

И.С. Павлов

ПСИХОТЕРАПИЯ в практике



И.С. Павлов

ПСИХОТЕРАПИЯ

в практике

**Per
Se**

Москва
2012

УДК 616.89
ББК 56.13
П 12

Павлов И.С.

П 12 Психотерапия в практике. 3-е издание, перераб. и доп. — М.: ПЕР СЭ, 2012. — 608 с.

ISBN 5-98549-014-9

Книга представляет собой уникальное учебное пособие по психотерапии. Современные методики психотерапии описаны в ней не абстрактно, а в применении к лечению конкретных расстройств: депрессии, страха, навязчивости, заикания, табакокурения, избыточного веса и др. Особое внимание уделяется психотерапии алкоголизма. Автор предлагает оригинальную концепцию алкогольной зависимости и формирования трезвого образа жизни. Психотерапевтические подходы изложены в контексте последних достижений психологии и социологии.

Книга рассчитана на широкий круг специалистов — психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов.

ISBN 5-98549-014-9

© И.С. Павлов, 2006
© ПЕР СЭ, оригинал-макет,
оформление, 2006

Предисловие автора

В этой монографии автор сделал попытку обобщить свой более чем тридцатилетний опыт работы в практической психотерапии и двадцатичетырехлетний опыт преподавательской деятельности, показать видение психотерапии, исходя из опыта практической лечебной работы, поиска решения некоторых задач, стоящих перед психотерапией и преподавательской деятельностью.

Тенденции развития психотерапии, как науки, практическая работа психотерапевта, преподавание психотерапии тесно связаны между собой и потенцируют друг друга. Именно подготовка и усовершенствование психотерапевтов вскрывают положение дел, сложившихся в психотерапии. В процессе преподавания мы видим, какие трудности возникают при становлении врача как психотерапевта. На циклах усовершенствования мы слышим, как психотерапевты осмысливают свою работу, какие сложились у них рабочие концепции, психотерапевтические подходы к лечению тех или иных расстройств.

Прав В.В.Макаров, когда говорит: «Мир психотерапии не просто разнообразен — он необозрим. Каждый специалист видит лишь какую-то его часть. И называет только эту часть психотерапевтической». Можно сказать, что пока в психотерапии дело не дошло до Вавилонского столпотворения, хотя психотерапевты разных направлений уже плохо понимают друг друга.

Отрадно, что есть факторы, которые должны объединять психотерапевтов, но, к сожалению, которые не освещены, не

акцентированы в психотерапии — это процесс перевода человека из одного состояния (нежелательного) в другое (желательное), то есть из больного в здоровое при острых заболеваниях и относительного здоровья, компенсации при хронических формах заболевания. Если брать в расчет целостный подход к природе человека, а не отдельные его свойства, то этот процесс перевода из одного состояния в другое един, его конкретное содержание едино. Именно разработка конкретного содержания этой работы, ее этапов перевода из одного состояния в другое едины, пусть даже в разных формах исполнения, используемых методик. То есть не поиск наиболее эффективной, стопроцентной методики для психотерапии в целом, а на почве клинического, целостного восприятия человека разработка психотерапевтической технологии, содержания этой работы, ее этапы и на этих этапах поиск наиболее адекватных психотерапевтических приемов, действий для достижения этих подцелей, этапов. Технология процесса превращения больного в здорового, акцентирование внимания к этапам, достижение оптимальности на этапах углубляют психотерапевтический процесс, то есть перенос с целого на его промежуточные состояния психотерапевтического процесса. Эта работа должна преломляться не только сквозь призму нозиса, но топологического, личностного подхода, а также и индивидуального. Чтобы не затруднять восприятия технологий лечения, мы давали материал на уровне нозиса и лишь как пример дифференцированного личностного подхода отразили в главе «Психотерапия алкогольной зависимости», принципы применения которого при желании можно перенести на другие нозологии.

Клиническая психотерапия — это не история и никогда не будет историей. Клиническая психотерапия или медицинская психотерапия за рубежом — это сама психотерапия в прошлом, настоящем и будущем, это *Alma mater* всех разновидностей (модальностей) психотерапий, так как все они вышли из нее, порождены ее феноменами, фактами и факторами. Будущее за целостным, реальным человеком, а не за его отдельными концепциями, базирующимися на его отдельных, акцентированных свойствах.

Наблюдения при присутствии на клинических разборах

в начале моей работы на кафедре психотерапии ЦИУ врачей показали мне, что приблизительно 80% времени, если не больше, уходило на клиническую оценку больного, а конкретно психотерапии посвящались общие высказывания (рациональная, психотерапия, гипнотерапия, коллективная психотерапия, функциональные тренировки и т.д. и т.п.). Анализ литературных источников также показал, за редким исключением, отсутствие разработанной подробной технологии психотерапевтического процесса при лечении различных расстройств, на которую мог бы опираться психотерапевт в своей повседневной работе, внося в нее свою индивидуальность, или предлагая свой вариант по конкретной, поэтапной психотерапии, исходя из клинической природы расстройств, целостной сущности человека. Мы и начали разрабатывать эти вопросы, то есть технологию психотерапевтических процессов, ее конкретного содержания в своей повседневной работе. Это очень актуально сейчас, когда психотерапия трактуется в основном, как отдельные ее виды, техника, то есть модальности. В тех случаях, когда при преподавании на циклах усовершенствования делался акцент на изучении только модальностей, психотерапевты-практики ставили законный вопрос, а как лечить, что делать при тех или иных расстройствах, с которыми приходят пациенты.

Во введении даны некоторые взгляды на развитие психотерапии, на предмет психотерапевтического воздействия — личность, на пути развития психотерапии. В первой главе освещен вопрос психогений (неврозы, реактивные состояния), расстройств личности и поведения у взрослых (психопатий), даны этапы и конкретное содержание психотерапевтической работы при их лечении.

Во второй главе освещены клинико-психотерапевтические основы алкогольной зависимости, конкретное содержание и этапы психотерапевтического процесса, особенности проведения дифференцированной психотерапии в зависимости от типологических свойств личности больного, затронут культуральный аспект алкоголизма.

В третьей главе даны психотерапевтические подходы к формированию полноценной жизнедеятельности, как за-

ключительного психотерапевтического процесса лечения тех расстройств и случаев, где это актуально.

В четвертой главе освещены вопросы семейной психотерапии в клинике пограничных состояний и других расстройств, принципы ее организации и проведения, описаны приемы ее проведения.

В пятой главе дана психотерапевтическая тактика лечения некоторых расстройств, конкретное содержание этой работы.

В шестой главе даны основные положения психотерапевтических модальностей (методик), сжато описаны, но освещены основные базисные процессы модальностей, необходимая информация для проведения психотерапевтической работы в психотерапевтическом кабинете, их практическое освоение.

Содержание монографии расположено в таком порядке, чтобы акцентировать внимание на тактике построения психотерапевтического процесса, его конкретного содержания, то есть технология психотерапевтического лечения, так как содержание этой работы перманентно, а модальности (методики) вторичны. Модальности выполняют роль реализации содержания этого психотерапевтического процесса.

Некоторые небольшие по размерам, но важные по содержанию повторения освещают моменты, вызванные контекстом раскрытия тех или иных этапов и свойств психотерапевтического процесса, понимание его сущности и лишают читателя необходимости обращения по этому вопросу в другие разделы, делают контекст цельным.

В данной монографии мы предлагаем читателю наши авторские варианты технологии психотерапевтического процесса. Ведь технология психотерапевтического процесса является основой, базисом психотерапии.

Материал книги базируется в основном на материалах наших методических рекомендаций, утвержденных МЗ СССР и МЗ РФ (1975—2001 гг.).

Введение

Все существующее время от времени по каким-то параметрам отклоняется от нормы, выходит в той или иной мере и степени из строя, и поэтому все имеет службу помощи. Такое сложное явление как целостная природа человека и ее интегрирующая функция — личность имеют психотерапию. Элементы психотерапии, ее интуитивные формы возникли вместе с появлением человека и носили форму «жизненной» помощи на уровне интуитивного понимания сущности человека, его жизни в тех условиях (советы, народная мудрость, магическое мышление, ритуальное устранение расстройств, внушение, косвенное, чрезпредметное внушение и т. д.). Ведь у человека всегда было желание помочь другому, облегчить его страдания тем или иным способом вне ситуации соперничества, а душевную боль смягчить свойствами и состояниями своей души (сочувствие, сострадание, отвлечение, успокоение, утешение, воодушевление и т. д.). Интуитивно развивалась характерология, стимулируя развитие языка и речи.

Люди, чувствуя не психогенную, не корригирующую природу некоторых расстройств, обособляли, выделяли их в особую категорию явлений, что способствовало развитию психиатрии, в то время как психотерапия оставалась на уровне взаимопомощи, и особенно у людей, наиболее способных к этому (колдуны, целители, жрецы и т. д.).

Научная эра психотерапии началась во второй половине девятнадцатого столетия. Месмер, хотя и заблуждался относительно флюида, но дал факты использования внушения в процессе лечения, а английский хирург Брэд дал концепцию о гипнозе и ввел понятие «гипноз».

В конце девятнадцатого века возникла экспериментальная психология (В.Вундт). До ее возникновения, да и в настоящее время люди усваивают особенности психики человека из реальной жизни своего окружения, а в еще большей мере — из художественной литературы, что и рекомендовал делать наш отечественный психолог К.К.Платонов, а не по учебникам психологии, в которых в основном можно усвоить особенности психических процессов.

Развитие гипнологии (Брэд, Льебо, Шарко, Бернгейм, Крафт-Эбинг, Форель, А.А.Токарский, В.М.Бехтерев и др.) стимулировало развитие рациональной психотерапии (Дюбуа), как ответ на игнорирование разума в психотерапевтическом процессе. Процесс гипнотерапии, феномен постгипнотического внушения стимулировали развитие психоанализа (З.Фрейд). В ответ на «переоценку» либидо классическим психоанализом А.Адлер ввел понятие «комплекса неполноценности», а К.Юнг понятие «архетипов».

Психоанализ на почве американской культуры претерпел трансформацию в сторону акцентуирования культуральных и межличностных особенностей человека (Э.Фромм, К.Хорни и др.). В противовес психоанализу появилось гуманистическое направление в психотерапии, отражая соответствующие стороны природы человека. На базе учения И.П.Павлова об условных рефлексах появились многочисленные направления поведенческой психотерапии (И.Ф.Случевский, А.А.Фрикен, Н.В.Канторович, Г.Олпорт, А.Бандура, Б.Скиннер и др.).

Ряд сторонников психоанализа развили впоследствии другие направления в психотерапии: гештальт-терапия (Ф.Перлз); трансактный анализ (Э.Берн); психосинтез (Р.Ассоджиоли).

Важно посмотреть, что мы имеем сейчас на фоне бурного развития психотерапии. В настоящее время существует множество методик, техник, направлений, школ психотерапии, которых в данный момент от 400 до 700 (В.В.Макаров и др.). При этом они разнообразны, нередко конкурируют, противоречат друг другу и нередко представляют несовместимые между собой подходы.

Наличие такой ситуации не должно обескураживать, ес-

ли понимать, что психотерапия это не просто набор школ, направлений, методик, техник. Объектом и фундаментом психотерапии как дисциплины является личность, природа человека. Именно понимание сложности и многогранности предмета, объекта психотерапии, то есть личности, дает подход к пониманию к этому множеству школ, направлений, методик и техник. Нужно учитывать, что до сих пор нет общепринятых определений личности, взгляда на природу и сущность человека, которые охватили бы всю совокупность свойств человека, его глубину и многообразие, удовлетворили бы психотерапевтов во всех случаях практической работы, высвечивали бы мишени психотерапевтического воздействия, показали бы ширину и глубину расстройств функционирования личности на социально-психологическом уровне и органном физиолого-биохимическом реагировании и показали бы возможные предположительные особенности психотравмы и характер реагирования как в рамках нормы, так и патологии.

Положение дел в психотерапии характеризуется многообразием ситуаций, неповторимостью личного развития каждого человека, и в то же время типизацией личностей на определенном уровне. Совпадение этих многообразий, их частота повторений высвечивает те или иные грани многообразия жизнедеятельности человека, его реагирования. Все это содействовало и будет содействовать формированию многочисленных подходов к личности человека путем решения его проблем как в «нормальном», так и в «патологическом» состояниях.

Человек с его проблемами, потребностями, требованием развития, самоутверждения, с его необходимостью чувствовать свою значимость, смысл своей жизни, свое величие, с желанием получать и продуцировать чувственные впечатления, с его потребностью развивать, индуцировать и реализовывать свой потенциал, удовлетворять свою жажду познания является центром развития цивилизации. Важно уточнить, что человек не изучает ядерную физику, астрономию, социологию, а он решает свои проблемы в области познания природы для использования в своих целях, для решения своих задач. Познавая что-то, он избавляется от неопределенности,

неясности, расширяет степень своей свободы, приспособляет видимый, а теперь и невидимый мир в своих целях. При этом сам развивается, усвершенствуется, усложняется. Непознанные, неясные, скрытые явления и закономерности природы всегда несут определенную опасность, которую он не может предвидеть или не знает. В то же время конечного состояния, конечной цели нет, есть только развитие человека в частности и цивилизации в целом. Так что все науки служат человеку, его самоутверждению и развитию. В настоящее время можно констатировать факт, что относительно немного тратится материальных средств и усилий общества на изучение самого человека по сравнению с затратами и усилиями, направленными на освоение природы окружающего мира в целом. Все науки, изучающие самого человека, изучают отдельные стороны сущности человека. Так, например, философия изучает абстрактную, обобщенную сущность человека саму по себе, физиология и биохимия — физиологическую и биохимическую сущность его жизни, лингвистика — языковую, юриспруденция — правовую сторону жизни человека, психология — психические процессы, социология — общественные закономерности в жизни людей. Вследствие такого положения дел в Москве в конце девяностых годов состоялся симпозиум «Проблемы человека», на котором констатировалась тревога ученых, что человек в его изучении разъединен. Даже психиатрия изучает и занимается преимущественно выраженными расстройствами психики человека, которые резко дезадаптируют его жизнь.

На этом фоне только психотерапия изучает и имеет дело с единым, неделимым человеком, его сущностью в единстве всех его многообразий. В кабинете психотерапевта человек един и неделим, он представлен во всех его множественных связях и состояниях, интегрированных в единое целое, в его сущность. Так подспудно исторически сложилось, что с единым, цельным человеком в такой степени выраженности имеет дело только психотерапевт, хотя идеальным было бы, чтобы врачи других специальностей также учитывали личность человека, ее реакцию на расстройства и на лечебные мероприятия.

Психотерапия — не междисциплинарная профессия, ее

объектом изучения и терапии является человек в его единстве, целостности, многообразии проявления его природы, человек в своей сущности на данном отрезке времени. Повторяем, человек в кабинете психотерапевта един, неделим со всеми его проблемами, чаяниями, страданиями, и он воспринимается так, как он есть, во всей совокупности его внутреннего мира и внешних связей. Психотерапия, как и другие научные дисциплины, заимствует знания о человеке из других дисциплин, обогащаясь их сведениями об отдельных сторонах и явлениях жизни человека, но не более.

В подтверждение этого важно констатировать тот факт, что в сфере психотерапии и пограничной психиатрии, где психотерапевтический подход доминирует, больше всего разработано и предложено концепций и теорий личности.

Для понимания сложности, многовариантности, динамизма и изменчивости нашего предмета изучения (личности) с нашей попыткой организации ему помощи, вызвать у него процесс желаемого изменения приводим примеры подхода разных ученых к изучению личности, так как важно для психотерапевта знать, чувствовать и видеть это многообразие, динамизм личности в его кабинете.

Личность. Протогор: «Человек есть мера всех вещей».

Основоположник отечественной психиатрии С.С.Корсаков придавал большое значение личности в психиатрической клинике: «Личностью человека мы называем совокупность его душевных качеств: совокупность свойственных ему чувствований, его способ мышления, характер его поступков... Но это мало: личность не есть простая совокупность душевных свойств, а организованное их сочетание. Подобно тому, как ткани нашего тела слагаются в телесный организм, так и душевные свойства, сочетаясь по законам жизни, образуют личность». Автор пишет: «Все идеи, чувствования и побуждения слагаются вместе, и общий вид, общая сумма всего этого есть личность. Нужно прибавить, что сумма эта организованная, то есть в ней все отдельные составные части находятся в определенном взаимном и притом живом отношении друг к другу; между этими составляющими частями особенно важную, доминирующую роль играют те идеи, побуждения и чувствования, которые наиболее часты у данного человека,

которые составляют его существенную особенность, которые суть почти постоянная его принадлежность. Эта часть как бы господствует над другими; она управляет и ходом идей, и поступками, она подчиняет все своему влиянию, направляет психическую деятельность сообразно своим делам. Эта часть теснее всего соединена с теми представлениями и понятиями, которые образуют группу “я”».

С.С.Корсаков дает физиологическое обоснование своему пониманию личности: «В основе личности лежит своеобразная анатомическая организация, именно — совокупность нервных клеток и связывающие их соединительные пути, из которых одни, так сказать, более проторены, другие менее проторены, чем и обуславливается большая возможность одних комбинаций психических явлений перед другими».

Подчеркивая значения личности в клинике, С.С.Корсаков пишет: «Живая душа должна быть видна во всем и прежде всего в индивидуализации каждого больного. Больной не должен быть номером, а должен быть личностью... разумное понимание личности больного, связанное со специальным знанием патологии, является важнейшим элементом того строя жизни, которым действует психиатрическая лечебница».

Вот та главная линия нашей отечественной клиники, которая отличается самобытностью, целостным подходом к больному. Это звучит современно и актуально в настоящее время.

В России проблеме изучения личности уделялось большое значение, и по инициативе В.М.Бехтерева в Психоневрологическом институте А.Ф.Лазурским была создана специальная Лаборатория по изучению личности. Издавался журнал «Вопросы изучения и воспитания личности».

В.М.Бехтерев, исходя из того, что он для воздействия на человека с целью его лечебного изменения предложил триоиду (разъяснительная психотерапия, внушение в гипнотическом состоянии и самовнушение в просоночном состоянии), видел сложность личности, ее самозащищенности и поэтому предлагал воздействовать на сознание, бессознательное и актуализация и активация собственных ресурсов, включенность активности больного в лечебный процесс. А.Ф.Лазурский изучал «состав личности и те элементы, из которых она

складывается». Он определял личность, как сложное сочетание, организованное единство элементов, объединяемых в две большие группы: эндопсихические элементы (психофизическая организация человека — темперамент и характер) и экзопсихические элементы (то или иное отношение человека к различным объектам и проявлениям окружающей действительности) в их единстве, взаимосвязи и взаимовлиянии.

А.Ф.Лазурский придавал большое значение делению личностей по их психическому содержанию на группы и типы и выделил следующие типы:

1. Чистые типы различных уровней.

1. Низший тип (а. рассудочные; б. аффективные — подвижные, чувственные, мечтатели; в. активные — энергичные низшего порядка, покорно деятельные, упрямые).

2. Средний тип (а. непрактичные теоретики — идеалисты, художники, религиозные созерцатели; б. практики — реалисты, альтруисты, общественники, властные, хозяйственные).

3. Высший тип.

А.Ф.Лазурский считал, что уровни типов не изолированы, а являются этапами развития: «Так большинство типов среднего уровня представляют собой лишь последовательное развитие соответствующих им по своей эндопсихике низшего уровня с той только разницей, что здесь больше выражено психосоциальное».

