего возраста. - М., 1983.  
ШтернбергЭ.Я. Геронтологическая психиатрия. - М., 1977.  
Шущенбергер А.А. Тяжело больной пациент // Вопр. психол., 1990. - № 5.  
Эриксон М. Гипнотическая техника «рассеивания» для коррекции симптомов и облегчения боли. // Психологическое консультирование и психотерапия. Хрестоматия. Т. 1. - М., 1999.

## СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

**Абулия** - отсутствие побуждений, бездеятельность (12 и 14 гл.).  
**Агравация** - сознательное преувеличение симптомов (4 и 5 гл.).  
**Ажитация** - тревожная гиперактивность (2, 3, 11, 12, 14 гл.).  
**Абсанс** - малый припадок, пти маль, краткое отключение внимания при сохранении сознания и поддержании позы; бессудорожный эквивалент эпилептического припадка (14 гл.).  
**Абстиненция** - совокупность соматических и психических расстройств, наступающих при отмене психоактивного вещества и купируемых его введением (13 гл.).  
**Абьюз** - инцестуозное сексуальное или физическое насилие (10 гл.).  
**Аддикция** - неконтролируемое влечение, азартное поведение, зависимость от какого-либо вещества или определенного вида деятельности (9 и 13 гл.).  
**Акинезия** - обездвиженность (2, 11, 12, 14 гл.).  
**Акозмы** - невербальные слуховые обманы (12, 13, 14 гл.).  
**Алекситимия** - неспособность осознавать и описывать эмоции, различать чувства и ощущения, проявлять эмпатию (5 гл.).  
**Алкогольная паранойя** - бред ревности с импотенцией и агрессией к жене (13 гл.).  
**Амбивалентность** - одновременное сосуществование антагонистических чувств (12 гл.).  
**Амбитендентность** - одновременное сосуществование взаимно исключающих побуждений и поступков (12 гл.).  
**Аменция** - помрачение сознания с растерянностью, бессвязностью речи, беспорядочным двигательным возбуждением (14 гл.).  
**Амнезия** - утрата памяти на события (14 гл.).  
**Ангедония** - неспособность испытывать обычные удовольствия (11 гл.).  
**Аннулирование** - защита от неприемлемых последствий произошедших внутренних или внешних событий с помощью символических слов или действий (4 и 8 гл.).  
**Анозогнозия** - отсутствие осознания болезни (6, 11, 12, 13, 14 гл.).  
**Анорексия** - пониженное влечение к пище (6 гл.).  
**Апатия** - состояние полного безразличия, равнодушия ко всему (11 гл.).  
**Апраксия** - утрата двигательных навыков (14 гл.).  
**Архетипы** - врожденные первобытные представления (о мужчине и женщине, отце и матери, герое и т. д.), проявляющиеся в образах сновидений и фантазий (8 гл.).  
**Аскетизм** - защита от сексуальных импульсов отрицанием ряда физиологических потребностей с чувством превосходства над другими (3, 4, 8 гл.).  
**Астения** - слабость, повышенная утомляемость (4 гл.).  
**Атаксия** - нарушение координации произвольных движений (13 и 14 гл.).  
**Аура** - кратковременный пароксизм перед эпилептическим припадком (14 гл.).  
**Артистическое мышление** - полный отрыв мышления от реальности (12 гл.).  
**Аффективная лабильность** - быстро меняющиеся эмоциональные реакции (11 гл.).  
**Бордерлайн** - пограничное расстройство личности, вялотекущая невротоподобная шизофрения (8 гл.).  
**Бред** - устойчивое убеждение, противоречащее реальности (12 гл.).