В высшем уровне благодаря значительному богатству, сознательности и координированности душевных переживаний экзопсихическая сторона личности в ее высших идеальных проявлениях достигает необычного развития; эндопсихика, находящаяся в ней в полном согласии, составляет лишь ее подоснову.

4. Комбинированный тип (а. научно-практичные; б. научно-общественные; в. художественно-практичные; г. религиозно-практичные).

5. Извращенные типы.

Ученик В.М.Бехтерева и А.Ф.Лазурского В.Н.Мясищев подчеркивал, как и его учителя, целостность и единство личности, «личность не разлагается на части, она — органическое целое, в котором можно выделить те или иные стороны лишь для удобства анализа на определенной стадии, и лич-

ность имеет различные свойства, но не сводится к отдельным свойствам или к их совокупности».

По А.Н.Мясищеву «исследование личности является в значительной степени ее исследованием в ее отношениях», и в то же время «отношение человека это не часть личности, а потенциал ее психической реакции в связи с каким-либо предметом, процессом или фактом действительности». Он выделял в развитии и становлении личности усложняющиеся, обогащающиеся, углубляющиеся связи с действительностью, накопление в мозгу потенциала действий и переживаний, то есть опыта. Опыт существует в форме накопления: 1) знаний; 2) навыков; 3) умений; 4) отношений. Но вместе с тем ясно, что личность характеризуют не знания, навыки и умения, а «отношения».

В.Н.Мясищев, что особенно важно, подчеркивал динамику и изменяемость личности: «Личность имеет характеристику не линейную и не плоскостную. Если пользоваться пространственным образом, личность представляется только трехмерной величиной, как статуя, но в отличие от нее, она динамична и различна, в разных системах меняется в процессе жизни».

Учение о личности В.Н.Мясищева, как о системе отношений индивида с окружающей средой, получило дальнейшее развитие в стенах Института им. В.М.Бехтерева, на кафедре психотерапии ЦИУ врачей, в других учреждениях.

Большой вклад в изучение личности внес П.Б.Ганнушкин с учетом того факта, что каждому типу психопатии соответствует нормальный тип личности, и типы личностей имеют широкий диапазон от нормы до патологической выраженности. Мы взяли за основу в своей работе типы личности П.Б.Ганнушкина.

О.В.Кербиков придавал большое значение влиянию на личность и ее трансформации под влиянием ситуаций неблагоприятного воспитания.

В.Е.Рожнов в его взгляде на сущность человека подчеркивал роль не только антагонизма, но и синергизма сознания и бессознательного в жизни человека, а также отмечал большую роль эмоционально-стрессового фактора в жизни людей.

К.К.Платонов выделил в структуре личности следующие

подструктуры: 1) социально обусловленная (направленность, отношения, моральные качества); 2) опыт (знания, навыки, умения и привычки); 3) индивидуальные особенности форм отражения; 4) биологически обусловленная подструктура (темперамент, органические особенности).

С.Л.Рубинштейн указывал на три плана личности: 1) направленность (установки, интересы, потребности); 2) способности; 3) темперамент и характер.

В.С.Мерлин акцентировал внимание на целостность во всем в личности: «Неразложимые далее компоненты — это ее свойства. Каждое свойство личности одновременно является выражением и направленностью и характера и способностей, оно формируется в деятельности и вместе с тем в той или иной степени зависит от наследственных задатков».

А.Н.Леонтьев — «главная задача в том, чтобы выявить действительные «образующие» личность — это высшее единство человека изменчиво, как изменчива сама его жизнь, и вместе с тем сохраняющее свое постоянство, свою аутентичность». Он подчеркивал известное противоречие между очевидной изменчивостью человека и устойчивостью его как человека: «...в исследовании личности нужно исходить из развития деятельности, ее конкретных видов и тех связей, в которые они вступают друг с другом». Динамика жизни в сдвиге мотивов на цели, изменение их иерархии и рождение новых мотивов, новых видов деятельности.

А.В.Петровский рассматривал «личностное, как системное качество индивида, начинающее выступать в виде особой социальной ценности, своеобразного образца для освоения и реализации в индивидуальной деятельности людей и эталона «быть личностью», выступать в качестве предмета потребности индивида». Эта потребность «быть личностью» реализуется «в стремлении субъекта быть представленным в других людях, жить в них путем поисков деятельных средств, полагания себя в другого человека».

А.Г.Асмолов, рассматривая личность, считает, что «главными вопросами становятся вопросы о преобразовании закономерностей биологической эволюции в историческом процессе развития общества и системной детерминации жизни личности, способов существования и развития, кото-

рой является совместная деятельность в социально конкретно-историческом образе жизни данной эпохи».

Б.С.Братусь определяет личность в узком понимании (ядро личности) — «это не способ осуществления позиции, а сама позиция человека в этом сложном мире, которая задается системой общих смысловых образований». В широком понимании, с его точки зрения, личность включает и характер, это — «динамическая система смысловых образований, опосредующих ее главные мотивы и способы их реализации».

Что особенно важно, знание разнообразных подходов, попыток уловить сущность личности, ее структуру и взаимосвязь между элементами структуры, образующими личность, как единое целое, формирует у психотерапевта определенный преднастрой на восприятие личности больного, его природы и факторов, влияющих на него, высвечивают на этом фоне его проблемы, патофизику расстройств.

Отечественные авторы в своих подходах к изучению личности не допускали доминирования какого-то фактора, определяющего жизнь человека, а рассматривали все возможные составляющие жизни человека, их взаимосвязь в развитии, взаимообусловленность, целостность и единство личности в его многообразии и сложности, ее динамизм, изменчивость и константность.

Не менее интересными представляются и зарубежные подходы к изучению личности, которые хотя и в своих подходах выделяют отдельные системообразующие факторы, как определяющие всю сущность человека, его природу часто без взаимосвязи с другими факторами, присущими целостной природе человека. Они позволяют посмотреть, как под увеличительным стеклом на те или иные факторы, которые действуют в природе человека и в определенных ситуациях, на определенных этапах развития человека становятся ведущими.

Датой зарождения психоаналитического воззрения на личность и природу человека можно считать 1899 год, когда молодой З.Фрейд в Нанси у Бернгейма наблюдал давно известный специалистам факт постгипнотического внушения и призадумался над тем, что человек после выхода из гипнотического состояния не помнит о сделанных внушени-

ях, но выполняет их и пытается как-то объяснить эти свои действия, при этом не ссылается на внушения и содержание сделанных внушений. З.Фрейд по аналогии сделал предположение, что и в реальной жизни люди совершают поступки, выполняют действия, реализуют намерения, не всегда осознавая истинные причины этих действий. Эти факты послужили для З.Фрейда поводом к изучению скрытых аспектов человеческой деятельности, к изучению роли бессознательной сферы в жизни людей.

Основоположник психоанализа в организации модели личности выделил три уровня: 1) сознание (то, что осознается в данный момент; 2) предсознательное (все то, что не осознается в данный момент, но может спонтанно или произвольно вернуться в сознание); 3) бессознательное (хранилище инстинктивных тенденций и представлений, которые по своему содержанию неприемлемы и вытеснены в эту сферу).

В структуре личности З.Фрейд выделил три подструктуры:

1. Ид (оно), которое содержит врожденные примитивные, инстинктивные тенденции личности и функционирует в бессознательной сфере, порождая те или иные тенденции, реакции, является посредником между собой и психическими процессами в организме и подчиняется принципу удовольствия. Движущей силой «ид» является либидо и тонатос.

2. Эго (Я) испытывает влияние ид (оно) и, учитывая суперэго, пытается реализовать тенденции ид. Является результатом взаимодействия энергии ид (катексис) с воздействием энергии суперэго (контркатексис) и обеспечивает социальность человека и подчиняется принципу реальности.

3. Суперэго (сверх-Я) содержит модель усвоенных общечеловеческих норм и стандартов поведения в обществе.

А.Адлер делал упор в своем понимании личности на том, что индивидуум не может быть отделен от социума, и ввел понятие «индивидуальная психология» (индивидуальный — дословно: неделимый, сущность, которую нельзя разделить). Он считал, что основной движущей силой человека является комплекс неполноценности, который формируется в детстве как реакция детей на взрослых и как компенсация этого чувства в жизни, стремление к совершенству, к превосходству и власти, что и является ведущей мотивационной силой чело-

века. Гиперкомпенсация этого чувства — комплекс превосходства.

Мы нарушим хронологию с целью показать динамику взглядов на личность, трех представителей Венской школы в психотерапии и приводим взгляд В.Франкла. В.Франкл видел основной движущей силой в личности, системообразующим фактором стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни, как врожденную мотивационную тенденцию. Отсутствие смысла порождает состояние экзистенциального вакуума. Так что на примере взглядов всех трех представителей Венской школы психотерапии (З.Фрейд, А.Адлер, В.Франкл) можно проследить диалектику и динамику взглядов на личность, ее многозначимость и многомерность. Развитие взглядов на личность идет от инстинктивных тенденций к стремлению к совершенству и власти в микро-среде до поиска человеком смысла своей жизни.

К.Юнг расширил понятие З.Фрейда о бессознательном за счет эволюционных процессов и выделил в структуре личности (души): эго, личное бессознательное и коллективное бессознательное. Эго: центр сферы сознания, все те мысли, чувства, воспоминания, ощущения, благодаря чему мы чувствуем целостность, постоянство и воспринимаем себя людьми.

Личное бессознательное: в прошлом пережитое и осознаваемое, но в настоящее время забыто, вытеснено, скопление эмоционально заряженных переживаний, комплексов из личного опыта или из родового, наследственного и может оказывать даже очень сильное влияние на жизнь человека.

Коллективное бессознательное: хранит латентные следы памяти человечества, то есть общие для всех человеческих существ мысли и чувства, как результат нашего общего эмоционального прошлого, духовное наследие человеческой эволюции, возродившейся в структурах мозга каждого индивидуума, называемое «архетип». В архетипах — врожденные идеи или воспоминания, предлагающие воспринимать, переживать и реагировать на события определенным образом, то есть предрасполагающие факторы.

К.Юнг в структуре личности выделяет:

- **персона** — наше публичное лицо, наше «Я» в отношении с другими людьми. Ее цель — производить впечат-

ление на других людей или утаивать от них свою внутреннюю сущность. Персона нужна для жизни среди других людей;

- **тьнь** — подавленная, темная, животная, неприятная сторона сущности человека. Содержит аморальные мысли и страсти, агрессивные сексуальные тенденции.

В архетипах: анима — внутренний образ женщины в мужчине, его бессознательная сторона; анимус — внутренний образ мужчины в женщине, ее бессознательное мужское.

Архетип самость — сердцевина личности, системообразующий архетип, вокруг которого формируются все элементы личности, целостность и единство, обнаруживается в мифах, в религиозном и мистическом опыте, сне, фантазии.

Типы личностей по К.Юнгу — экстраверты и интроверты.

Психоанализ на почве американской культуры претерпел трансформацию в сторону акцентирования культуральных и межличностных особенностей личности.

Э.Фромм полагал, что личность — продукт динамического взаимодействия между врожденными потребностями и давлением социальных норм и предписаний, и люди борются за достижение большей личной свободы в развитии всех своих потенциальных возможностей. В то же время за значительную степень автономии и свободы выбора, которыми наслаждаются люди современного общества, платится чувством утраты полной безопасности и отсутствия чувства своей значимости. Ценой возникновения чувства отчуждения от природы и общества люди платят за свободу и автономию. Путем отказа от свободы и подавления своей индивидуальности люди преодолевают чувства одиночества, незначительности, отчужденности, но есть позитивная свобода, когда человек чувствует себя частью мира и в то же время не зависит от него. Так что конфликт в личности уже носит другой характер — между стремлением к свободе и стремлением к безопасности, имеет наиболее мощную мотивационную силу в жизни людей и обусловлен экзистенциальными потребностями: 1) в установлении связей; 2) в преодолении; 3) в корнях; 4) в идентичности; 5) в системе взглядов и преданности.

Соответственно своей концепции Э.Фромм выделяет сле-

дующие типы личности: 1) рецептивный; 2) эксплуатирующий; 3) накапливающий; 4) рыночный; 5) продуктивный.

К.Хорни создала социокультуральную теорию личности, резко отрицая постулат З.Фрейда о психологии женщины, особенно в том, что движущей силой женщины является «зависть к пенису». К.Хорни в своих теоретических воззрениях исходила из базисных потребностей ребенка — потребность в удовлетворении и потребность в безопасности, то есть быть любимым, желанным и защищенным от опасности или враждебного мира. Когда родители препятствуют удовлетворению потребности в безопасности, то возможно патологическое развитие личности и развитие у ребенка базальной враждебности. Формируется конфликт между зависимостью от родителей и чувство враждебности к ним, который вытесняется, а отсутствие чувства безопасности продуцирует тревогу. К.Хорни выделяет три типа ориентации людей: 1) ориентация на людей — уступчивый тип; 2) ориентация от людей — обособленный тип; 3) ориентация против людей.

Г.Оллпорт в структуре личности уделял большое внимание характеру влияния когнитивных и мотивационных процессов на саму личность. Личность по Г.Оллпорту — это «динамическая организация тех психофизических систем внутри индивидуума, которые определяют характерное для него поведение и мышление». Любой человек ведет себя с определенным постоянством и не так, как другие... и причина этого в его «чертах». Черта — предрасположенность вести себя сходным образом в широком диапазоне ситуаций, и разнообразные стимулы могут вызвать одинаковые ответные реакции, и в то же время множество реакций могут иметь функциональное одинаковое значение. В дальнейшем понятие «черта» получило развитие в понятии «индивидуальные диспозиции». Он выделял в личности диспозиции: 1) кардинальная, пронизывающая личность полностью, и все поступки человека можно свести к ним; 2) центральная — блоки, составляющие индивидуальность; 3) вторичные — менее заметные, менее устойчивые (например, предпочтение в чем-то).

Г.Оллпорт в понимание личности включает ее единство,

структуру и интеграцию всех аспектов индивидуального, дающие личности ее самость (ощущение самоидентичности, самоуважения, расширения самости, образ себя, рациональное управление самим собой, ощущение своего тела, жизненные цели). Г.Оллпорт, что особенно важно, вводит понятие «зрелой личности».

Б.Скиннер создал теорию оперативного научения, отражающую свойства личности как обучающейся системы. Он делает акцент в изучении личности и ее свойств на то, что внешние воздействия определяют человека, в частности, возможностью подкрепления. Б.Скиннер игнорировал интрапсихические и биологические факторы из-за того, что их нельзя измерить. «Люди — очень сложные явления, но все же машины», — считал Б.Скиннер и возражал против понятия свободы выбора, полагая, что поведение человека контролируется аверсивными (болевыми, неприятными) стимулами. Его понятия «респондентское поведение» соответствует учению И.П.Павлова. Поведение контролируется и базируется на ответе на знакомый стимул и на результате полученного после ответа.

Альберт Бандура ввел понятие «взаимный детерминизм» — взаимодействие внутренних детерминантов поведения (ожидание, предположение, вера) и внешних (поощрение, наказание) и подчеркивал роль способности оперировать символами, саморегуляции и познания в поведении, научение через моделирование и, как результат этого — самоэффективность (умение осознавать свои способности, выстраивать поведение, соответствующее целям и задачам человека с учетом ситуации). Самоэффективность формируется и приобретается путем формирования способности выстроить поведение из косвенного опыта, вербального убеждения, эмоционального подъема.

Д.Келли предложил психологию личностных конструктов и выделил главной чертой личности ее когнитивные процессы, как системообразующую черту функционирования человека. По определению Д.Келли, человек — ученый, исследователь, стремящийся понять, интерпретировать, предвидеть и контролировать мир своих переживаний, для того чтобы эффективно взаимодействовать с ним. Он подчеркивал такое

свойство личности, как возможность многообразно и альтернативно воспринимать мир и его факты существования, и свойство человека рассматривать их с различных точек зрения. Восприятия преходящие, и они редко бывают сегодня такими же, как были вчера или будут завтра. На это свойство человеческой психики Д.Келли вводит понятие «личностный конструкт» — идея или мысль, которую человек использует, чтобы осознать или интерпретировать, объяснить или предсказывать свой опыт. В новых ситуациях человек действует в цикле: ориентировка — выбор — исполнение и конструктивная система человека меняется в соответствии с успешностью интерпретации повторных явлений. Личность по Д.Келли — это система личностных конструктов, то есть набор гипотез о нашем вечно меняющемся мире, которые постоянно проверяются опытом, и люди действуют только в пределах конструктов, которые они приобрели.

А.Маслоу видел в творчестве людей их основное свойство, но, к сожалению, многие люди теряют это свойство в процессе их «окультуривания». Творчество проявляется во всех сферах самовыражения.

В структуре личности А.Маслоу выделил следующие потребности по мере их возникновения и удовлетворения: 1) физиологические; 2) безопасности, защиты; 3) принадлежности и любви; 4) самоутверждения; 5) самоактуализации, или личного усовершенствования; 6) в познании и понимании; 7) эстетические. Важно подчеркнуть иерархию потребностей в динамике их удовлетворения и возникновении новых.

А.Маслоу считал, что системообразующим фактором личности является самоактуализация, которая проявляется в 1) более эффективном восприятии реальности; 2) принятии себя, других и природы такими, какими они есть; 3) непосредственности, простоте, естественности; 4) центрированности на проблеме; 5) независимости (потребности в уединении); 6) автономии (независимости от культуры и окружения); 7) свежести восприятия; 8) вершинных или мистических переживаний; 9) общественных интересах; 10) глубинных межличностных отношениях; 11) демократическом характере; 12) разграничении средств и целей; 13) философском чувстве юмора; 14) креативности; 15) сопротивлении окультуриванию.

К.Роджерс сформировал феноменологическую теорию личности. Поведение человека можно понимать только в терминах его субъективного восприятия и познания действительности, и оно играет ключевую роль в определении внешнего поведения человека. Второй важный фактор в том, что люди свободны в решении, какой должна быть их жизнь в контексте врожденных способностей и ограничений и воспринимать себя в качестве основного контролирующего фактора своей жизни. Третий фактор во взгляде К.Роджерса на природу человека в том, что он в своей основе добр и обладает стремлением к совершенству и самая важная сущность природы человека в ориентировании на движение вперед к определенным целям, конструктивности, реалистичности и заслуживает доверие. Человек самоуправляем, а не управляем силами, не подвластными ему, человек позитивное и разумное создание, которое в глубине своей души хочет жить в гармонии с собой и с другими.

Полноценно функционирующий человек по К.Роджерсу это: 1) открытость к переживанию; 2) экзистенциальный образ жизни; 3) организмическое доверие; 4) эмпирическая свобода; 5) креативность. К.Роджерс в своей теории личности опирается на понятие «самость», как дифференцированную часть феноменологического (осознанное восприятие Я, то есть, что он собой представляет, как мы видим себя в связи с различными ролями).

Ирвин Ялом видит сущность человека в его базисном конфликте, который обусловлен «конфронтацией индивидуального с данностями существования». Данности существования — определенные конечные факторы, являющиеся неотъемлемой, неизбежной составляющей бытия человека в мире. И.Ялом выделяет четыре конечные данности: смерть, свобода, изоляция и бессмысленность. Для изучения содержания переживаний этих данностей необходима глубинная личностная рефлексия (отвлечение от повседневности, свобода, молчание и время).

Э.Берн в своем взгляде на личность как на комплекс интерперсональных отношений оригинален структурой личности, своеобразной трансформацией психоаналитической (век операций, игр, алгоритмов) структуры личности (ид, эго,

суперэго — в ребенок, взрослый, родитель) и особенностями трансакций в интерперсональном взаимодействии, наличием игр как механизмов психологической защиты жизненных сценариев (жизненных планов личности, неосознанных пьес, которые человек проигрывает в течение своей жизни). Один из учеников З.Фрейда Отто Ранк писал: «Психологические теории меняются, как мода, и по необходимости вынуждены меняться, чтобы стать доступными и описать существующий тип человека в его динамической борьбе за выживание и бессмертие». Да, действительно, теории личности возникают, но не сменяют друг друга, а дополняют, высвечивают более ярко те или другие стороны природы личности человека, его сущности, пытаясь глубже проникнуть в закономерности ее функционирования.

История учения о человеке, его личностной природе во всем динамизме взглядов и воззрений на человека еще не написана, но она важна для психотерапевта в формировании у него понимания сущности человека в его повседневной жизни. Мы видим, что психотерапия — это не методики, техники, а нечто большее, куда и входят методики и техники.

Конечно, историю учения о человеке, его личности надо начинать с библейских времен, Гиппократ, Лукреция («О природе вещей»), Гельвеция («Об уме, о человеке»), Декарта («О правилах руководства ума»), Гегеля («Феноменология духа») и других исследователей.

Наша цель в том, чтобы дать материал для раздумий психотерапевту, в формировании у него тенденции вскрытия человека в его сложном многоуровневом, многофакторном, индивидуальном, неповторимом, уникальном в своем роде аспекте, то есть целостно в совокупности всех его проявлений на данном этапе развития.

Все приведенные воззрения ученых на личность, природу человека взяты из реальности, они искренне стремились познать истину такого сложного и универсального явления, как человек во всей его многоликости и многообразии жизненных проявлений, но с разных точек зрения. Психотерапевту важно быть знакомым с этими воззрениями, так как они дадут ему возможность уловить сущее, главное в данном моменте жизненной ситуации пациента.

Приведенные выше взгляды на личность разных авторов преследовали прежде всего цель показать сложность и многогранность вопроса природы и сущности личности. В этом вопросе не следует искать предпочтительные, наиболее идеальные взгляды на личность, так как они отражают ту или иную сторону сущности человека, ту или иную позицию взгляда на человека. Этот раздел не был предназначен для освещения теорий личности, их изучения (для этого есть специально предназначенные монографии), а для общего ощущения сложности сущности личности, для того чтобы иметь в своем пассивном арсенале многогранность взгляда на личность.

Любая из этих теорий взята из реальной жизненной ситуации, в которой оказалась личность на каком-то этапе своего динамического развития, и стечение явлений и обстоятельств высветили те или иные свойства личности, которые наиболее актуальны в этой ситуации.

Важно помнить, что личность настолько сложна, что все эти теории верны и отражают реальность с учетом ситуаций и внутриличностной динамики. Они могут абстрактно противоречить друг другу, но в контексте личности с ее сложностью, многоуровневостью, многофакторностью и изменчивостью — нет. Усвоив их как возможные варианты, имея в своем пассивном арсенале, врач, повторяем, может глубже уловить непосредственно свойства личности пациента.

Как считал К.Ясперс «по своей природе человек — существо незавершенное и потому он, именно как человек, не доступен познанию». В данном случае вернее сказать, что человек по своей природе неисчерпаем, бездонный, не застывший, развивающийся. Даже физиологически человек не застывший, неисчерпаем, и об этом говорят спортивные достижения, которые прогрессируют, а тем более психологические, личностные возможности развития в освоении окружающей действительности, использовании их в реальной жизни. Безграничность человека в его делах как фактор безграничности человека.

В то же время К.Ясперс определяет целое как «та незаметная на первый взгляд основа, которая управляет всеми частностями, ограничивает их и определяет пути и характер нашего понимания частностей». Мгновенное целое — «форма,

в которой протекает психическая жизнь в данный момент времени». То есть врач в целом и психотерапевт в частности имеет дело с ситуационным целостным, целостным человеком в данной ситуации.

В заключение по данному вопросу К.Ясперс констатирует: «...постижение целостности отдельного человека — это не что иное, как обнаружение связей между всем тем, что нам известно об этом человеке... целостность заключается в идее всеобщей взаимосвязанности познаваемого». Он констатирует, что сумма характерологических качеств есть сущность души, а совокупность психических понятных связей — ее бытия, и теории отражают истинную реальность, причинные связи составляют суть вещей. Только клинический подход учит и дает возможность специалисту в уме сделать относительно всеобщую взаимосвязь познаваемого, учитывать целостность пациента в данной его жизненной ситуации, с которой ему необходимо работать. Клинический метод позволяет в уме синтезировать все характерологические качества с учетом всех связей в целостную функциональную систему. К.Ясперс прав, что полного, всеобщего познания человека нет, так как и абсолютной истины нет, есть относительная, которая стремится приблизиться к абсолютной, и клинический метод идет этим путем, приближаясь к истинному познанию. То есть клинический метод обеспечивает наиболее приближенное понимание человека в его состоянии для наиболее адекватного психотерапевтического воздействия.

Основным методом исследования личности в медицинской практике, как известно, по-прежнему является клинический метод (В.М.Мясищев, В.Е.Рожнов, М.С.Лебединский, Б.Д.Карвасарский, Г.Е.Сухарева, М.Е.Бурно, В.Я.Семке и др.).

По этому поводу С.Я.Рубинштейн говорит: «Само собой разумеется, что в психиатрии, как и в любой области медицины, клинический метод исследования, синтезирующий все объективные данные о больном и о течении его заболевания, является основным методом исследования».

Клинический метод исследования личности целенаправлен: «Клиницист ставит себе проблему, создает гипотезы, меняет условия в процессе своих исследований и, наконец,

проверяет каждую отдельную гипотезу реакциями, вызванными беседой. Он является ведущим беседу и одновременно ведомым...» Ж.Пиаже (цит. по В.Г.Норанадзе).

Даже с практической точки зрения нет возможности исследовать всех больных экспериментально-психологическими методиками, так как нагрузка патопсихолога — исследование двух больных в день или 20—25 заключений в месяц (С.Я.Рубинштейн).

Сущности клинического метода, то есть целостного восприятия сложного объекта (человека), не придавалось большого значения в науке как методу. Сейчас вопросы и методы целостного восприятия сложных объектов стали актуальными в научной методологии в связи с появлением компьютерных технологий, методологий, восприятием сложных объектов, явлений, с оценкой общей ситуации.

Медицина с древнейших времен строилась на целостном восприятии такого сложного явления, как человек, на том, что в общенаучном плане только недавно началось изучаться. Важно отметить, что еще в одной сфере деятельности с самого начала был положен принцип целостного восприятия человека — это искусство и художественная литература. Отмечено, что искусство еще теснее, чем наука, связано с процессами непосредственного восприятия. Переводя общеизвестные факты прошлого на современный научный язык, можно сказать, что искусство, по сути дела, — это метод изучения сложных систем, и наука и искусство объединяют, во-первых, предмет изучения (реальный мир, в том числе и человека), во-вторых, творческое начало. Клинический метод, клиника использовала в своем развитии с самого начала свойства человека, развивающие как науку, так и искусство.

В общем плане, в познании окружающей действительности и самого себя человеком наука и искусство дополняют и обогащают друг друга. Недаром Р.Л.Грегори считал восприятие прототипом мышления, а науку «своего рода опосредованным восприятием». Можно с полной уверенностью сказать, что на стыке соприкосновения науки и искусства, а вернее — на заре возникновения науки как феномена и искусства, возник клинический метод. Клинический метод, клиничность обозначают, в первую очередь, восприятие всех

проявлений свойств и состояний человека, как соматически, так и психически с учетом социальных факторов. Выделение из этого множества проявлений свойств и явлений существенного, актуального, которое имеет доминирующее значение и которое влияет в первую очередь на состояние человека, даже если это на первый взгляд неочевидно для непосвященного.

В изучении такого сложного объекта, как личность, играет существенную роль структурный подход, то есть изучение структуры (архитектоники), функций составляющих свойства личности, их положения и роль внутри личности, характера связей с целым, характера влияния частей на целое, их соединения в целом. В какой степени свойства целого повторяются в свойствах его отдельных составляющих.

Как при взаимодействии со средой у личности формируются новые свойства (вызов на требование среды и ситуации), так эти свойства интегрируются в целостную личность, ее объединяющий фактор.

Важную роль в формировании такого сложного целостного объекта, как личность, играет свойство внутриличностной гармонии или дисгармонии в патологии. Греческое слово «гармония» (*harmonia*) значит уравновешенность внутренних составляющих, соразмерность, стройность, соподчиненность, упорядоченность свойств, повторяемость целого в его частях, в их единстве.

Личность — динамическая система и в первую очередь обусловлена динамичностью ее интересов в зависимости от внутреннего состояния и меняющихся ситуаций, статусов, динамичности свойств частей и целостной личности, их взаимовлияния. В восприятии личностных внутренних свойств играет роль вскрытие латентных внутренних свойств, которые в любой момент могут вступить в действие, понимание их структуры и глубинных внутренних связей, взаимосвязей, назначений, причин и следствий.

Процесс понимания личности — это восприятие целостной структуры, где все свойства занимают свои положения и проявления, взаимосвязи, смысловые взаимодействия в данном случае на основе предыдущего опыта, узнаваний, уяснений. Чувствовать целостность — значит, иметь в виду,

что человек рожден, учился ходить, говорить, ходить в школу, усваивал культуру микросреды, а в чем-то отрицал, развивался, самоутверждался в своем окружении, решал так или иначе свои проблемы, возникающие на всех этапах развития, приобретал опыт. Его сущность проявлялась и проявляется во внутренних переживаниях, размышлениях, в сформированной у него картине мира, в его восприятии этого мира, проявлениях эмоциональной, интеллектуальной и волевой сферах. Он через них выражает свою сущность, обладает самосознанием, конкуренцией своей сущности, которая существует латентно и проявляется в ситуациях ее актуализации, в гармонии и дисгармонии, в расстройствах, патологии.

Важно, как показывают наблюдения, постоянно помнить и чувствовать, что он живое существо, то есть постоянно чувствующее, переживающее, заботящееся о себе, о своем самочувствии, здоровье, формировании и поддержании себя как человека с определенным самосознанием.

Важно учитывать личность в ситуации, и как результат этого — ситуационная личность, то есть перестроенная своими внутренними составляющими соответственно ситуации, но сохранившая свою самоидентичность в ситуации, это интересы личности в данной ситуации. Ситуационная личность — это позиция личности, ее Я в данной ситуации, ее стратегия и тактика, то есть оппозиции или синергизма, человек весь в ситуации или у него преобладают более высокие тенденции, чем ситуации, и т. д. Клинический метод предполагает изучение личности с ее особенностями, и расстройств в их диалектическом единстве, базирующемся на биологической почве, в взаимосвязи психики и сомы.

Клинический метод, подход формировался еще до нашей эры в процессе изучения сущности человека в его многообразии единства психики и сомы, сущности расстройств, нарушений функций организма, в том числе и в сфере психики человека. В процессе изучения этого единства происходил и происходит анализ взаимосвязей этих факторов, проникновение в глубину сущности связей между расстройствами породило нозологию. Все это составляет клинический подход, и он углубляется и расширяется за счет многих новых способов, методов исследования, ассимилируя их для единой це-

ли — более полного и более углубленного изучения природы и сущности расстройств с целью более успешного лечения, коррекции этих расстройств и болезней. Не надо забывать и тот факт, что многие так называемые психологические методики изучения личности вышли из клинического метода. Так, ММРІ и другие тесты явились результатом наблюдения над работой психиатров, записи их вопросов, статистического и иного обобщения их работы.

Общеизвестно, что в познании личности человека следует выделять свойства человека и свойства, особенности восприятия воспринимающего, изучающего, то есть процесс и результат восприятия целостного образа зависит от свойств и особенностей самого объекта восприятия. Способность психотерапевта воспринимать другого человека, его сущности, его проблемы, соотношение сущности человека и проблемы, проблемы через сущность.

Клинический метод предполагает восприятие, узнавание типичного, сомнение в типичности, проверка и перепроверка этого, анализ соотношения признаков с другими типичностями в их варианте атипичности, возможными вариантами, синтез всего полученного материала, допущение возможности случая, еще не известного, расширение возможности случая других категорий, отделение существенного в данном случае от несущественного, допущение вероятности роли несущественного. Синергизм и антагонизм свойств и явлений, и на этой почве при полном синергизме одно, при антагонизме другое, а при наличии того и другого третье.

Поэтому при клиническом подходе имеет главенствующее значение опыт, наблюдение над случаями, взаимоотношение опыта и теории, при котором теория обогащает опыт, делает его более глубоким, разносторонним, дает оттенок вероятного прогнозирования при недостаточности данных, ранних этапах расстройств, а опыт уточняет теорию. Анализ и синтез полученных данных, их соотношения с нозологиями, их вариантами приближают нас к истине. Здесь важны уровни базисных, исходных знаний, накопленного опыта, то есть видеть случаи, их варианты и инварианты.

Клинический вариант изучения случая Т Н И, где Т — типология личности, Н — нозологии, расстройства и их

типологическая сущность и И — индивидуальность, неповторимость личности и случая, хотя предварительно рассматриваются жалобы пациента, свойства расстройств.

Психотерапия, по нашему мнению, прежде всего — наука о человеке, его жизнедеятельности, в том числе и душевных трудностях, страданиях, отклонениях в природе его функционирования (как в рамках нормы — психопрофилактика, так и патологии) и на этой основе его трудности и трудности его окружения и с помощью психотерапевтической деятельности нормализация функционирования человека, устранение или облегчение страданий, трудностей у него и его окружения. Определение чего-то не может полностью отобразить сущность явления, тем более такого, как психотерапия, но все освещают существенное по их пониманию.

В.Е.Рожнов определил психотерапию, как «комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе и своему состоянию и окружающей среде», которое носит и педагогический оттенок, потому что сразу указывает психотерапевту, что делать в своей работе. Б.Д.Карвасарский дает определение более лаконичное и академическое: «...психотерапия как система лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного». Оба определения носят лечебный, медицинский уклон.

В.В.Макаров определяет: «Психотерапия — это процесс психологического упорядочивания прошлого, настоящего и будущего, достижение гармонизации с собой и миром в настоящем», что делает упор на гармонизацию развития.

Клиническая психотерапия. Как из стволовых клеток вырастают все органы и ткани, так из клинической психотерапии появляются разные модальности. Брались и берутся одни из сторон клинического, целостного подхода факторы, проявления, абсолютизируются до свойств целостного человека эти отдельные факторы, проявления личности и появляются, таким образом, модальности. То есть, происходит редукция, упрощение человека, его природы, проявлений, сущности. Так же происходит и редукция психотерапевтических воздействий. Например, в гештальттерапии — это проблема фигуры и фона (гештальта),

в поведенческой психотерапии проблема условного и операционного подкреплений, в психодрамме — явление катарсиса и формирование других способов поведения, в психоанализе — проблема соотношения оно (либидо в широком смысле этого слова), то есть катексис и контркатексис, в символдрамме через мотивы проекции, осознание вытесненных комплексов, в психосинтезе — формирование и укрепление объединяющего центра «Я», которое подчиняло и управляло бы всеми сферами человеческой жизни и т.д. Модальности, их развитие играют положительную роль, так как изучают, разрабатывают в тонкостях и глубоко отдельные стороны психической деятельности, отдельные, фрагментарные психотерапевтические механизмы. Так что, модальности вышли из клинической психотерапии, обогатились отдельными тонкостями, глубиной отдельных факторов, проявлений, и могут быть возвращены на свое место в целостное восприятие человека, в целостное воздействие по нормализации его жизнедеятельности.

Бесспорно одно, психотерапия — это всегда помощь, которая носит характер, исходящий из понимания природы человека, его личности, природы расстройств, их сущности. Поэтому разные психотерапевтические школы, исходящие из своих представлений о причинах, природе и механизмах расстройств, имеют свои модели помощи.

Бесспорно, жизнь человека — это изменения и перемены, этапы дезадаптации и адаптации. Естественно, человек изменяется волнообразно и парциально. Есть этапы ригидности в целом, есть этапы изменения в чем-то, но сохранения себя без изменений в чем-то ином, то есть изменения не носят тотальный характер, не захватывают личность в целом. У человека присутствуют этапы зависимости от среды и этапы автономности, он управляет средой и в то же время он влияет на свою среду, управляет ею в какой-то мере, может сменить ее, среда оказывает на него влияние, и он влияет или пытается оказывать влияние на нее.

Вопросы изменения человека, его развитие и константности, их периоды, этапы, тотальность в этих вопросах и парциальность, закономерности этих естественных процессов, к сожалению, недостаточно освещены в литературе, хотя для развития психотерапии имеют важное значение.

Психотерапия — наука о человеке, о целостном человеке (в отличие от психологии, физиологии, биологии и т. д.) в многогранности и единстве его бытия, как о самоорганизующейся и развивающейся живой (чувствующей) единице в физической, душевной и духовной, социальной сферах одновременно, чего ни одна из других дисциплин сделать не может в силу своей специфики, и на этой основе нормализация ее жизни во всех сферах, в частности и в ее сущности в целом. *Хочется повторить еще раз, что в кабинете* психотерапевта человек един, неделим с его проблемами, расстройствами, и его состояние зависит от общего состояния здоровья, самочувствия, душевных переживаний, самореализации, саморазвития, материальной удовлетворенности, чувства уверенности в безопасности, отношений в микросреде, и все это в динамике, в прогрессивном развитии. Слова С.Л.Рубинштейна верны, как никогда, когда он говорит о том, что личность целиком не входит в психологию и не может быть предметом изучения только психологии.

Личность, человеческий индивид, как результат социально-психологического и биологического единства в своем обособлении, имеющий свое развитие и функционирование, направленное на полноценную, приемлемую для него жизнедеятельность, развивающийся под влиянием контакта, взаимодействия своего внутреннего мира и среды. Человек формирует свои цели, задачи, смысл своего существования в своем внутреннем мире и среде, осваивает природу в своих целях и создает культуру своей среды, проявляет единство, неповторимость и в достаточной степени общность с окружающей микросредой, обществом в целом для совместной жизнедеятельности. Он формирует с помощью механизмов самосознания свою сущность и защищает ее с помощью механизмов психологической защиты.

На базе клиники, клинического подхода развилась психотерапия за рубежом и у нас. Повторяем, так же, как ММРІ и другие тесты явились результатом наблюдения над работой психиатров, статистического и иного обобщения их работы, так и все «неклинические» психотерапевтические методики в большей или меньшей степени вышли из клинической психотерапии.

Многие психотерапевты, работая в клинике, в силу тех или иных причин начали придавать большое значение каким-то отдельным факторам, присутствующим в общей клинической картине или вскрываемым в процессе проводимой психотерапевтической работы, развивали их до отдельных методик, направлений в психотерапии. Так, например, К.Роджерс создал свои «помогающие отношения», которые многим психотерапевтам даны от природы и они говорят: «А разве может быть иначе в подавляющем большинстве случаев в процессе проведения психотерапии, разве другие отношения возможны». Эти факторы проявляются и в других сферах человеческой деятельности. Так, К.С.Станиславский, будучи второсигнальным, мыслительным типом с вечными сомнениями (психастеник), попав в театральную среду, в силу личностных особенностей трудно входил в роль и внутренне был вынужден создать свою театральную школу. По таким или иным аналогиям, очевидно, создавались многие психотерапевтические школы, то есть компенсаторно или по пути личностного роста и развития.