**Брутальность** - грубость, тяжеловесность (8, 13, 14 гл.).  
**Булимия** - компульсивное побуждение к поглощению пищи (6 гл.).  
**Вегетоневроз** (нейроциркуляторная, вегето-сосудистая дистония, неврозы органов) - соматоформная вегетативная дисфункция (5 гл.).  
**Вербигерация** - стереотипное повторение слов или фраз (12 и 14 гл.).  
**Всемогущество** - защитное преувеличение собственной значимости (3,8,9,11,12,13,14 гл.).  
**Вторичная выгода** - практическая польза, получаемая в результате заболевания (2,3, 4,8 гл.).  
**Вуайеризм** - удовлетворение сексуальной потребности путем тайного подглядывания за обнаженными или совершающими половой акт людьми (10 гл.).  
**Вытеснение** - защитное удаление из сознания неприемлемого содержания (4 и 8 гл.).  
**Галлюцинация** - обман чувств без реального объекта (12, 13, 14 гл.).  
**Галлюциноз** - наплыв галлюцинаций при ясном сознании (12, 13, 14 гл.).  
**Гебефрения** - нелепое манерно-дурашливое поведение на фоне эйфории (12 гл.).  
**Гебоид** - дурашливо-садистическое поведение (8 и 12 гл.).  
**Гиперестезия** - обостренное восприятие обычных стимулов (9 и 13 гл.).  
**Гиперкомпенсация** - стремление добиться успеха именно в той области, в которой отмечается несостоятельность (8 гл.).  
**Гиперметаморфоз** - постоянная отвлекаемость на случайные объекты и явления (12 и 14 гл.).  
**Гипертимия** - личностная склонность к повышенному настроению (8 гл.).  
**Гипестезия** - ослабленное восприятие раздражителей (2 и 14 гл.).  
**Гипотимия** - личностная склонность к пониженному настроению (8 гл.).  
**Девальвация** - обесценивание значимого другого (4 и 8 гл.).  
**Дезориентировка** - утрата реалистической оценки места, времени, собственной личности (2, 12,13, 14 гл.).  
**Делирий** - острое расстройство сознания с дезориентировкой, галлюцинациями, двигательным возбуждением (13 и 14 гл.).  
**Деменция** - приобретенное слабоумие (12, 13, 14 гл.).  
**Деперсонализация** - чувство отчуждения своего психического или физического Я (2,4,12 гл.).  
**Депрессия** - подавленность с торможением мыслей и движений (3 и 11 гл.).  
**Дереализация** - чувство нереальности происходящего (2, 4, 12 гл.).  
**Дизартрия** - нарушение координации речедвигательного аппарата (13 гл.).  
**Дипсомания** - приступообразно наступающее влечение к алкоголю, ведущее к запою (9 и 13 гл.).  
**Дискинезия** - нарушение моторики (2, 8, 14 гл.).  
**Дистимия** - невротическая депрессия, депрессивный невроз: раздражительная подавленность со снижением влечений и вялостью (11 гл.).  
**Диссоциация** - защита от внутреннего конфликта за счет утраты интегративной функции Я (2 гл.).  
**Дисфория** - взрывоопасное состояние мрачной ожесточенности (13 и 14 гл.).  
**Дромомания** - импульсивные побеги (9 гл.).  
**Идеализация** - наделение значимого другого идеальными чертами (4 и 8 гл.).  
**Идентификация** - защитное отождествление собственных психических качеств с таковыми у значимых других. Напр., идентификация с агрессором для защиты от своего страха перед ним (4 и 8 гл.).  
**Изоляция аффекта** - подавление чувств, связанных с определенной мыслью (4 и 8 гл.).  
**Иллюзия** - ошибочное восприятие объекта (12 и 13 гл.).