У нас в стране в целом развивалась клиническая психотерапия, хотя в публикациях в некоторых случаях и были цитаты и высказывания идеологического характера, но в целом она развивалась сообразно клинической картине болезни или расстройства и носила лечебный характер. В этом ее непреходящая ценность и актуальность в настоящем и будущем.

Да, важно изучение в наше время вопроса агрессии в целом, разработка механизмов ее возникновения (фрустрационная, наученная и т. д.), но важно идти дальше и устанавливать, у кого они проявляется, в рамках каких расстройств и ситуаций (незнакомая ситуация, некомпетентность в ней; у фрустрированного человека, который в преморбиде был в рамках нормы; у человека уже с невротическими расстройствами или реактивным состоянием; у психопатической личности; у душевнобольного человека, у человека с органическим поражением ЦНС и т. д.).

Случившийся разрыв в развитии психотерапии в нашей стране носит искусственный, кажущийся характер. Психотерапия в реальности развивается плавно, исходя из наличного

этапа развития, ускоряя или замедляя свое развитие в целом, и в отдельных странах в частности. Так, психоанализ был порожден гипнозом, его феноменами. В то же время своеобразный «экстремизм» классического психоанализа породил многие школы, которые компенсировали его «односторонность» взгляда на сущность человека. С.И.Косторум считал, что появление рациональной психотерапии, работы П.Дюбуа и Э.Дежерина, явились результатом желания компенсировать односторонность гипнотерапии путем воздействия на интеллектуальную сферу с целью перестройки личности пациента. Когнитивная психотерапия как трансформация рациональной психотерапии — направление, которое придерживается мнения, что образ мышления, стиль восприятия окружающей действительности определяют настроение, самочувствие человека (а не наоборот). Нейролингвистическое программирование (НЛП) зиждется на феноменах самовнушения, внушения, принципах построения лечебных внушений в гипнозе, условных рефлексах и т. д. Гештальт-терапия базируется на таких понятиях как «доминанта», «установка», «напряженность поля», на феноменах неоконченных действий. Терапевтические сообщества напоминают нам до боли знакомые принципы А.С.Макаренки. Так что привнесенные западные техники, методики для отечественных клинических психотерапевтов не являются чем-то инородным, так как фрагменты их присутствовали в их повседневной работе, отсюда они и вышли (представив их выпукло, формализовав, придав им форму отдельных направлений). Если на таком генетическом уровне посмотреть на них, понять их терапевтические механизмы, проанализировав свою практическую работу, то тогда они легко усваиваются, утилизируются в практическое применение.

Особым, вторым потоком (исключая упомянутые выше клинические психотерапевты) идут «психотерапевты новой волны», усвоившие и имеющие в своем арсенале одну или несколько только западных техник и методик. Как справедливо отмечено в литературе, механическое перенесение западных подходов в наши условия привело к некоторому разочарованию в их эффективности (В.В.Макаров). Это действительно так и обусловлено тем, что:

1. У данной группы психотерапевтов нет четкого представления о механизмах целебного воздействия техник, методик, их точки приложения.

2. Развивающаяся своеобразная вера, фанатизм в возможности данной техники или методики, исключая другие пути воздействия, и ставятся задачи, превышающие их возможности, не всегда учитывающие особенности данного клинического случая.

3. На Западе эти техники, методики применяются на стадиях первичных реакций на психотравму, так как там обращаемость к психотерапевту на второй, третий день, то есть до появления стойких расстройств (на донозологической стадии по МКБ-9). У нас их, как правило, применяют уже на стадии сформированных стойких расстройств.

Трудности в становлении врача как психотерапевта в том, что он недостаточно усваивает общие тенденции развития психотерапии, ему чаще преподаются разрозненные отдельные методики, тогда как справедливо, что обучение специалиста в данной ситуации должно носить ориентирующий характер, дающий врачу возможность ориентироваться в многочисленных методиках, школах и литературе о них.

Прошли времена, когда психотерапия противопоставлялась другим методам лечения. Наоборот, сейчас все видят эффект взаимопотенцирования психотерапии и других методов лечения. Был этап в развитии психотерапии ортодоксального отношения к методикам, утверждение какой-то одной методики и отрицание других. Это позволяло некоторым ученым выражать скепсис по отношению к состоянию дел в психотерапии (гипнолог говорит: «Закрой глаза, и ты будешь здоров»; сторонник рациональной психотерапии: «Открой глаза, и ты будешь здоров»; психоаналитик: «Полюби меня, и ты будешь здоров»).

Наличие на данном этапе развития психотерапии еще большего множества психотерапевтических школ, направлений, методик, техник можно приветствовать только при некоторых условиях.

Во-первых, психотерапия — это не просто набор методик. Объектом и фундаментом психотерапии как науки является личность. Именно понимание сложности и многогранно-

сти предмета, объекта психотерапии, то есть личности, дает уважение к этому множеству школ, направлений, методик и техник. Нужно учитывать, что до сих пор нет общепринятого определения личности, которое охватило бы всю совокупность свойств человека, его глубину и многообразие, удовлетворяло бы психотерапевтов во всех случаях практической работы, высвечивало бы мишени психотерапевтического воздействия, показывало бы ширину и глубину расстройств функционирования личности на социально-психологическом уровне и органном физиолого-биохимическом реагировании и высвечивало бы возможные предположительные особенности психотравмы и характер реагирования как в рамках нормы, так и патогенные.

Многообразие ситуаций, неповторимость личностного развития, и в том числе типизация на определенном уровне, совпадение этих многообразий, их частота повторений высвечивают те или иные грани многообразия жизнедеятельности человека, его реагирования. Все это содействовало и будет содействовать формированию многочисленных подходов к личности человека, путей решения его проблем как в «нормальном», так и в «патологическом» состояниях.

Вторым условием является четкое понимание терапевтических механизмов каждой из методик, тех задач, которые каждая из них наилучшим образом решает, учет терапевтических концепций, временных возможностей психотерапевта, его профессиональных навыков, культуральных особенностей больного и его среды.

В-третьих, (что в литературе не отражено, но имеет большое значение для практической работы), *это — путь, направления, этапы, психотерапевтическая тактика процесса «превращения» больного в здорового.*

Как показал анализ работы психотерапевтов, сейчас психотерапия работает в большей степени на уровне сопричастия психотерапевта с пациентом, его волнениями, беспокойствами, расстройствами. Именно эффект сопричастия, прикосновения к беде другого человека играет сейчас ведущую роль в механизме психотерапевтического воздействия, то есть разделить с ним его переживания, дать возможность пациенту найти не только сочувствующего, созвучного ему,

но и единомышленника в этом вопросе. Пациент действительно от такого контакта испытывает облегчение своего состояния. Поэтому и роль психотерапевта занимает сейчас доминирующее, подавляющее значение в психотерапевтическом процессе, но при этом упускаются, затушевываются другие составляющие процесса психотерапии. Не снижая роли психотерапевта важно разрабатывать, внедрять и увеличивать удельный вес, значение в лечебном процессе технологии, конкретное содержание превращения пациента в здорового при острых заболеваниях или состоянии компенсации, относительно здорового при хронических заболеваниях. Ведь наука начинается там, где есть возможность повторения, а не уникальность исполнителя, трудности исполнения повторяемости. Отсутствие в психотерапевтической работе такой целенаправленной деятельности психотерапевтов в какой-то степени низводит психотерапию только к духовной деятельности, к работе «духовника» на его уровне. Ведь психотерапевт должен работать не только на духовном уровне (священник делает это намного лучше, пациент и ждет от него этого), но и на уровне специалиста — осуществление технологии превращения больного в здорового, конкретного содержания этого психотерапевтического процесса. Сопричастность, хороший контакт психотерапевта с пациентом повышает эффективность реализации этой технологии. Психотерапия будет развиваться за счет увеличения удельного веса технологии психотерапевтического процесса, разработки ее конкретного содержания, уменьшения роли субъективного характера. Пациент для психотерапевта должен проходить по этой технологии, а для психотерапевта пациент хочет ее пройти, чтобы быть здоровым.

Этот путь имеет общие закономерности, задачи, и этапы, и понимания этих закономерностей необходимо. Поэтому важно на данном этапе развития психотерапии (когда оно шло только путем разработок новых методик, техник, направлений) переключить внимание как в теоретическом, так и в практическом аспектах на «технология» психотерапевтического процесса и этапы «превращения» больного в здорового или достижения стойкой ремиссии.

Психотерапевтическую «технология» и тактику нельзя

формализировать как «техническую» технологию, даже как хирургическую. Каждый психотерапевт индивидуален, неповторим и для себя и для больного является «своей особенностью». Но психотерапевт, чтобы иметь право использовать свою индивидуальность, свой особый творческий путь, должен не только знать механизмы психотерапевтического воздействия основных школ и направлений, но и иметь (и это важно) в своих профессиональных представлениях общие закономерности, этапы тактики превращения больного в здорового. Выработать у себя особый «психотерапевтический здравый смысл» является основой этой цели. Такой подтекст дает возможность психотерапевту реализовать свою творческую индивидуальность в работе, придерживаясь терапевтической целесообразности.

До настоящего времени психотерапия развивалась за счет расширения количества методик, техник, направлений в поисках наиболее эффективной, что способствовало одностороннему более глубокому познанию природы человека, а в совокупности — его многогранности. Делалась попытка повышения эффективности путем интеграции методик, то есть интегративной психотерапии, которая строится на концептуальных тезисах различных теоретических систем психотерапии.

Наш подход предполагает не синтез различных методов психотерапии с целью более полного, тотального воздействия на больного, а опирается *на закономерности процесса превращения больного в здорового, технологию этого процесса, его конкретное содержание*. По аналогии, например, в строительстве есть много видов кладки кирпича, но все дело в том, что архитектор хочет построить, какое здание, какую технологию выбирает. Так же в психотерапии процесс восстановления нормального функционирования психики и сомы в их единстве, особых взаимосвязях, с учетом природы и сущности расстройств, то есть процесс превращения человека с расстройствами в здорового, учет этапности этого процесса, конкретное содержание психотерапевтической работы в этом процессе. Те или иные методики применяются в зависимости от этапа психотерапевтического процесса, его задач, временных возможностей и их затрат, культуральных и личностных особенностей больных.

Надежды найти особую, совершенную, «абсолютную» психотерапевтическую методика нет и быть не может, иначе произошло бы порабощение человека, и его природа, сущность позаботилась об этом. Так что будущий этап развития психотерапии — исследование, усовершенствование процесса превращения человека с расстройствами в здорового, этапов этого процесса и конкретного содержания этой работы.

Важно также подчеркнуть, что психотерапия проводится на уровне обыденного сознания, так как в некоторых ситуациях люди часто стремятся «жить в кабинете психотерапевта» на уровне интеллектуальной сферы, а не реальной жизни, своих реальных действий и поступков, и это надо учитывать в построении психотерапевтической тактики. Выражение «О как печально, что истина так проста» имеет отношение и к психотерапии. Поэтому важно не усложнять, интеллектуализировать ее, а вскрывать глубинные корни, составляющие этих простых истин.

Как показал наш опыт, психотерапевтическую технологию превращения больного в здорового целесообразно осуществлять комплексно, воздействовать на больного в бодрствующем состоянии и в гипнотическом, то есть, как сейчас говорят, в трансовом. Наши исследования эффективности воздействия на больного с целью изменить параметры определенной школы ММРІ по сравнению с исходными до воздействия показали, что наименее эффективно воздействие и по степени и по длительности сохранения этих изменений при работе с больным лишь только в бодрствующем состоянии. Более выражена степень воздействия при воздействии в гипнотическом состоянии, но наиболее при сочетании работы с больным в бодрствующем состоянии и закрепление всего этого в гипнотическом. Работая с больным в бодрствующем состоянии, пытаться, чтобы он сознательно, исходя из своей сущности, а не ситуационного состояния, перерабатывал наше воздействие, принял бы его не только к сведению, но и внутренне усвоил его, сознательно не только смирился с чем-то новым, необходимым, но и стал его сторонником. В гипнотическом состоянии закрепить все это, то есть воздействовать прямо на бессознательную сферу. Вторым моментом является перестройка восприятия микросреды под таким

углом, чтобы эти восприятия поддерживали изменения и не возвращали к старому.

В клинической психотерапии кроме технологии процесса превращения больного в здорового, комплексного воздействия идет еще и третий процесс — воздействия на уровне психотерапевтического процесса:

Н Т И.

При этом: первый уровень — нозис (Н), то есть решение тех целей психотерапевтического процесса, которые решаются в рамках сущности нозологии, общие для всех больных с данной нозологией; второй уровень — личностно-типологический (Т), то есть адаптация психотерапевтического процесса к личностным особенностям с их учетом; третий уровень — индивидуальный (И), то есть учет неповторимости, индивидуальности каждого человека и особенностей расстройств данного индивида.

Клинический подход — это не статика, а динамика, то есть оценка состояния пациента в динамике, и на этом основании построение и коррекция лечебного процесса с целью достижения нужного в данном случае результата.

В психотерапевтической литературе не уделяется должного внимания материальному субстрату, на котором разыгрываются психические процессы, не поднимается вопрос соотношения материального и идеального, степень зависимости идеального от материального. Еще математик Пифагор за несколько столетий до нашей эры высказал свое суждение о том, что мозг является местом средоточения психической деятельности. Аристотель средоточением психической деятельности, то есть жизни человека, считал сердце. Оба они по-своему правы, потому что сердце является средоточением психической деятельности виртуально, а мозг — материально. В то же время в литературе психическая деятельность освещается как виртуальные процессы, существующие сами по себе. Данные исследований, приводимых в сугубо медицинской литературе, показывают, что вес мозга человека составляет 2% от веса всего тела (1500 г), но кровоток в мозгу составляет 15-17% от всего кровотока в организме. На функ-

ционирование мозга затрачивается 20% кислорода и 25% глюкозы от потребления всем организмом. Мозг из кровотока утилизирует 50% кислорода и 10% глюкозы. То есть мозговая деятельность обеспечивается высокими энергетическими затратами, высоким уровнем метаболизма.

Психогении, то есть неврозы, реактивные состояния, пост-стрессовые расстройства, декомпенсации личностных расстройств возникают вследствие интенсивности, личной значимости и длительности истощаемого воздействия на ЦНС в целом и на нейрон, и он в истощенном состоянии не справляется с обеспечением протекания психических процессов и происходит формирование расстройств. Поэтому наряду с проведением психотерапии важно укреплять нейроны, их энергетические возможности, что будет способствовать повышению стрессоустойчивости человека, создавать почву для успешности психотерапии, так как в конечном итоге результат психотерапевтического воздействия обеспечивается и закрепляется функциональным состоянием нейронов. Важно и необходимо включать в психотерапевтический процесс и общеукрепляющее лечение, чему не уделяется внимание в психотерапевтической литературе последних лет.

У многих людей возникают психологические проблемы из-за нарушения процесса научения, процесса развития в положительном направлении, и одной из целей психотерапии является восстановление этих процессов. Особенно это актуально при наличии пограничной патологии (неврозы, реактивные состояния, расстройства личности, зависимости). Поднять с больными вопрос положительного развития как неперемного атрибута жизни. Поставить им вопрос о том, куда они идут в своей жизни, в какую сторону развиваются, какие новые свойства, способности, умения, процессы формируются в процессе их жизнедеятельности. Происходит ли становление, формирование внутренних чувств состояния психической стабильности, устойчивости как предпосылок адекватного, положительного целенаправленного развития. Важен фактор формирования правильной претензии к своему состоянию, самочувствию, учитывая особенности и потенциал функционирования сомы и психики, процесс и характер адаптации к естественной жизни.

В процессе жизни идут два процесса, часто сочетаясь. Первый — функционирование, то есть применение уже существующих навыков, способностей, ресурсных состояний психической деятельности. Второй — становление качественно новых, формирование ранее не имеющих свойств и приемов душевной жизни, переход функционирования психики на новый уровень, то есть того, что способствует развитию целесообразности в жизни (выживанию, самосохранению, самоутверждению в общечеловеческом смысле, повышению своего статуса как человека с определенными душевными качествами), в противоположность негативному развитию, приобретению навыков.

Развитие себя через положительное подражание другим людям, подражая их стремлению к развитию, к прогрессу, и закалять себя к испытаниям, которые могут встретиться в жизни, умению разрешать противоречия в пользу стабильности, положительному самоутверждению в жизни в целом, а не сиюминутно, ситуационно.

Способствовать возникновению идей, мыслей, представлений, возможностей, навыков изживать, справляться со страстями, желаниями, которые приводят к неадекватному, отрицательному пути развития и дезадаптации. Эгоизм — это удовлетворение каких-то страстей, желаний сиюминутного характера, болезненного самолюбия и, в конечном итоге, во вред себе в общечеловеческом плане.

О психотерапевте, его качествах, свойствах существует огромная литература (В.М. Бехтерев, К.И. Платонов, В.Н. Мясищев, В.Е. Рожнов, И.С. Сумбаев, И.З. Вельвовский, Н.В. Иванов, П.Д. Карвасорский, Д.В. Панков, В.Я. Семке, В.В. Макаров, М.Е. Бурно, А.Б. Хавин, В.П. Колосов, Ю.Л. Понровский, Ю.В. Мельников, А.С. Слуцкий, Н.Н. Свидро, Б.Е. Егоров и др.). Хочется только упомянуть некоторые емкие и актуальные высказывания по этому вопросу К. Ясперса. Он главным видит в психотерапевте сочетание высокой мудрости, непоколебимой доброты и неискоренимой надежды. По его словам, важно психотерапевту выработать у себя противоядие к презрительному отношению к людям (цинизм), так как нередко пациенту психотерапевтов, своими поступками могут вызвать эти чувства, и психотерапевт может защититься только своей фундамен-

ной позицией — стремление оказать помощь человеку как таковому. Необходимо обладать жизненным и практическим опытом, определенным объемом медицинских знаний, интенсивной духовной работой, самодисциплиной, опытом познания мира и людей. К.Ясперс подчеркивал, что врач и пациент часто вступают в борьбу друг с другом. В одних случаях это борьба за превосходство, в других — за достижение большой ясности.

До настоящего времени личностный фактор психотерапевтом играл центральную роль. Такая позиция в психотерапии и остается, но необходимо делать все больше акцент на технологию психотерапевтического процесса, его содержательной стороны — превращения больного в здорового и в состояние компенсации при хронических заболеваниях. Необходима в первую очередь готовность больного пройти этот путь, осознание потребности этого в его случае, настрой и формирование способности меняться, становиться другим, здоровым, то есть подвергнуться психотерапевтическому воздействию, трансформироваться в человека с другими свойствами и требуемого характера, изменяться в чем-то.

Важно менять имидж психотерапии, то есть не просто оказание помощи, облегчение страданий, хотя это и делается на начальном периоде психотерапевтического процесса, психотерапевтической технологии, но это не ее главная цель. Необходим настрой на свои изменения, личностный рост на фоне редукции расстройств. Сперва обговаривание с пациентом этого процесса, настрой на него, самовоображение и самопредставление этого процесса своего изменения под руководством психотерапевта. Выполнение этого адаптационного процесса в состоянии аутогенного погружения, техники НЛП, закрепление всего этого в гипнотическом состоянии.

По поводу личного анализа и личного тренинга, что является необходимым атрибутом для западных психотерапевтов, можно сказать, что он начинает внедряться у нас, стоит на повестке дня для наших психотерапевтов. Естественно, личный анализ и тренинги важны в арсенале психотерапевта, так как дают ему возможность почувствовать эти процессы психотерапии на себе, дают опыт и представления о том, что происходит с их пациентами (осознание себя, своих

свойств, движущих сил, заставляющих человека поступать так, а не иначе, отстаивать что-то, какие-то ценности, видеть свое достоинство в тех или иных проявлениях, а также, что значит отказываться от каких-то своих атрибутов жизни, ценностей, представлений и меняться, менять свои представления о ценностях, значимостях и атрибутах жизни, механизмах психологической защиты, сопротивление психотерапевтическим воздействиям).

Проведение глубинного личностного анализа не редко способствует своеобразной стигматизации, типизации, шаблонизации, возникновению сопротивления другому, которого не было в процессе его анализа.

Так, К.Ясперс цитирует высказывание Кунца: «Случайно ли, что только «непроанализированному» Фрейдю удается время от времени преодолевать горизонты психоанализа, и тогда как никто из его «проанализированных» последователей так и не сумел осуществить ничего подобного».

Важно личный анализ психотерапевта, тренинги не абсолютизировать и относиться к ним диалектически, ведь проходить самому и делать, проводить это у других не одно и то же, не идентичные процессы, разные позиции видения психотерапевтической технологии. На это нужно нацеливать психотерапевтов при их подготовке как специалистов.

Необходимо помнить в своей терапевтической работе, что есть расстройства, где первичную, главенствующую роль играют нарушения биологического уровня, а не психологического, то есть психологические нарушения вследствие биохимических поломок, и повлиять на них, изменить их психотерапевтически в начале лечения сложно. В данных случаях необходимо произвести сперва сдвиг на биологическом, а в дальнейшем присоединить психотерапевтический уровень. Так что на первом уровне работы в таких случаях не анализировать, не разбирать на психическом уровне, а диагностировать расстройства сами по себе. Избегать биологизации и психологизации, а видеть диалектическую взаимосвязь и понимать, что есть явления психического характера, на которые нельзя повлиять биологическими методами лечения и есть расстройства биологического уровня, на которые так просто повлиять

психотерапевтически нельзя. Переоценка психотерапии, психотерапевтических методик, их возможностей, только вредить, дискредитирует психотерапию.

Реалистическое, сдержанное отношение к биологическим методам лечения приносит реальный успех лечению соматических заболеваний, но в то же время упускаются психический фактор, психическая среда человека, личностная реакция на болезнь. Все же соматологи больше уделяют внимание психическим факторам, расстройствам при соматических заболеваниях, чем психотерапевты биологическим нарушениям, которые проявляются на психическом уровне.

Еще раз подчеркиваем необходимость не допускать трансфер личного анализа, перенос его на пациентов, осторожно включать в психотерапевтический процесс. Важно знать и всегда помнить, что это твой анализ, твой опыт, а пациенты — люди другие, другие типы личности, другой опыт, другая специфика нарушения, другой контекст жизненной ситуации пациентов.

Мы не должны забывать, пренебрегать медицинским опытом подготовки специалистов, то есть знать психопатологию, нозологию, клинические типы личности, клинические демонстрации, разборы. Большим подспорьем в приобретении психотерапевтических знаний являются образные клинические описания, которые дают возможность представить, прочувствовать природу нарушений, процесса психотерапевтических технологий, внутренние механизмы изменений у пациентов при психотерапевтических изменениях.

Глава 1

Психогении и расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

1. Психогении

Понятие психогении обозначает класс расстройств, обусловленных возникновением, наличием личностно значимых психотравм. В класс психогений входят невроты, реактивные состояния. Важно учитывать тот факт, что психические травмы приводят к состоянию декомпенсации при расстройствах личности и поведения у взрослых (психопатии), утяжеляют форму течения многих заболеваний, а при ремиссиях часто приводят к рецидиву многих заболеваний, в том числе и соматических.

Психическая травма, как своеобразный психический феномен, недостаточно разработана (Ф.В.Бассин, В.Е.Рожнов, М.А.Рожнова, 1974 г.). Одно и то же «событие» в жизни одного человека не является психической травмой, которая вызвала бы переживания патологической степени выраженности, а у другого является. Все зависит от того, с чем человек себя идентифицирует, что входит в его структуру Я, через какие явления, события он выражает свою сущность, также от силы его Я, умения дистанцировать это Я от патогенных воздействий, расширять эти переживания до понимания таких же переживаний многих людей и проявлений этих психогений в обществе.

Психогенность, то есть способность вызывать психогении, того или иного явления, зависит от микросреды — реакция престижной группы, дух соперничества, ситуационно актуализация каких-то сторон жизни, качеств, степень признания микросредой каких-то свойств, качеств человека.

В клинической картине реактивных состояний психическая травма звучит в жалобах больных, в их переживаниях, которые лежат на поверхности (катастрофы, потеря близких, оскорбления, унижения и тому подобное).

В клинической картине неврозов при наличии невротических расстройств (астенический, обсессивно-фобический синдромы, истерические моносимптомы) психическая травма не осознается вовсе или осознается, но не соотносится с невротическими расстройствами напрямую. В некоторых случаях при уточнениях может больным признаваться существование и проблемы психотравмирующей ситуации, но в жалобах звучат расстройства, озабоченность ими.

2. Психотерапия неврозов, общие вопросы, закономерности психотерапевтического процесса

С тех пор как W.Gullen в 1776 г. ввел термин «невроз», его рамки клинических проявлений расширились, суживались или вообще его существование пытались отрицать как самостоятельную форму заболевания, но понятие «невроз» продолжает существовать и его актуальность только возрастает.

Диагноз «невроз» в конечной ситуации будет существовать пока существует человек, так как это расстройство вскрывает сущность человека, его природу и в какой-то мере способствует жизни человека в трудных, психотравмирующих условиях, а не дань исторической традиции, как трактуют некоторые авторы. Тенденция редукции, упрощения наблюдается и в клинике пограничной психиатрии. Унифицирование через редукцию, к сожалению, упрощает клинические тонкости, играющие важную роль в построении терапевтической программы.

Невроз — специфическая форма существования для данного человека с учетом его индивидуально-личностных особенностей, в психотравмирующей обстановке, с возникновением невротических расстройств, носящих психогенную причинность, функциональный, обратимый характер как компенсация за смягчение или ситуационное снятие патогенного воздействия психотравмирующего фактора. Подчеркиваем, невроз — вынужденный способ существования челове-

ка в трудной, почти непереносимой психотравмирующей для него обстановке, то есть своеобразный способ компенсации.

В силу травматизации, ее выраженной значимости для человека порождается аффект, который непереносим и вытесняется. Вытесненный аффект создает своеобразную почву для своего уравнивания путем формирования расстройств как эквивалента компенсации этих аффективных состояний, их уравнивания.

Вытеснение аффекта, подавление — это не психоанализ в прямом смысле слова, это факты природы, встречающиеся при этих расстройствах, а вскрытие этих фактов более выпукло сделано в рамках психоанализа. Клиника, клинический подход исходят из учета природы и сущности расстройств, беря из всех дисциплин то, что вскрывает сущность человека и расстройств. Нельзя смотреть на клинический случай сквозь очки определенной школы, направления — это ограничивает рамки целостного видения случая, а следует изучать и учитывать сущность расстройств, исходя из их природы.

И.И.Сергеев подчеркивает, что один из постулатов лечения неврозов — это ведущая роль психотерапии и подчиненное, вспомогательное место психофармакологии*.

Исходя из клинической сущности природы невроза построена наша технология лечения, ее этапы, конкретное содержание психотерапевтического процесса.

Во вступившей в действие МКБ-10 имеется большой раздел расстройств (F-4) «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Для психотерапевтов важно учитывать, что во введении к МКБ-10 указывается: «В этом разделе находится большинство расстройств, рассматривающихся в качестве неврозов теми, кто использует эти понятия, за исключением депрессивного невроза и классифицированных в последующих разделах других невротических расстройств». Хотя традиционной дифференциации между неврозами и психозами в МКБ-10 нет, но симптомы невротического регистра могут встречаться не только в чистом виде (т. е. невроза в МКБ-9), но и при шизотипических расстрой-

* Сергеев И.И. Психофармакотерапия невротических расстройств // Психиатрия и психофармакология. 2003. № 6. С. 230— 235.

ствах, расстройствах зрелой личности и поведения у взрослых (МКБ-10), сочетаться с органическими заболеваниями (F-0), то есть необходимо наряду с невротическими расстройствами в ряде случаев констатировать и расстройство по другим рубрикам. По этому поводу во введении к МКБ-10 констатируется: «Клиницистам рекомендуется следовать общему принципу кодирования стольких диагнозов, сколько необходимо для того, чтобы отразить клиническую картину». Важно отметить, что вместо психогенных (МКБ-9) рекомендовано говорить о психологических причинах (МКБ-10).

В предисловии к МКБ-10 констатируется: «Следует подчеркнуть, что МКБ-10 предназначена прежде всего для статистических целей (большое значение при работе над ней придавалось достижению высокой воспроизводимости в диагностических оценках разными клиницистами), и она не должна подменять собой концептуальные классификации, сохраняющие свое значение для психиатрической науки и практики». Поэтому важно наряду с введением МКБ-10 разрабатывать психотерапевтические тактики, новые подходы в лечении неврозов. В то же время при переходе на МКБ-10 важно помнить, что при изменении названий заболеваний, расстройств природа и сущность их не меняется и невротические расстройства, расстройства личности и поведения у взрослых «унаследовали» все свойства неврозов, невротических реакций, реактивных состояний, психопатий.

Люди, страдающие неврозами, расстройствами личности и поведения у взрослых, субдепрессиями и депрессиями, тропны посещать всевозможные психологические тренинги, тогда как часто основой их проблем являются выше названные расстройства. Тренинги в какой-то мере могут оказаться полезными при условии предварительного психотерапевтического лечения этих расстройств, а не отвлекающим действием или терапией занятостью. Не редко не леченные неврозы и другие расстройства переходят в невротическое развитие личности, невротический стиль жизни, и смыслом жизни таких людей становится постоянное решение невротических проблем по поводу душевных терзаний, страданий. То есть, стремление к несовместимым явлениям жизни (стремление к браку и личностная свобода, владение чем-то

и быть от этого не зависимым, хотя «чем ты владеешь, то тобой владеет», не нести ответственности, боязнь продешевить в жизни, не нужное соперничество и т.д.).

Подчеркиваем, что *лечение невротических расстройств психотерапевт должен дешифровать для себя как психотерапевтическую тактику «превращения» больного в здорового*. При этом необходимо иметь четкое представление конкретного содержания этой психотерапевтической работы, ее этапности, цели и задачи на каждом этапе и механизмы реализации этой тактики в зависимости от временных возможностей, от культуральных и личностных особенностей больного, его личностных предрасположенностей и предпочтений.

Наш опыт работы в рамках клинической психотерапии показал целесообразность и обоснованность выделения следующих этапов этой работы, которые ведут больного к выздоровлению:

1. Лечение астенического синдрома, который в той или иной форме и степени присутствует при любой форме невротических расстройств. Астенический компонент в клинической картине невротических расстройств надо учитывать при более тонкой, дифференцированной психотерапевтической тактике. Варианты течения астенического синдрома (гипостенический и гиперстенический) отражают функциональное состояние нервной системы, и их учет в терапии немаловажен, хотя его гиперстенический вариант может шифроваться рубрикой тревожных расстройств. Поэтому важно проводить нормализацию психосоматического статуса, подготовку к дальнейшему, более плодотворному восприятию больным проводимой психотерапевтической работы. В данном случае проводятся удлиненные сеансы гипнотерапии по В.Е.Рожнову с соответствующими внушениями нормализации жизненного тонуса, глубинного внутреннего спокойствия, уравновешенности, хорошего самочувствия, внимания, памяти, внутренней готовности к любому виду деятельности, предрасположенности и положительным эмоциям. Также полезна в этом плане аутогенная тренировка, другие психотерапевтические методики, восстанавливающие ресурсный потенциал организма. Те же цели преследует и медитация на дыхании в психосинтезе и тренировка процесса

сознавания в гештальттерапии. Здесь важно и общеукрепляющее медикаментозное лечение.

2. Достижение адекватного осознания своих расстройств («болезни»), то есть коррекция типа реакции человека на свои расстройства. Обычно у пациентов с невротическими расстройствами повышенная реакция на них, их гиперболизация, ситуационно обусловленная актуализация, отсутствие адекватного понимания их функциональности и обратимости. Важно на этом этапе психотерапии провести коррекцию внутренней картины болезни (расстройств) в сторону ее адекватности с пониманием уровня расстройств (количественный, функциональный, обратимый), типичность случая, отсутствие особой исключительности. На этом этапе следует проводить разъяснительную, рациональную психотерапию, и ее сегодняшнее видоизменение — когнитивную психотерапию. Можно использовать методики изменения убеждения, визуально-кинестетическую диссоциацию из нейролингвистического программирования.

3. Особенность невротических расстройств (F-4 в МКБ-10), которые в МКБ-9 обозначены как неврозы, в том, что в клинической картине не звучит психотравма, она не предъясняется пациентами в жалобах, пациенты ее не осознают, так как вытеснена из сознания, но даже если и осознают, то не соотносят ее с расстройствами, не осознают их причинности. Поэтому важно вскрытие и осознание больным этой психотравмы как причины расстройств, осознание этого соотношения, связи между психотравмой и болезненной симптоматикой необходимо. Переработка этой психотравмы без ее вытеснения, «ухода» от нее, меняясь в чем-то, преобразовывая себя, меняя свое «Я», адаптируя себя к новым обстоятельствам, которые породила психотравма. Естественно, важно учитывать специфику психотравмы при каждом виде расстройств (неврозов), природу и общие принципы психотравмы во взаимоотношении сознания и бессознательного, разработанного в нашей отечественной психотерапии (В.Н.Мясищев, В.Е.Рожнов).

4. Дезактуализация психической травмы и конфликта в целом с дальнейшей потерей внимания к ним, снятие актуальности и насущности в сфере, соответствующей конфликту, своеобразное успокоение (путем аналогии данного кон-

фликта, его типичности, а не единичности). Малоценность этих переживаний по сравнению с жизнью в целом, с тем, что у человека имеется в арсенале душевных переживаний. Идентификация конфликта больного с конфликтами такого рода у известных людей, литературных героев, типы разрешения данного вида конфликта у них. Рассмотрение конфликта под углом отношений «Я» и «Я» в психотравмирующей ситуации. «Я» в конфликте, как это выглядит со стороны. Адекватность, солидность, человечность, гуманность, проявляемые в данной конфликтной ситуации, даже снисходительность к другим людям, со всеми их слабостями. Осознание переживаемости момента психотравмы — другие люди переживали эту психотравму, конфликты, а теперь и на мою долю выпало это переживание. Разбор с больным судьбы его переживаний в перспективе выхода из этой психотравмы. Как больной видит свое «Я», перенесшее эти переживания, как он стал более опытным, закаленным, обогащенным определенной гаммой переживаний, их естественностью для него. Понимание сущности жизни, того, что более ценное, а что во времени становится менее актуальным, малоценным и т. д.

В этом случае не только действительны аналогии, сопоставления с тем, что раньше очень беспокоило, волновало, а со временем эти переживания кажутся смешными. Соответствующие внушения в гипнотическом состоянии, самовнушения в состоянии аутогенной погруженности, взмах, взрыв, визуально-кинестетическая диссоциация в рамках нейролингвистического программирования, разотождествление из психосинтеза.

5. Психотерапевтическая тактика, направленная на редукцию, обратное развитие невротических расстройств (симптомов и синдромов). Еще в недавнем прошлом вся тактика лечения невротических расстройств (неврозов) сводилась только к этой тактике, что не обеспечивало стойкий ее характер. В настоящее время также есть угроза к возвращению такого положения дел, если психотерапевт работает в рамках какой-то одной психотерапевтической методики, например, нейролингвистического программирования, бихевиоризма, психосинтеза и т. д., а не исходит из учения о неврозах, их этиологии и генеза. Действительно, только такое психотерапевтическое вмешательство недостаточно, но после достижения адекват-

ного осознания болезни, вскрытия и осознания психотравмы, дезактуализации ее в какой-то мере является адекватным. На данном этапе, после предшествующей психотерапевтической работы, когда психотравма, «породившая» эти расстройства, потеряла актуальность, дезактуализировалась, тактика на обратное развитие расстройств имеет перспективу. Исходя из арсенала психотерапевтических методик, которыми владеет психотерапевт, проводятся внушения соответствующего содержания в гипнотическом состоянии или самовнушение в состоянии аутогенной погруженности, соответствующие техники из нейролингвистического программирования, только уже направленные на расстройство, то есть противоположность предыдущему параграфу, где психотерапевтическое воздействие было направлено на психотравму. На данном этапе является актуальной поведенческая психотерапия, функциональные тренировки, когнитивная психотерапия.

6. Формирование мотива к выздоровлению. Человек строит свою жизнь, делает поступки сообразно своему самосознанию. Он не может просто так, самопроизвольно, быстро изменить себя, свою сущность. Это можно сделать, изменив его самосознание, самопредставление, то есть концепцию «Я» реального. Человек оперирует в своем уме, в своих высказываниях своим «Я», а поступает сообразно своему самосознанию, самопредставлению, «Я» — реальному. Формирование мотива к изменению себя у пациента происходит как раз путем коррекции самосознания, реального «Я» по отношению к нужному «Я», и двигаться к желаемому, к тому «Я», которое привело бы его к желанным для него результатам, то есть соответствовать желаемому.

Рекомендуется давать задание рассмотреть вопросы:

а) каким он (она) себя считает. Пусть рассмотрит себя по всем параметрам, включая душевные качества, умения, способности;

б) каким он (она) хочет, чтобы его (ее) считали, есть ли недовольство собой в чем-то и т. д.;

в) каким его (ее) считают другие. Попытаться посмотреть на себя глазами своих родных и близких, сослуживцев, учитывая особенности их отношения к нему, его отношения к ним, характер этих отношений, поступков. Например, к

своим детям, какие качества своих душевных особенностей проявляет (доброта, внимательность, душевность), в чем выражаются реально, как часто. Может быть, за реальными поступками кроются его эгоистические тенденции. Как выглядит в глазах родителей, характер отношения его к ним — сколько он тратит времени и усилий в реальной жизни на эти отношения. В глазах сослуживцев выдержан, терпелив, снисходителен к каким-то их слабостям. Как выполняет «роль» отца (матери соответственно) в отношении своих детей, «роль» брата (сестры соответственно), мужа (жены соответственно), какие душевные качества проявляет, как удовлетворяет их ожидания. Ведь люди судят не по тому, как человек себя мыслит, представляет, считает, а по тому, что он делает в реальной жизни, какие душевные качества проявляет, как выполняет должное своих жизненных статусов;

г) какой он (она) есть на самом деле — здесь важно резюмировать все. Его действия, эмоциональные и болезненные проявления, поступки, душевные тенденции. Какую реакцию вызывает все это среди окружения. Может быть и так, что ничего предосудительного в своих действиях, душевных тенденциях больной не видит, а для родных, близких, окружения это все является неприятностью, страданием и т. д. Ведь они могут ответить тем же, и тогда он будет страдать! Здесь важно прививать мысли и чувства о том, что другие люди такие же, как и он, также страдают, чувствуют прекрасное, имеют такие же права, как и он. Часто можно видеть в жизни, что когда человеку плохо, он переживает, страдает, осуждает окружение, но почти нечувствителен к тому, что он приносит для окружения, особенно в те моменты, когда от него страдают другие. На что он рассчитывает? Именно важен подтекст того, чтобы человек видел и в других то же самое, что в себе, признавал также их уникальность. Каждый человек, это удивительное явление со своим внутренним миром, хочет быть человеком с большой буквы, чувствовать себя им, иметь смысл жизни, что-то дорогое для себя и т. д. Важен факт признания права других людей на достойную жизнь. Трения, конфликты в других плоскостях не ведут в большинстве случаев к невротическим конфликтам. Обсудить эти явления в группе, поднять дискуссию в плане того,

как это все мы постоянно осознаем и чувствуем в повседневной жизни. Как в своей повседневной жизни, чувствах, переживаниях мы признаем уникальность других людей.