**Импульсивное расстройство** - внезапная реализация побуждения (9, 10, 12 гл.).  
**Индукцированное помешательство** - бредовое расстройство под влиянием психической болезни значимого другого (12 гл.).  
**Инкогеренция** - нарушение смысла и грамматического строя речи (12, 13, 14 гл.).  
**Инсайт** - адекватное осознание вновь пережитой, ранее вытесненной психотравмы (2, 3,4 гл.).  
**Интеллектуализация** - замена тревожного содержания переживания абстрактно-логическим (4 и 8 гл.).  
**Интерметаморфоз** - убеждение в перевоплощении окружающих объектов (12 гл.).  
**Интроверсия** - обращенность к внутреннему миру (8 гл.).  
**Ипохондрия** - тревожная фиксация на своем здоровье (4, 5, 7, 12, 14 гл.).  
**Истерический припадок** - диссоциированное состояние с судорожными выразительными движениями, мимикой и выкриками, отражающими содержание конфликта, без последующего оглушения и амнезии (2 гл.).  
**Каталепсия** (восковая гибкость) - застывание тела или конечностей в приданной позе (12 гл.).  
**Кататимный бред** - обусловленный аффектом (1 гл.).  
**Катаплексия** - временная обездвиженность, вызванная аффектом (6 гл.).  
**Кататония** - тугоподвижность мышц, неподвижность, стереотипное или импульсивное возбуждение при шизофрении (12 гл.).  
**Компартментализация** - разноплановость мышления с наличием двух и более взаимоисключающих идей (12 гл.).  
**Компенсация** - стремление скрыть или восполнить собственную несостоятельность в какой-либо области успехами в другой (8 гл.).  
**Комплекс** - подавленное противоречивое эмоциональное содержание, выделившееся в результате психотравмы и лежащее в основе невроза (8 гл.).  
**Компульсивность** - непреодолимое побуждение к неразумному действию (4, 6, 9, 13 гл.).  
**Конверсионное расстройство** - символическое выражение бессознательного конфликта двигательными и чувствительными дисфункциями (2, 5, 8 гл.).  
**Контрперенос** - перемещение чувств аналитика к значимому другому на пациента (4 и 8 гл.).  
**Копинг-механизмы** - осознанное изменение своего поведения с целью справиться с конфликтной ситуацией (3,4, 8, 9 гл.).  
**Копролалия** - импульсивное произнесение бранных слов (9 гл.).  
**Коронарный тип личности, контрафобический тип** - отрицание потребности в защите, реактивная формация в виде престижности и перфекционизма, трудоголизма с постоянной озабоченностью и торопливостью, повышенным чувством долга; часто наблюдается при коронарораспазах (5 гл.).  
**Корсаковский синдром** - амнестическое расстройство на фоне эйфории (13 и 14 гл.).  
**Конфабуляция** - ложное воспоминание не имевших место событий (14 гл.).  
**Ларвированная депрессия** - латентная, скрытая, маскированная; соматизированное аффективное расстройство (11 гл.).  
**Либидо** - половое влечение; в широком смысле - влечение к жизни (4, 7, 8, 9, 10,11 гл.).  
**Логорейя** - неконтролируемое речедвигательное возбуждение (11 и 12 гл.).  
**Магическое мышление** - убежденность в материальной силе мыслей и слов (12 гл.).  
**Мазохизм** - удовлетворение от собственной боли (8 и 10 гл.).  
**Мания** - расторможенность влечений с повышенной речедвигательной активностью и/или нарушением импульсивного контроля (9 и 11 гл.).  
**Маниакально-депрессивный психоз** - биполярное аффективное расстройство (11 гл.).

**Мектизм** - неконтролируемый наплыв мыслей или воспоминаний (11 гл.).  
**Метаморфопсия** - искажение величины или формы предметов (13 и 14 гл.).  
**Мутизм** - отсутствие речевого общения при сохранности речевого аппарата (2 и 12 гл.).  
**Нарколепсия** - гиперсомния с катаплексией, гипнагогическими галлюцинациями, утренним параличом и дневной сонливостью (6 гл.).  
**Негативизм** - неподчинение инструкциям или исполнению их «наоборот» (12 гл.).  
**Обратное чувство** - изменение модальности или направленности импульса: садизм вместо скрываемого мазохизма или аутоагрессия вместо гетероагрессии (3, 4, 8 гл.).  
**Обсессии** - навязчивые мысли, сомнения, воспоминания с характером произвольности и нежелательности (4, 8 и 12 гл.).  
**Оглушенность** - помрачение сознания с вялостью, неполной ориентировкой в окружающем, иллюзиями (14 гл.).  
**Одержимость** - убежденность в нежелательном нахождении во власти другого лица, якобы наделенного магической силой (гл. 2).  
**Онейроид** - сновидное помрачение сознания с дезориентировкой, наплывом иллюзий и псевдогаллюцинаций фантастического содержания (12, 13, 14 гл.).  
**Отреагирование (астдд ои1)** - неконтролируемый прорыв бессознательного конфликта в поведение без учета негативных последствий (4 и 8 гл.).  
**Отрицание** - отказ принять неприемлемые внешние или внутренние события (4 и 8 гл.).  
**Палимпсест** - утрата памяти на отдельные события периода алкогольного опьянения (13 гл.).  
**Параноид** - систематизированный (первичный) бред на фоне псевдогаллюцинаций и других явлений психического автоматизма (12, 13, 14 гл.).  
**Паранойя** - первичный (интерпретативный) бред, определяющий поведение (12 гл.).  
**Паратимия** - аффект, качественно и количественно неадекватный поводу (12 гл.).  
**Парафрения** - нелепый бред с явлениями психического автоматизма, фантастическими конфабуляциями и эйфорией (12 и 14 гл.).  
**Парейдолия** - иллюзия фантастического содержания (12, 13, 14 гл.).  
**Парестезии** - неприятные элементарные тактильные ощущения (5 и 13 гл.).  
**Перверсии** - половые девиации, парафилии (10 гл.).  
**Первичная выгода** - ослабление тревоги с помощью защитных механизмов психики (2, 3, 4, 8 гл.).  
**Перенос** - перемещение чувств к значимой фигуре на другого человека и их отреагирование (4 и 8 гл.).  
**Персеверация** - стереотипное повторение высказывания (12 гл.).  
**Персекюторный** - трактуемый происходящее как враждебное (12 гл.).  
**Пикнолепсия** - мгновенная потеря сознания с застыванием, запрокидыванием головы и закатыванием глаз, бледностью и слюнотечением (14 гл.).  
**Помрачение сознания** - ухудшение ориентировки, восприятия и внимания (14 гл.).  
**Прекасное равнодушие** - неадекватное безразличие больного к своим конверсионным расстройствам (2 и 8 гл.).  
**Привыкание** - необходимость со временем увеличивать дозу психоактивного вещества для достижения прежнего эффекта (13 гл.).  
**Прогрессивный паралич** - поздняя форма нейросифилиса: анозогнозия, эйфория, расторможенность, галлюцинаторно-бредовые, мнестико-интеллектуальные и неврологические расстройства (14 гл.).  
**Проекция** - приписывание другому собственных эмоционально значимых мотиваций (4 и 8 гл.).