Вся эта психотерапевтическая работа важна, так как в большинстве случаев люди реагируют на собственную интерпретацию действительности, свои представления о ней в большей степени, чем на непосредственную реальность.

Такая попытка коррекции самосознания, концепции реального «Я» способствует порождению мотива к выздоровлению, к изменению больного.

7. Преодоление механизмов психологической защиты. Так как невротические расстройства возникают как компенсация, разрядка психологического конфликта (психотравмы) и устанавливают своеобразное психологическое «равновесие» по отношению к психологической причине, но с присутствием невротических расстройств. Естественно такое «равновесие», которое в какой-то мере сняло внутреннее напряжение, такую невротическую жизненную позицию больной неосознанно защищает. Больной в любой ситуации осознанно и неосознанно стремится поддержать свой личностный статус, свое «Я» и в негативной форме реагирует на воздействия, которые угрожают его самоуважению, нарушают душевный «комфорт». Механизмы психологической защиты проявляются в виде рационализации, вытеснения, проекции, низведения, реактивных образований, в своеобразных играх невротиков. Больные часто пытаются навязать окружению определенное представление о себе, чтобы возможно было сохранить свои престижные притязания. Механизмы психологической защиты участвуют и в патогенезе невротических расстройств, то есть вытеснение психологических проблем (психотравмы) и формирование невротических расстройств. Но они продолжают действовать в процессе развития и стабилизации расстройств (невроза) и продолжают проявляться по отношению к микросреде, к самому больному, к его самосознанию и, наконец, по отношению к психотерапевтическому воздействию. Механизмы психологической защиты возникают, формируются и закрепляются ситуационно (аффект сохранения невротической позиции, защиты своего «Я», престижа). Какие механизмы наиболее эффективно защищают «Я» в данной ситуации при

данных обстоятельствах, те интуитивно больными и используются. Если одни механизмы не срабатывают (например, рационализация, вытеснение), тогда включаются другие (низведение и т. п.). Важно путем аналогий вытормаживать их проявление при психотерапевтической работе. Хорошо работают в этом плане роджерсовские «помогающие отношения».

8. Психотерапевтическая тактика, направленная на личностное развитие, по возможности достижение зрелости функционирования в эмоциональной, волевой и интеллектуальной сферах, налаживание процесса личностного роста и психологической устойчивости.

Именно прививание, внушение в бодрствующем состоянии и в гипнотическом душевной зрелости, солидности, здравомыслия, выдержки, терпения, великодушия, снисходительности в некоторых ситуациях к другим людям, их слабостям, частом непонимании положения реальных дел, сложившейся ситуации. Проявление понимания контекста данной ситуации, но в то же время преобладание интересов, исходящих из контекста своей жизненной ситуации, над интересами данной ситуации, если они идут вразрез с интересами его общей жизненной ситуации. Все это следует закреплять в групповой психотерапии, ее вариантах, в проведении техник нейролингвистического программирования, когнитивной психотерапии, элементах высшей ступени аутогенной тренировки, поведенческой психотерапии, психосинтеза, символдрамы.

Целесообразно формировать избирательное взаимодействие мотивов, интересов, целей, актуализацию латентных их состояний в данной ситуации, но имеющих важное для больного жизненное значение. Зрелая сумма мотивов с выделением главного, который определяет его положение дел, поддерживает его человеческую сущность, его реальную положительную концепцию «Я». Умение противопоставлять какому-то желанию, становление более важных мотивов, значимость более ценного для человека. Умение подавлять, изживать нежелательные влечения, действия, наносящие вред личности в целом. Способность любить себя по-настоящему, себя как непреходящую для себя ценность, все то, что способствует этому больше, чем какое-то мимолетное увлечение. Способность отличать сиюминутные желания от глу-

боко личностных, дающих человеку прогресс, достижение главного в жизни.

Важна способность зрелой личности не переносить свои внутренние настроения на других людей, не имеющих отношения к причине их плохого настроения. Не проецировать свое состояние на окружение, явления, а воспринимать их такими, какие они есть, реальное, непредвзятое восприятие окружающей действительности. Способствовать формированию здравого смысла, в котором проявлялся бы личностный опыт, понимание контекста ситуации, умения учитывать все действующие факторы (открытые, явные и скрытые, подтекст) в данном явлении. Зрелым личностям свойственно сочетание своих интересов с интересами других людей, родных и близких, чувство того, что от моих каких-то действий будут страдать родные и близкие, вытормаживает многие желания и действия.

Следует подчеркивать в подтексте то, как выгодно быть зрелой личностью и решать свои дела реально без невротических механизмов, жить свободно, временами переживая трудности жизни, неудачи временного характера, закаляясь в этих трудностях.

Все это способствует формированию мотива к зрелости, выздоровлению.

Такую психотерапевтическую тактику можно выполнять как в процессе индивидуальной, так и групповой психотерапии, включая в зависимости от этапа и целей психотерапевтического процесса те или иные методы, техники, подключая и такую форму проведения психотерапии, как семейная.

С целью экономии времени и усилий психотерапевта некоторые этапы психотерапевтической тактики лучше проводить в условиях группы, где и групповой эффект повышает степень психотерапевтического воздействия. Так, например, удлиненные сеансы гипнотерапии, достижение адекватного осознания болезни, преодоление механизмов психологической защиты, личностного роста целесообразнее проводить в группе, а на других этапах на группу выносить какие-то фрагменты, а остальную работу выполнять в форме индивидуальной психотерапии.

3. Психотерапия неврастении

Неврастения как форма невроза была окончательно оформлена G.Beard'ом в 1880 году.

Неврастения — тип невроза, при котором ведущим в клинической картине является астенический синдром психогенного характера.

Астенический синдром — синдром раздражительной слабости, характеризует особое функциональное состояние психической сферы человека, является неспецифическим в силу повреждающего влияния на психическую сферу многих факторов (инфекции, соматические неврологические заболевания, травмы, экологическое неблагополучие), в том числе и при чисто психогенном повреждающем факторе. В последнем случае мы говорим о неврастении.

Астенический синдром в зависимости от нозологической обусловленности имеет некоторые свои особенности (Б.С.Бамдас, М.Е.Бурно, Д.В.Панков, В.П.Колосов, М.М.Ракитин, Б.Е.Егоров, Ю.Л.Покровский, В.Е.Смирнов и др.).

В современных учебниках по психотерапии мало уделяется внимания функциональному состоянию психики, процессу его нормализации, хотя раньше, исходя из работ И.П.Павлова и его учеников, психотерапевты уделяли этому большое внимание (К.И.Платонов, В.Е.Рожнов, И.З.Вельвовский и др.).

В структуру астенического синдрома входят:

1. Повышенная утомляемость, истощаемость, отсутствие внутренней готовности к выполнению той или иной деятельности, в начале снижение проявления активности, снижение четкости и активности внимания, его концентрации, спонтанной сосредоточенности, в силу чего снижается память, появляются ошибки при выполнении сложной деятельности, снижается уровень общего самочувствия, который отражается на настроении, восприятии окружающего.

2. Повышенная раздражительность, возбудимость, количественная выраженность неадекватности в реакциях на окружающую действительность, в силу чего развивается своеобразная функциональная дезадаптация.

3. Возможность наличия сомато-вегетативных расстройств разнообразного характера.

Если в клинической картине преобладают утомление, истощаемость над раздражительностью, возбудимостью, это говорит об *гипостеническом* варианте астенического синдрома, а если раздражительность, возбудимость над истощаемостью, то о *гиперстеническом* варианте. Оба эти варианта течения астенического синдрома могут претерпевать определенную динамику и переходить друг в друга, к ним могут присоединяться другие невротические расстройства.

Отметим некоторые особенности психотерапии неврастении, исходя из общего содержания и этапов практической работы в психотерапии неврозов:

1. Астенический синдром в клинике неврастении может придавать больному оттенок пессимизма в отношении лечения на фоне стремления к лечению, и в данном случае важно попытаться сразу улучшить общее состояние пациента. Здесь важны сеансы гипнотерапии с внушением глубинного внутреннего спокойствия, уравновешенности, восстановления хорошего жизненного тонуса, самочувствия. Если позволяют условия и временные возможности, то проводятся удлиненные сеансы гипнотерапии по В.Е.Рожнову, гипноз-отдых по И.З.Вельвовскому, медитационные техники, АТ, электросон, физиотерапия, налаживание полноценного сна, отдыха, отвары и настои трав седативного действия, транквилизаторы.

2. Достижение адекватного осознания болезни достаточно актуально. Важно попытаться в разговоре с больным достичь у него глубинного осознания психогенного, функционального характера заболевания, обратимости расстройств. Здесь царство разъяснительной и рациональной психотерапии. Показать в разговоре с подтекстом, аналогиями, что это не тупик, не крах, а этап развития человека, умение преодолевать трудности, приобретение способности меняться в чем-то. Ведь человек в какой-то мере есть то, что он пережил, что испытал (по этому поводу можно применить много поговорок как пример народной мудрости), и это этап его развития, хотя все это не очень приятно, но умение меняться, становиться более зрелым необходимо. Выход есть, это приходящее состояние, и важно формирование чувства временности этих расстройств, переживаний, их обратимость, исчезновения. Важен прием «тайного», самостоятельного чтения учебника больным в разделе «Неврастения».

3. Вскрытие психотравмы. При неврастении обычна жалоба на несправедливое отношение на работе, дома, отсутствие понимания их со стороны окружения, конфликтные ситуации на работе, дома, повышенную раздражительность, истощаемость, усталость. Попытки прямого решения возникших проблем (отношение дома, на работе, самочувствие) не дают стойкого существенного улучшения.

Как известно, психотравма при неврастении носит характер повышенных претензий к себе, стремление реализовать эти проблемы в жизни и невозможность это сделать. Поэтому очевидно, что попытка решения каких-то отдельных конфликтов, проблем второго ряда (порождаемых также астеническим синдромом, который порожден в свою очередь базисным конфликтом) не ведет к нужным результатам, порождает новые проблемы, что часто пытаются делать психотерапевты новой волны, то есть решение этих вторичных проблем, а не лечение неврозов в целом, базисно.

Совместный анализ с больным ведущего при данном виде невроза конфликта, приведшего к возникновению расстройств астенического характера, совместный поиск его во всех сферах жизни, осознание его необходимы. Именно осознание, глубинное осознание причины, характера этого базисного конфликта, разграничение проблемы и следствия, осознание больным алгоритма своей жизни, сущности.

4. Дезактуализация психической травмы, внутреннего конфликта носит прежде всего процесс выделения в жизни главного, существенного, то, что определяет успешность жизни в целом, важного, первостепенного. Можно даже сказать: проиграть в каких-то тактических планах, но выиграть в главном, стратегическом направлении. Например, важнее спокойствие в семье, здоровье детей, их учеба, здоровье членов семьи, чем наличие каких-то престижных вещей, истощение себя и других из-за стремления их приобрести. Алкоголизм или измена мужа, конечно, не радость, а огорчение, но не претензии к себе (я плохая жена, у хорошей жены муж не спивается, не изменяет ей, надо быть лучше, внимательней), самообвинения другого порядка. В данных случаях важна оценка жизненной ситуации в целом и на этом фоне психотравма, завышенные претензии к себе, самообвинения. Ведь есть ситуации, кото-

рые не зависят ни от нее, ни от брачного партнера. Тот, другой, брачный партнер поступает так, потому что он по своей природе такой или стал таким. В таких случаях проводится семейная психотерапия, лечение, например, алкоголизма у мужа и т. д. Важно придерживаться принципа соразмерности возможности, ценить то, что есть, и помнить, что нет абсолютно удовлетворенных всем людей. Путем аналогий, сравнений, сопоставлений дезактуализировать психическую травму, показать, что можно, нужно и целесообразно делать. В этих ситуациях показывать, что нельзя себя идентифицировать с брачным партнером, можно оставаться с чувством собственного достоинства, чести и при плохом супруге, честь жены здесь ни при чем. Наоборот, в такой жизненной ситуации она хорошая мать, домохозяйка, жена и в этих случаях часто говорят, что такому нехорошему человеку досталась такая хорошая жена. Здесь важны элементы психосинтеза с приемом разотождествления, самоидентификацией, отождествлением чувства собственного достоинства.

5. Психотерапевтическая тактика, направленная на редукцию, обратное развитие невротических расстройств. Уже не временное смягчение астенических расстройств, а их устранение и профилактика возникновения в будущем. Внушение в гипнотическом состоянии ощущения везде и всюду хорошего самочувствия, хорошего внимания, памяти, внутреннее чувство комфорта, естественности жизненных ситуаций, присутствие духа, оптимизма, внутренняя готовность выполнять любую нужную работу, радость жизни. Занятие АТ и соответствующие самовнушения в состоянии аутогенной погруженности, техники НЛП — взмах, формирование нужных ресурсных состояний, анализ сценария жизни из трансактного анализа.

6. Формирование мотива к выздоровлению. Показываются пациенту преимущества зрелой жизни, опирающейся на реальные закономерности жизни, когда человек сознательно и целесообразно распоряжается своей жизнью, самостоятельно решает свои проблемы без возникновения расстройств.

7. Преодоление механизмов психологической защиты, которая бессознательно работает в отношении тех желаний, стремлений, с которыми больные себя идентифицируют, за-

щищают невротический уровень жизни, и важно понимать эти механизмы (рационализация, проекция, вытеснение, возведение в сверхценность, психологические игры неврастеников).

8. Психотерапевтическая тактика, направленная на личностное развитие, рост, актуальна и отражена полностью в разделе общих закономерностей психотерапии неврозов.

4. Психотерапия депрессивного невроза

Раньше клиницисты не выделяли депрессивный невроз в отдельную нозологическую единицу, а включали его в структуру неврастении, основываясь на астено-депрессивном синдроме. А.М.Свядош, как и ряд других психиатров-психотерапевтов, указывает на сходство с гипостенической формой неврастении, хотя и выделяет депрессивный невроз. Депрессивный невроз — ведущий в клинической картине, является астено-депрессивным синдромом, вызванным психогенными факторами.

Отметим некоторые особенности психотерапии этого типа невроза, исходя из общих закономерностей лечения неврозов.

1. Психотерапия астено-депрессивных расстройств. Важно улучшить общее самочувствие пациента: гипнотерапия с соответствующим внушением, АТ, нормализация сна и отдыха, поиск ресурсных состояний в рамках НЛП.

2. Достижение адекватного осознания болезни не требует больших усилий, устраняя в некоторых случаях опасения о тяжелом депрессивном заболевании.

3. Вскрытие конфликта дает анализ жизни больного, так как при этом типе невроза конфликт носит характер нарушения динамического стереотипа, т. е. устоявшегося, привычного, что и порождает депрессивный синдром. Здесь имеет место нарушение изменения или внешних атрибутов в жизни, или из-за вынужденной внутренней смены стереотипа жизни. Возможно, что в некоторых случаях пусковым механизмом формирования дистимий может служить именно депрессивный невроз.

4. Дезактуализация психотравмы состоит в адаптации пациента к его изменившейся обстановке, особенностям но-

вой жизни, вовлечение жизнедеятельности пациента в эту жизнь, формирование новых интересов. В некоторых случаях применяется катарсис, гипнокатарсис с целью оживить эти переживания и отреагировать, ценить то, что есть сейчас, чтобы потом не страдать о том, что есть сейчас.

5. Обратное развитие расстройств, то есть астено-депрессивного синдрома. В первую очередь, соответствующие внушения в гипнозе (хорошего самочувствия, глубинного внутреннего спокойствия, уравновешенности, легкости на душе, хорошего жизненного тонуса, оптимизма, внутреннего чувства радости жизни от своих дел, жизнедеятельности, интереса к жизни), АТ, НЛП — поиск ресурсных состояний и другие техники.

6. Формирование мотива к зрелой жизни проводится с подтекстом способности адаптации, изменения, но при этом пациент с его чувством «Я» остается самим собой.

7. Преодоление механизмов психологической защиты. В данном случае механизмы психологической защиты носят характер отрицания, вытеснения факта нарушения стереотипа в жизни как фактор, причина возникновения астено-депрессивных расстройств, хотя признают эти изменения как факт. Все эти явления важно терпеливо в беседах преодолевать, устанавливая прямую зависимость расстройств от этих фактов.

8. Психотерапевтическая тактика, направленная на личностное развитие, рассматривается под углом адаптации, умения адаптироваться к изменяющимся условиям жизни, сохраняя психическую устойчивость.

5. Психотерапия обсессивно-фобического невроза

На навязчивость как явление указывал еще Platter в 1617 году. Ph.Pinel (1829 г.) в своих трудах описывал навязчивости. P.Janet в начале прошлого века выделил навязчивость в отдельную форму заболевания. Обсессия (obsedo — захватить, завладеть) — навязчивое существование, присутствие мыслей, желаний, стремлений, чувственных состояний без собственного желания человека в их появлении с присутствием критики к этим навязчивостям, чувство их ненужности, от-

сутствия их необходимости, ощущение их чуждости, хотя они и есть проявление собственного внутреннего мира, но без собственного желания. Обсессии создают ненужные, неприятные внутренние переживания, они внутренне навязаны, чужды человеку, но избавиться от них трудно, и являются для человека произвольными, то есть не подчиняются его произволу, желанию, хотя и являются его собственными. Навязчивые действия — ритуалы, и если человек их не выполнит, чувствует внутренний дискомфорт, опасения и т. д.

Кроме навязчивых мыслей, стремлений, опасений (обсессии) существуют и навязчивые страхи (фобии), которые отличаются от простого страха присутствием критики, чувства чуждости вне психотравмирующей ситуации, но в психотравмирующей ситуации фобические переживания захватывают человека целиком и критика в этот момент может подавляться полностью и сопровождаться вегетативными проявлениями, фобии могут касаться всего, с чем связана жизнь человека.

Некоторые особенности психотерапии обсессивно-фобического невроза, исходя из общих принципов:

1. Лечение астенических расстройств. Тактика, направленная на нормализацию психосоматического статуса всегда важна и ценится больными.

2. Достижение адекватного осознания болезни особенно важно, так как при обсессивно-фобическом неврозе пациенты часто встревожены, опасаются наличия серьезных заболеваний. Важно подчеркнуть типичность таких расстройств, их распространенность. Особенно эффективен прием чтения больным «тайком» от врача учебника по клинике неврозов в разделе неврозы и обсессивно-фобический невроз. Подчеркивается психогенность данного заболевания, его функциональность и обратимость.