**Псевдогаллюцинации** - обманы восприятия с локализацией в субъективном пространстве, отсутствием чувственной яркости и ощущением сделанности (12 гл.).  
**Псевдодеменция** - истерическое сумеречное помрачение сознания с демонстрацией утраты элементарных знаний и навыков (2 гл.).  
**Психастения** - ананкастное, обсессивно-компульсивное, тревожно-мнительное расстройство личности (8 гл.).  
**Психическая анестезия** - мучительное переживание утраты способности к эмоциональным реакциям (11 гл.).  
**Психический автоматизм** - переживание отчужденности своих психических актов (12 гл.).  
**Психоактивное вещество, ПАВ** - вещество, имеющее воздействие на организм, сходное с наркотическим, но официально не причисленное к наркотикам (13 гл.).  
**Психоневроз** - невроз, обусловленный «прошлой» жизнью (4 гл.).  
**Психоорганический синдром** - выраженное мнестико-интеллектуальное снижение с недержанием аффекта (14 гл.).  
**Психосоматическое расстройство** - психогенное нарушение вегетативных функций (5, 6, 7 гл.).  
**Раптус** - взрыв неистового возбуждения у заторможенного перед этим больного (3 и 11 гл.).  
**Расстройство множественной личности** - внезапное переключение между различными субличностями, которые воспринимаются как цельная личность, с амнезией эпизода диссоциации (2 гл.).  
**Расщепление (сплиттинг)** - неспособность соединить положительные и отрицательные качества, из-за чего индивид воспринимает себя и других либо как абсолютно хороших, либо как абсолютно плохих; определяет идеализацию или девальвацию объекта (4 и 8 гл.).  
**Рационализация** - сознательное обоснование своего поведения приемлемыми мотивами вместо скрытых неприемлемых (4 и 8 гл.).  
**Реактивный психоз** - преходящая психотическая реакция на травмирующую ситуацию (2 и 11 гл.).  
**Регрессия** - защитный переход на инфантильный уровень реагирования (4 и 8 гл.).  
**Резидуальный бред** - оставшийся по выходе из психоза (12 гл.).  
**Ремиссия** - временная остановка или ослабление болезненного процесса (1, 11, 12, 13 гл.).  
**Репрессия** - сознательное подавление неприемлемых переживаний (4 и 8 гл.).  
**Ритуалы** - защитные навязчивые действия при фобиях (4, 8, 12 гл.).  
**Садизм** - удовлетворение от чужой боли (8, 9, 10 гл.).  
**Самость** - центральный архетип, завершенное выражение индивидуальности и мира (8 гл.).  
**Сверхценные идеи** - неадекватно доминирующие в сознании, аффективно заряженные и определяющие поведение идеи, связанные с реальными событиями (8, 9, 12 гл.).  
**Сенестопатии** - необычные мучительные ощущения неопределенной локализации без объективно определяемых причин - (11, 12, 13, 14 гл.).  
**Сенситивность** - обостренная чувствительность, ранимость с неуверенностью в себе и склонностью к самоанализу (3 и 8 гл.).  
**Слабодушие** - резко выраженная эмоциональная лабильность (14 гл.).  
**Ступор** - состояние обездвиженное™ и ареактивности (2, 3, 11, 12, 13, 14 гл.).  
**Сублимация** - контроль неприемлемых побуждений путем частичного их удовлетворения в социально одобряемой форме (4 и 8 гл.).  
**Сумеречное помрачение сознания** - пароксизмально возникающее «концентрическое» сужение сознания с выраженной дезориентировкой, неукротимой яростью, направлен-

ной на узкий круг лиц, галлюцинаторно-бредовым возбуждением, бессвязной речью и последующей полной амнезией (2, 6, 13, 14 гл.).

**Суперэго** - высшая инстанция психики, включающая идеалы и мораль (8 гл.).

**Схизис** - фрагментация Я, приводящая к дезинтеграции личности и сосуществованию разнонаправленных тенденций во всех сферах психики (12 гл.).

**Толерантность** - максимально переносимая доза психоактивного вещества с сохранением функционирования (13 гл.).

**Транс** - диссоциированное состояние с утратой аутоидентичности и сужением сознания на объекте, который определяет поведение (гл. 2).

**Трансвестизм** - потребность носить одежду другого пола (10 гл.).

**Транссексуализм** - расстройство половой идентификации с устойчивым желанием изменить свою половую принадлежность (10 гл.).

**Фетишизм** - защитное смещение либидо на предмет, ассоциирующийся с женским телом или его частью (10 гл.).

**Фобия** - навязчивый страх (4, 5, 7 гл.).

**Формирование реакции** - замена неприемлемых мыслей и чувств на диаметрально противоположные (4 и 8 гл.).

**Фотопсии** - элементарные зрительные галлюцинации (13 и 14 гл.).

**Фроттеризм** - импульсивное побуждение скрытно прикасаться к посторонним женщинам для сексуального удовлетворения (10 гл.).

**Фрустрация** - психологическое напряжение при вынужденном отказе от удовлетворения значимой потребности (2, 3, 4 гл.).

**Циклотимия** - биполярное аффективное расстройство, протекающее на уровне гипоманий и субдепрессий (11 гл.).

**Шизотипическое расстройство** - вялотекущая, малопрогрессирующая, неврозоподобная шизофрения (12 гл.).

**Шперрунг** - блокада, обрыв, «закупорка» мышления (12 гл.).

**Эгодистонное** - побуждение, отвергаемое личностью как нежелательное (8 гл.).

**Эгосинтонное** - созвучное личности побуждение (8 гл.).

**Эйфория** - неадекватно благодушное настроение (11, 13, 14 гл.).

**Эксгибиционизм** - удовлетворение сексуальной потребности путем неожиданного обнажения гениталий перед женщиной (10 гл.).

**Экстраверсия** - обращенность к внешнему миру (8 гл.).

**Эмоциональная лабильность** - неустойчивость, легкая изменчивость, поверхностность эмоциональных проявлений (2, 4, 8, 11 гл.).

**Эмпатия** - понимание системы внутренних координат другого (4 гл.).

**Эхолалия** - произвольное повторение чужой речи при кататонии (12 гл.).

**Эхопраксия** - произвольное повторение чужих действий (12 гл.).

**Яктация** - стереотипное двигательное возбуждение в пределах постели (14 гл.).

**Г. В. Старшенбаум**

## **ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

Директор издательства М. Г. Бурняшев

Редактор И. В. Тепикина

Компьютерная верстка и техническое редактирование О. Ю. Протасова

Художник А. П. Куцин

Корректор М. В. Зыкова

Сдано в набор 10.08.2002. Подписано в печать 15.10.2002.

Формат 60х90/16. Бумага офсетная.

Печать офсетная. Печ. л. 23. Тираж 3000 экз.

Заказ № 2499.

Лицензия ИД № 03530 от 19.12.2000 г.

«ВЫСШАЯ ШКОЛА ПСИХОЛОГИИ»

129336, Москва, ул. Ярославская, 13.

Отпечатано с готовых диапозитивов  
в ФГУП ордена «Знак Почета» Смоленской  
областной типографии им. В. И. Смирнова.  
214000, г. Смоленск, пр-т им. Ю. Гагарина, 2.