3. Вскрытие психотравмы. Жалобы больных обсессивно-фобическим неврозом обычно носят типичный характер — обсессии, фобии. Упрощенный взгляд на эти расстройства даже можно встретить в литературе, что это простая условнорефлекторная связь — ехал человек в метро или в трамвае, находился в толпе людей, стало ему плохо, это зафиксировано, и возникла фобия. Не учитывается тот факт, что должна быть для этого почва, внутренняя аффективная готовность,

то есть не делается разница между опасением, страхом и фобией. Например, едет пожилая больная женщина в метро к своему брату, ей в метро становится плохо, «скорая помощь» ее увезла. Через неделю она снова едет в метро, предварительно приняв лекарство, опасаясь очередного приступа, но нет фобии. У молодого человека нет заболеваний, но формируется фобия, навязчивость. При обсессивно-фобическом неврозе присутствует внутренний конфликт желаемого и морально-недопустимого, который создает аффективную почву для формирования обсессивно-фобических расстройств, как путь своеобразной компенсации этого конфликта, его смягчения, смещение акцентов в переживаниях. Поэтому важно вскрытие, осознание проявления этого конфликта в одной из сфер жизнедеятельности человека, взаимоотношение микро-среды с внутренним миром, с его своеобразным отражением. Глубинное осознание этой связи расстройств с конфликтом, его обусловленности в возникновении этих расстройств, в формировании почвы для их возникновения. Совместный анализ с больным всех сфер его жизнедеятельности, возможности существования этого конфликта по факторам первичных невротических переживаний в анамнезе больного.

4. Дезактуализация конфликта. Здесь важно попытаться своеобразно рассмотреть эту конфликтную ситуацию, то есть попросить больного пережить в своем воображении эту конфликтную ситуацию на протяжении какого-то промежутка времени, что будет через полгода, год, если ее решать таким образом, а потом другим путем с учетом тенденций эмоционального реагирования. По этому поводу приводится много аналогий, рекомендуется библиотерапия. Если конфликт носит любовно-чувствительный характер, то рекомендуется чтение романа Э.Золя «Тереза Ракен», соответствующей литературы других авторов, в том числе и Н.С.Лескова. Прямых рекомендаций психотерапевт избегает давать, а лишь пытается подвести пациента к собственному решению, но взвешенно, с перспективой будущего, с учетом многих факторов, с возможностью переживаний раскаивания. Здесь важна техника «линии времени» из НЛП, приемы трансактного анализа, психодрамы, психосинтеза.

5. Психотерапевтическая тактика, направленная на редукцию, обратное развитие obsessions и phobias. Это в первую оче-

редь внушения, ведущие к редукции расстройств в гипнотическом состоянии, когнитивная психотерапия с диагностикой и заменой дезадаптивных автоматических мыслей на адаптивные, техники НЛП (взмах, взрыв, визуально-кинестетические диссоциации, рефрейминг), соответствующие самовнушения в состоянии аутогенной погруженности при АТ, ролевые и функциональные тренировки, методы поведенческой психотерапии и т. д. Подчеркиваем, что это работа проводится после этапа вскрытия и дезактуализации психотравмы.

6. Формирование мотива к выздоровлению немаловажно, и при данном типе невроза эту тему надо поднимать еще до этапа обратного развития расстройств, так как опыт показывает, что часто после этапа редукции расстройств пациенты прекращают дальнейшее лечение.

7. Преодоление механизмов психологической защиты важно, так как пациенты имеют внутреннюю тенденцию вытеснять психотравму, низводить ее значение, и часто надо темы осознания психотравмы повторять.

8. Личностный рост, душевная зрелость важны, поэтому надо внушать в гипнотическом состоянии душевную зрелость, благоразумие, применять психосинтез, транзактный анализ.

6. Психотерапия истерического невроза

Истерические расстройства как явления известны давно, название происходит от греческого слова *hystera* — матка. Эти расстройства в те далекие времена были настолько загадочными, парадоксальными, что причина всего этого виделась в блуждании матки в организме женщины, как символ аффективно заряженной силы.

Изучение механизмов истерических расстройств служило моделью для ученых в попытке проникновения в психические механизмы сущности человека как в норме, так и в патологии. Так, например, Шарко рассматривал явление гипнотического состояния сомнабулизма как искусственно вызванное истерическое состояние. Р. Janet рассматривал эти расстройства как механизм отщепления этих аффективных комплексов от целостных личностных состояний, т. е. дис-

социации. Е.Кречмер, В.Е.Рожнов, М.Е.Бурно, В.Я.Семке рассматривали их как рудимент древних механизмов самозащиты, самосохранения (ступор, двигательные бури и т. д.).

Для З.Фрейда модель истерических расстройств явилась базисом для изучения проявлений феноменов бессознательного, механизмов конверсии, структуры личности.

Истерический невроз — невротические расстройства, носящие характер истерических моносимптомов у преморбидно здоровых личностей. *Истерические моносимптомы* — расстройства, обусловленные наличием психотравмирующей, конфликтогенной ситуации и трансформация («конверсия», «диссоциация») ее в соматоневрологические и реже — психические расстройства. Для них характерны парезы, параличи как центрального спастического характера, так и периферического вялого, то есть астазия — абазия, блефороспазм, ком в горле, истерические припадки, нарушения чувствительности, не соответствующие определенным зонам иннервации, своеобразные алгии, глухота, немота, слепота и др. При истерическом неврозе часто можно встретить автоматическую имитацию неврологических, и особенно сейчас, соматических заболеваний, но с налетом особой истерической искусственности, реакцией на их наличие.

Расстройства, возникшие по механизму истерических (диссоциации, конверсии), по своей нозологической сущности неоднозначны и могут встречаться не только при истерическом неврозе, но и при истерии (психопатия истерического круга), в структуре других нозологий. Многие авторы (В.Н.Мясищев, Р.А.Зацепицкий, Б.Д.Карвасарский, В.Я.Семке, М.Е.Бурно), а также наш опыт констатируют тот факт, что истерическая симптоматика при определенных условиях может развиваться у людей любого типа личности, хотя имеются указания на то, что чаще расстройства данного типа возникают у слабого, нервного, художественного склада личности.

Клинические проявления истерического невроза очень разнообразны, и они могут копировать любые заболевания (подражательное самовнушение), но чаще проявляются истерические моносимптомы.

Некоторые особенности психотерапии истерического не-

вроза, исходя из общего содержания и этапов психотерапевтического процесса в лечении неврозов:

1. Лечение астенического синдрома особенно важно в плане снижения проявления аффективности путем внушения в гипнотическом состоянии не только глубинного внутреннего спокойствия, уравновешенности, а иногда и своеобразной душевной анестезии, которая на первых порах придает внутреннюю стабильность. В данном случае возникает соблазн в некоторых случаях произвести «чудесное исцеление» путем соответствующих внушений и наличие у пациента желания удивить окружение, но оно носит временный характер, так как психотравмирующая ситуация в реальной жизни не дезактуализирована.

2. Достижение адекватного осознания болезни. Важно учитывать, что истерические моносимптомы являются своеобразным аргументом, что болен, и носят демонстративный оттенок, но глубинного, настоящего страдания нет. Больные включают механизмы психологической защиты, чаще вытеснение, в доказательства своих страданий, и важен здесь не только рациональный аспект этой работы, но и суггестивный, необходимо возвращаться к этой теме на фоне дальнейшей психотерапевтической работы.

3. Вскрытие и осознание психотравмы, конфликтной ситуации как причины возникновения расстройств (истерических моносимптомов) важно, так как наличие этого конфликта поддерживает стойкость этих расстройств. Конфликт носит характер претензии определенного характера со стороны пациента в значимой для него области жизнедеятельности к окружению и, или невозможность окружения удовлетворить это желание, или отсутствием возможности. Показывать больным соотношение психотравмы и расстройств, их взаимообусловленность и взаимозависимость.

4. Дезактуализация психической травмы носит решающий характер, но важно помнить, что иногда бывают психотравмы, конфликтные ситуации, носящие характер общечеловеческого плана, понятных и трудноразрешимых, и они трудно дезактуализируются. Здесь важен перенос значимой жизнедеятельности, самоутверждения, чести, личностных интересов в другие сферы жизнедеятельности, не быть ра-

бом каких-то факторов, которые на первый взгляд кажутся очень важными, значимыми, и по возможности выключать их из своей жизнедеятельности. Не упорствовать в этой претензии, не позорить себя в этой ситуации, в этом факторе, а наоборот, показать больному, что он раб, заложник этого фактора, не сохраняет свое здоровое достоинство в главном, а не в мелочах, возведенных до главного. Здесь важную роль играют внушение в гипнотическом состоянии соответствующего характера, техник НЛП (взмах, визуально-кинестетические диссоциации, рефрейминг), ролевые игры, психодрама, трансперсональная психотерапия, психосинтез.

5. Психотерапевтическая тактика, направленная на редукцию, обратное развитие моносимптомов строится на гипнотерапии с внушением соответствующего характера. АТ здесь противопоказано, так как тренирует, усугубляет механизмы конверсии, имитационного самовнушения. Здесь возможны приемы косвенной, чрезпредметной психотерапии. В некоторых случаях применяются некоторые техники НЛП как структурные самовнушения, но включенные в целостный лечебный процесс.

6. Формирование мотива к выздоровлению особенно важно, так как является профилактикой возникновения невротических расстройств в трудных жизненных ситуациях.

7. Преодоление механизмов психологической защиты необходимо проводить в данном случае постоянно, так как при данном типе невроза имеется тенденция постоянного их воздействия.

8. Личностное развитие, формирование зрелости способствует стойкому переходу на здоровое реагирование по отношению к психотравмам повседневности, формирование психической устойчивости.

7. Психотерапия реактивных состояний

В настоящее время все чаще реактивные состояния рубрифицируются как «реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации». Невротические реакции, реактивные состояния, как было уже сказано выше, отличаются от неврозов тем, что

в клинической картине болезни, жалобах пациентов звучат психотравмы, расстройства напрямую связаны с ней, и они являются по своей сущности понятными, общечеловечными реакциями на психотравму и, если их нет в той или иной (не болезненной) степени выраженности, это для окружения является аномальным.

Реактивные состояния могут возникать непосредственно на фоне воздействия психотравмы или сразу после ее воздействия, а могут и не сразу, после какого-то времени, отставленно, так как на первых порах в силу воздействия обстановки личность вытормаживает эту реакцию, включаются компенсаторные механизмы, но в дальнейшем они истощаются и возникают отставленные реактивные состояния.

Среди реактивных состояний по проявлению клинической картины выделяют:

1. **Реактивные депрессии**, при которых нет суточного колебания настроения типичного для эндогенной депрессии. В данном случае возможны ситуационные уменьшения силы переживаний при отвлекающих моментах и одиночество трудно, но длительное пребывание среди других людей тоже угнетает. Временами могут возникать идеи виновности с аргументацией своей виновности.

Поэтому **первым этапом** психотерапевтической тактики является сочувственно-успокоительная беседа, где успокоение носит не прямой, а косвенный характер, звучит в подтексте беседы на фоне седативной медикаментозной терапии. Гипнотерапия, взмах, взрыв или визуально-кинестетическая диссоциация из НЛП или другие методики на этом этапе неуместны. **Второй этап** — осторожное «растворение» горя в факте переживания такого рода многими людьми, в том числе и довольно известными, заслуженными, что снимает чувство одиночества в горе, придает оттенок общности такого переживания с другими людьми. Человек в таком состоянии нуждается в чувстве общности, в сочувствии, в косвенном успокоении (но не в прямом). **Третий этап** — в беседе с больным поднять вопрос о силе духа, душевной силе человека, способности проявить стойкость в такие трудные часы. Именно умение и способность взять ответственность на себя, справиться с ситуацией и выйти из нее с честью и до-

стоинством, а иначе будет дополнительное горе, что не справился с этой ситуацией. Поддержка больного в этом вопросе, поддержка присутствия духа, формирование внутреннего чувства — смогу выстоять. Здесь уместны уже сеансы гипнотерапии с соответствующими внушениями душевной силы, мощи, стойкости. **Четвертый этап** — перевод психотравмы в сфере чувственных переживаний в прошлое, в память, как значимое, стимулирующее человека к жизни определенным образом, к активности (в противоположность при невротических расстройствах — к дезактуализации). Такая тактика не умаляет значения случившегося для больного, что для больного было бы оскорблением, но вводит все это в конструктивное русло, повышает значение поведения больного в этой ситуации. **Пятый этап** — включение в реальную жизнь, в реальную деятельность, часто наперекор судьбе, в память о том, что пережил, что случилось. Переживаемое не исчезает, а, наоборот, ему воздается должное, его значимость определяется мотивом к будущим действиям, определенной душевной жизни.

2. В тех случаях, где **реактивное состояние возникло вследствие сексуального насилия**, тактика меняется и важно учитывать также клиническую картину расстройств, то есть психический статус. Может даже доминировать апатическая форма депрессии с потерей веры во все, даже в человеческую сущность, временами переходящая и в отчаяние.

На **первом этапе** психотерапии дается понять, что вы понимаете внутреннее состояние пациента, оскорбительный характер насилия, звериный инстинкт насильника, проявляя при этом сочувственно-успокоительный подтекст беседы. Показывается важность умения пережить этот период жизни с достоинство, ведь в этом случае не теряется чувство собственного достоинства в истинном смысле этого слова, это несчастье, беда, а не позор. Ведь, встретив зверя в лесу и пострадав от этой встречи, нет позора, это беда, несчастье, и люди, проявляя человечность, сочувствуют во всех случаях насилия. Сначала в разговоре, а потом и в гипнотическом состоянии прививается чувство внутреннего спокойствия, наличие душевных сил, душевной мощи и резерва стойко перенести случившееся без особых потерь и страданий на-

зло насильнику и недоброжелателям. Он хотел нанести ей душевный урон, пренебрегал ее человеческой сущностью, а не вышло, она выстояла, она душевно очистилась от всего этого. В данном случае возможны варианты гипнотерапии с первой встречи, так как больные ждут душевного облегчения. На последующих сеансах нужно внушением вызывать чувственное состояние облегчения страдания, успокоения, чувство душевной силы, стойкости, способности пережить это несчастье с наименьшей потерей, уроном для себя, чтобы то, что случилось, не отложилось на ее дальнейшей жизни, поведении, переживаниях, судьбе.

На втором этапе важно осуществить перевод психотравмы в сфере чувственных переживаний в прошлое. Оно случилось, его не изменить, но его можно убрать из своей сферы переживаний, очиститься. Психотравма в прошлом и переживания, связанные с ней, тоже в прошлом или совсем исчезли, и назло недругам не оказала никакого влияния, не изменила, не травмировала, не деформировала, и пациентка, наоборот, сохранила душевную чистоту, светлость переживаний жизни, умение и способность радоваться жизни. Оно случилось и прошло, не оказав влияния, так как это насилие от нее не зависело и нельзя, чтобы такая мерзость испортила ей жизнь. Наоборот, здоровое самолюбие, здоровая гордость, от того, как я справилась с трудными моментами жизни, как я живу, внутреннее чувство ответственности за свою жизнь, умение навсегда освободиться от этих неприятных моментов жизни.

В некоторых стойких случаях переживания случившегося можно провести гипнокатарсис, то есть обострение представлений о случившемся, усиление страдания с подтекстом отреагирования, истощения, изживания, ухода этих аффектов, их разрядки с последующим повторением психотерапевтической работы, описанной выше. В данном случае актуальна техника визуально-кинестетической диссоциации из НЛП, приемы когнитивно-поведенческой психотерапии. В некоторых особых случаях при проявлении неглубоких, повторных психотравмирующих длительных переживаний возможна техника «пустого стула» из гештальттерапии, то есть беседа с «воображаемым» насильником, находящимся на пустом стуле с последующей сменой позиции.

Возможны варианты поиска нужных ресурсных состояний (НЛП), внушение в гипнотическом состоянии оптимизма в жизни, душевной легкости, хорошего настроения, жизненного тонуса, яркости переживаний жизни, ее неповторимости, светлое переживание жизни.

3. В клинике реактивных состояний могут присутствовать *расстройства истерического характера*, возникшие непосредственно как прямая реакция на психотравму. Возможны истерическая дрожь, колотун, гиперкинезы, ступор, немота, слепота, другие истерические моносимптомы, истерическое возбуждение. Здесь важны императивное внушение, шоковые способы погружения в гипнотическое состояние с последующим внушением нормализующего характера, применение транквилизаторов, в том числе и внутримышечно.

4. В клинической картине реактивных состояний могут звучать *тревога, подозрительность*, ощущения преднамеренной недоброжелательности окружения, иногда идея отношений, сверхценные идеи в ответ на психотравму, которая значима для данного человека.

Здесь важна тактика достижения адекватного осознания болезни, то есть, что это состояние психогенно. Именно восприятие, интерпретация ситуации создают представление об опасности человека в целом и его личности в частности. Следующим этапом может служить когнитивно-поведенческая психотерапия, закрепление этих результатов в гипнотическом состоянии. Следующим этапом является внушение в гипнотическом состоянии психической устойчивости, душевной силы, анализ его реакции на ситуацию, перестройка ее (визуально-кинестетические диссоциации, рефрейминг из НЛП), редукция расстройств, не исключается лечение психотропными препаратами.

Насилие любого характера в том числе пребывание в заложниках, провоцирует реактивное состояние. Насилие — это переживание личностной оскорбленности, издевательства, побоев, нанесение урона человеку на всех уровнях его самоощущения и самопредставления, унижения, угрозы уничтожения в любой момент, игра чинимых над ними насилия людей на их нервах, смена жестокости на милосердие, жалость за которыми следует очередная волна жестокости. Люди,

чинимые над заложниками насилие, испытывают к ним злобу и агрессивность, ненависть, презрение, поддерживаемые стремлением добиться желаемого, чувством личной опасности, неопределенностью ситуации. Цель всех их действий — раздавить, изничтожить личность человека, месть за ситуацию, за то, что этот человек или люди в чем-то препятствуют достижению желаемого.

Важно учитывать возможность сочетания двух видов психотравмы, то есть сочетание унижения, издевательства, риск гибели и, с другой стороны, восприятие ужасающих сцен, напрямую не относящихся к ним. В этом случае важно начинать работу с тем фактором психотравмы, который является наиболее психотравмирующим.

В данном случае психотерапевтическая тактика такая же, как и при сексуальном насилии, но с учетом данных видов психотравмы. Здесь важно направить переживания пострадавшего в то направление, что человек является тем, что он пережил, пережитое — это его багаж, это его заколяло, сделало внутренне сильным, то есть во внутреннем положительном плане.

Важно учитывать тот факт, что реактивные состояния могут развиваться на фоне других заболеваний, обостряя их, так как происходит наложение общечеловеческих реакций на другие заболевания.

8. Посттравматические расстройства

Посттравматические расстройства возникают как отставленные недостаточно леченные, или не леченные реактивные состояния, чаще всего из-за невозможности отреагирования в тех условиях на психотравму, отсутствие их клинического проявления в тех ситуациях, но вытесненных в бессознательную сферу. Не отреагирование, личностной не переработанности этой значимой психотравмы, отставленное проявление актуальности ее спустя какое-то время, особенно в ситуации отсутствия достаточной адаптации к естественным сегодняшним условиям. То есть психотравма, перенесенная в прошлом, остается личностно не переработанной, не сня-

та ее актуальность, не переведена во внутреннем мире переживаний в разряд пережитого в прошлом, не утилизирована, то есть личность остается задетой, особенно ее глубинные структуры «Я», тот факт, что это могло произойти с ним. Самовосприятие, самопредставление человека не мирится с тем, что произошло, что это могло вообще произойти. Сперва сцены психотравмы могут проявиться во сне, с тягостными переживаниями тревоги, беспокойства с оттенком мучительности. После таких снов утром — состояние угнетенности, тяжесть в душе, неприятные ощущения. В дальнейшем эти переживания начинают всплывать и днем, самопроизвольно всплывают в воображении сцены психотравмы с тягостными чувствами. Эти воображаемые сцены, тягостные сцены, беспокойство начинают дезорганизовывать сознательную жизнь человека, искажают способность адекватного восприятия повседневности, характера реальных переживаний.

Первый этап психотерапии посттравматических расстройств — это установление контакта, как сейчас говорят, подстройка, то есть сочувственное отношение к пациенту, к его характеру переживаний. Продемонстрировать понимание драматичности этих событий, травматичность для человека.

Второй этап — перевести это пережитое в прошлом в воображение событий в настоящем по принципу «здесь и теперь». Оживить и обострить эти переживания, дать возможность отреагировать, пережить заново с подтекстом разрядки этих переживаний, изжить этот аффект, исчерпать эти переживания эмоционально, то есть провести катарсис. Здесь для усиления эффекта изживания можно дополнительно провести прием визуально-кинестетической диссоциации НЛП, взмаха, гипнокатарсис с заключительным внушением изживания этих переживаний, ухода их из внутреннего мира пациента, именно ухода, не загнать эти переживания снова в бессознательную сферу.

Третий этап. Перевод этих переживаний, сцен психотравмы в прошлое, но не с точки зрения психотравмирующего состояния, а с точки зрения опыта пациента, волевой закаленности стойко переносить такого рода испытания. Здесь важно оттенить эффект переживания «в прошлом», эффект «прошедшего». Эти переживания не настоящее, это прошлое

с эффектом душевного багажа, стойкости, душевной мощи. Выход из этих испытаний — сильнее стал как человек с опытом переживаний подобного рода, мощнее, стойче.

Четвертый этап. Адаптация к реальной, повседневной жизни. В реальной жизни проявлять не самоизоляцию, а включаться, вовлекаться в повседневность, жить не прошлым, а актуализировать настоящее по принципу «здесь и теперь», думать о будущем, ведь оно зависит от настоящего.

Естественно, перед этой психотерапевтической работой провести этап психотерапевтического процесса по достижению адекватного осознания природы и сущности посттравматических расстройств.

Не редко посттравматические расстройства — на фоне других расстройств. В частности, при наличии субдепрессии и депрессии, у больных с расстройством личности и поведения у взрослых (F-6) и другой патологии, то есть, так называемые, коморбидные расстройства, что требует сочетанного лечения.

9. Психотерапия расстройств зрелой личности и поведения у взрослых

Названия данных расстройств имеют тенденцию в историческом аспекте к изменениям. О неправильном поведении писал Ph.Pinel (1809), J.Prichard (1835) говорил о «моральном помешательстве», E.Esquirol (1838) — о «инстинктивной монomanии», Ф.И.Герцог (1846) отмечал людей со странностями характера, с большой раздражительностью, гневливостью. В.Morel (1868) и R.Krafft-Ebing (1890) говорили о «психической дегенерации». Термин, характеризующий данные расстройства и ставший общепринятым, ввел I.Koch (1891) под названием «психопатии», который сохранялся длительное время и не утратил своего значения и сейчас. В связи с тенденцией гуманизации уже в МКБ-9 этот раздел расстройств получил название «расстройства личности», а в МКБ-10 — «расстройства личности и поведения у взрослых», но из-за краткости, емкости смысла слово «психопатия» не утратило значения в профессиональном общении, но без употребления в качестве диагноза. Так что руководства и учебники по

психиатрии, изданные ранее, не утратили своего значения, особенно клинические описания, так как динамика изменений названий не меняет сущности расстройств, а лишь оттеняет те или иные аспекты этих личностных расстройств. Яркие описания этих расстройств личности в старых изданиях очень ценны и в наше время.

Результаты систематизации психопатий дали множество классификаций, как зарубежных (Е.Краепелин, R.Scheider, E.Kretschmer и др.), так и наших (С.С.Корсаков, С.А.Суханов, П.Б.Ганнушкин, Т.И.Юдин, Г.Е.Сухарева, О.В.Кербиков, А.Е.Личко, Н.И.Фелинская, Б.В.Шостакович, А.Б.Смулевич, М.Е.Бурно и др.).

С точки зрения личностной типологии в психотерапии мы взяли клиническую типологию П.Б.Ганнушкина, Г.Е.Сухаревой, М.Е.Бурно и других клиницистов.

Этот раздел для современных психотерапевтов очень важен. Во-первых, они этому виду расстройств не предают большого значения и расценивают в подтексте невротических расстройств, реакций, не учитывают, что это дисгармония личности, патология характера, целостная структура личности, ее дисгармония. Во-вторых, изучение этого раздела обеспечивает личностный подход во всех случаях психотерапевтической практики. Личностный подход предполагает возможность в психотерапевтической работе соответственно учитывать целостную сущность, свойства личности, опираться на них в построении психотерапевтической тактики, обеспечивать ее максимальную адекватность случаю. Степень выраженности тех или иных свойств личности, их интенсивность проявления может распространяться от малозаметности («обычный, как все») до акцентуации, выраженности тех или иных свойств, а в некоторых случаях и до патологии. Даже у незаметных, «обычных, как все», не выделяющихся на фоне среды личностей, если к ним повнимательнее присмотреться, можно увидеть их личностные особенности, особый алгоритм внутренней жизни, налагающий отпечаток на их поведение, дающий отличие друг от друга таких людей в рамках нормы. Все это дало возможность С.А.Суханову отметить факт соответствия каждого типа патологического характера нормальному, то есть находящемуся в рамках нормы. С дру-

гой стороны, многие клиницисты определяют патологию личности как шаржированную норму, доведенную до дисгармоничности, патологичности отдельных составляющих их личностных свойств. Все вышесказанное, а также наша практика, показывают возможность построения личностного подхода, как наиболее адекватного в психотерапевтической практике, как в личностных рамках нормы, так и патологии.

Психопатии определяют как патологию характера, выражающуюся в дисгармонии отдельных свойств, их непропорциональности, дисбаланса выраженности по отношению к другим свойствам, присущим человеку. От этой патологии характера страдает или сам больной, или его окружение, или он сам и его окружение. По П.Б.Ганнушкину, психопатии имеют критерии: врожденность, необратимость, тотальность, то есть проявляющиеся во всех сферах жизни патологические свойства личности.

Сейчас можно услышать от некоторых психологов, психотерапевтов, что Э.Кречмер, П.Б.Ганнушкин и другие — это прошлое, не новое. Хочется ответить — эти типы личностей вечны так же, как темпераменты Гиппократов, которые то забывают, то снова к ним возвращаются, и очень успешно, как за рубежом, так и у нас (Г.А.Макарова и др.). Клиническая типология личностей достаточная, учитывает целостную структуру личности и актуальна для работы психотерапевта в повседневных условиях.

Астеническая психопатия, или астенический тип личности в норме, отличается тем, что страдают — кто в большей степени, а кто в меньшей — в рамках нормы от своей стеснительности, мнительности, робости, застенчивости и в то же время от болезненного самолюбия, что не такие, как другие, обладающие другими свойствами. Это первосигнальный, чувственный тип личности, тревожно-мнительная личность, сейчас их часто относят к социофобическим расстройствам.

Психастеник страдает от своих мучительных сомнений, от ипохондрических навязчивостей. Психастеник — второсигнальный, мыслительный тип. В МКБ-10 рекомендуют включать этот тип личности в ананкасты.

Ананкастический (обсессивно-компульсивный) тип личности характеризуется в первую очередь тем, что структура лич-

ности состоит из навязчивостей разнообразного характера, они обрастают и постоянно озабочены навязчивостью (ананказм — вынуждать, заставляя, понуждать).

Неустойчивый, инфантильный тип личности в рамках нормы, или психопат, проявляет во всем инфантильность, неустойчивость, от которых страдает окружение и в первую очередь родители, члены семьи. С одной стороны, претендуют на самостоятельность, не любят опеки, а, с другой стороны, не справляются с жизненными ситуациями, делают проступки. Родители, чувствуя их детскость во всем, вынуждены опекать, страховать, на что такие типы личностей, особенно в психопатических рамках, дают реакцию детского негативизма, протеста, хотя уже далеко не дети. Душевно незрелые, внушаемы, а еще больше самовнушаемы, и их поведение и увлечения зависят от окружающей среды. У них не вырабатываются волевые задержки, им трудно заставить себя делать то, что надо, но не хочется. В гипнозе часто дают сомнамбулизм, легко усваивают техники НЛП, но все это не носит стойкий характер, не обладает длительным воздействием.

Истерия, истерические личности в рамках нормы характеризуются «стремлением казаться больше, чем на самом деле есть» (К.Ясперс), «требующие признания» (К.Шнейдер). Они эгоцентричны, то есть стремятся обратить на себя внимание любыми средствами и путями. Ради этой цели могут совершать разнообразные поступки при условии наличия зрителей. В то же время они не обладают глубиной и стойкостью переживаний, чтобы не казаться, а быть такими, так как чувства поверхностны, интересы нестойкие, за исключением их собственных эгоистических интересов. Доминирует аффективная логика, самовнушаемы, избирательно внушаемы. Равнодушие, безразличия, пренебрежения они к себе не выносят, бывают коварны. Декомпенсируются аффективностью, истерическими моносимптомами.

Эпилептоидные психопаты, эпитимные личности в рамках нормы — напряженно деятельны, настойчивы, упрямы, страстные любители сильных ощущений, любящие порядок, педантичны, беспорядок раздражает, мышление вязкое, трудно переключаемое, мысли, чувства надолго застревают в их сознании, склонны к сверхценным образованиям, ав-

торитарности. Им свойственна «аффективно-аккумулятивная пропорция», выражающая алгоритм эпилептоида (вязкость — стаз — взрыв, по Ф. Минковской). Декомпенсируются аффективными реакциями, дисфориями.

Шизоидная психопатия, шизоидный тип личности в рамках нормы, характеризуется наличием у таких людей аутистического мышления, базирующегося на своих внутренних понятиях, категориях, а не полностью на внешней реальности окружающего мира. Вследствие аутистического мышления возникает у них особое мнение, умозаключения, мало созвучия (синтонности) с другими людьми. Наличие психоэстетической пропорции (Э. Кречмер) делает их в чем-то очень сентиментальными, чувствительными, а в чем-то бесчувственными, холодными, но у них всегда отсутствует расщепленность, то есть амбивалентность и амбитендентность.

Циклоидные психопаты, синтонные, сангвинические личности в рамках нормы. Им свойственна доброжелательность, обходительность, сангвиничность, душевность, созвучие в общении, склонность к веселью, шуткам, наличие «диатетической пропорции» (Э. Крегмер), означающей наличие элементов веселья и грусти в любых движениях души с готовностью перейти в свою противоположность.

Психопатии бывают в стадии компенсации, то есть адаптивности к окружению, своеобразной, но все же гармонии с микросредой, и декомпенсации, вызванной какой-то психотравмой, фрустрацией, и на конституциональной основе возможно наступление фаз. Часто состояния декомпенсации расцениваются как невротические реакции, невротические расстройства, что приводит к неадекватной психотерапевтической тактике.

В современной психотерапии придается большое значение процессу подстройки к пациенту по позе, дыханию, но, по нашему мнению, еще важнее подстройки к внутренней сущности человека, к его алгоритму жизни, понимание его внутреннего мира, что выражает понятие личностного подхода, и на основании этого понимания надо строить психотерапевтическую тактику.

Научные публикации, посвященные психотерапии расстройств зрелой личности и поведения у взрослых (психопат-

тии), в основном опираются на использование личностных особенностей в становлении состояния компенсации. Это избегание ситуаций, ведущих к декомпенсации (В.Е.Рожнов, Н.К.Шубина), осознание своих личностных особенностей, постижение личностных особенностей других людей из своего окружения, построение психотерапевтической тактики, соответствующей типу личности (М.Е.Бурно, И.С.Павлов, Н.Л.Зуйкова, Т.Е.Гоголевич и др.).

Но недостаточно отражен другой параллельный путь, опирающийся на развитие личности, становление душевной зрелости, механизмов личностного роста. Этот путь ведет к «изживанию» личностных расстройств, «нормализации» характера, формированию механизмов и навыков, способствующих умению справиться с ситуацией, ранее ведущей к декомпенсации. В публикациях имеются указания на некоторые из этих механизмов (избегание ситуаций, ведущих к декомпенсации; осознание и учет своих личностных особенностей). Выражение «умение властвовать собой», встречающееся в литературе, следует трансформировать в понятие ускорения процесса приобретения жизненного опыта, созревание личности, душевной зрелости и более структурно и конкретно осветить это больному с личностными расстройствами, прививать ему эти свойства и умения.

Этому способствуют:

1) умение больного определить, что в данной ситуации главное, подчиняться задаче ситуации (например, ситуация отдыха или увеселительной вечеринки и т. д.). Это важно и для астенических личностей с целью подчинить свои внутренние тенденции главной цели ситуации, в этом их «культурность», что на фоне и другой психотерапевтической работы (соответствующие внушения в гипнотическом состоянии и т. д.) смягчает их стеснительность, мнительность, задает роль отдыхающего. Для эпилептоидов тоже важно проявлять не свою авторитарность, а готовность к отдыху для всех, тренировка способности подчиняться этой идее. То же самое важно и для компенсации истерических личностей — отдых для всех, а не демонстрация себя для всех. Все это имеет важное значение и для других типов психопатий;

2) понимание, знание того, что в некоторых ситуациях

ничего нельзя сделать, нужно просто ее «спокойно» пережить, а потом время все расставит на свои места. Показать на примерах целесообразность такой тактики поведения в некоторых ситуациях, проявление ее некоторыми известными людьми в трудных ситуациях. Это один из важнейших механизмов компенсации наряду с механизмами избегания ситуаций, ведущих к декомпенсации;

3) могут быть ситуации, где следует и надо подчиняться и нет смысла «бунтовать» и т. д., так как это оптимальный вариант в данной ситуации и другой вариант поведения только усугубит положение дел. То есть здесь другой тип поведенческой реакции, который должен присутствовать в репертуаре психопатической личности, а именно — не просто спокойно пережить эту ситуацию, а подчиняться логике ситуации, например, действию органов власти в экстремальных ситуациях, администрации и т.д. Оценивать свои интересы и права возможно вне этой ситуации, а не во время ее проявления;

4) тренировка навыков преодоления ситуационного аффективно суженного сознания, формирование в таких случаях установок на целостное восприятие действительности, своего положения и последствия удовлетворения своего болезненного самолюбия в данной мимолетной ситуации; умение не возводить эту мимолетную ситуацию в ранг решения своей судьбы и своего будущего; здоровая гордость, здоровое самолюбие у зрелой личности реализуется не в каких-то мимолетных ситуациях, а в жизни в целом. Здесь важно проводить функциональные тренировки, эпизоды ролевых игр, элементы психодрамы;

5) низведение установки на победу в споре, тенденции быть всегда правым, ведь встречаются люди, которые изначально правы, и часто нельзя человеку доказать то, что он изначально не приемлет; формирование установки не на спор, а на постижение истины, даже ценой своей неправоты. Это важно и астеннику с его стеснительностью, мнительностью, и психастенику с его болезненными сомнениями, и эпилептику с его прямолинейным мышлением, авторитарностью, дает возможность мысленно подняться над ситуацией спора, увидеть себя и собеседника в споре как бы со стороны. Видеть в споре реальную пользу для себя — постижение истины, а не детское желание

во что бы то не стало победить собеседника. Тактично приостановить спор, если проявляется детская тенденция победить в споре собеседника, вежливо указав ему на это;

б) формирование чувства того, что другой — такой же, как я, изначально мы равны; если нельзя найти одну точку зрения, одно общее миропонимание, подход, то лучше оставить этот вопрос, отложить его, ведь часто время лучше расставляет все точки в спорах, чем самый изощренный спор. Идея изначального равенства людей, их ценность сама по себе, чувство того, что другой такой же, как и ты, полезны для астеников с их чувством неполноценности и для эпитимных с их частым чувством превосходства, делает всех более человечными как по отношению к себе, так и по отношению к другим, дает возможность видеть уникальность каждого человека, его неповторимость;

7) рассмотреть соотношения «Я» больного и «Я» в конфликтной, психотравмирующей ситуации больного; «Я» больного в конфликте и как это выглядит со стороны — адекватность, душевная солидность, человечность, гуманность, проявленные в конфликтных ситуациях, даже снисходительность к другим людям со всеми их слабостями;

8) понимание ситуации агрессивности других людей. Если человек агрессивен, значит, у него что-то не ладится, у него проблемы, а не у тебя. Поэтому в таких ситуациях не отвечать тем же. Наоборот, стараться понять человека в такой ситуации и, если возможно, помочь. В редких случаях, когда сложилась ситуация быть объектом вымещения кем-то своего плохого настроения, то не вовлекаться в нее, не отвечать тем же;

9) психотерапевтическая тактика, направленная на личностное развитие, на возможности достижения зрелости функционирования в эмоциональной, волевой и интеллектуальной сферах, налаживание процесса личностного роста и психической устойчивости.

Такое структурирование механизмов компенсации у психопатических личностей на первый взгляд носит отчасти искусственный характер, так как поведение человека ценно, но в нем присутствуют разные типы поведенческих реакций и проявляются гармонично, сообразно ситуации.

Важно заранее с больным обсудить возможные случаи и пути срывов, декомпенсаций, их причины (не закрепились достаточно прочно некоторые реакции, поведенческие акты, направления хода мыслей, произошел нежелательный переход в негативные аффективные тенденции). Опережающая ролевая тренировка купирования типичных срывов. Нужно предупредить больных, что сразу все гладко не идет, достижение душевной зрелости требует достаточно времени и усилий, но это единственный путь по-настоящему помочь себе. Формировать у пациентов чувство того, что они больше не беспомощны в таких ситуациях и случаях, имеют в арсенале навыки преодоления таких моментов в жизни, что они не рабы ситуаций и проявляющихся в них определенных душевных состояний, ведущих к срыву. Это все ведет к возможности мобилизовать свои внутренние ресурсы, ощущение силы и мощи своего влияния на себя в любых ситуациях, чувство своей защищенности. Именно ощущение своей власти над собой в любой ситуации, а не попытка властвовать над ситуацией путем декомпенсации своего характера.

Ведь пациент раньше по-своему чувствовал собственную эффективность поведения в реализации своего болезненного самолюбия, реализации своей (психопатической) концепции «Я», а сейчас другой путь реализации своего зрелого «Я», поддержания реального статуса в обществе.

Конечно, эта психотерапевтическая работа требует времени. На наш взгляд наиболее эффективен такой подход, при котором проводится полный курс психотерапии, после которого больной продолжает жить в своей естественной среде без поддерживающей психотерапии, регистрируя свое состояние, настроение, характер отношения с микросредой. В дальнейшем проводится анализ результатов проведенной работы, особенно их неудачных фрагментов. Проводится повторная проработка ситуаций, где больной декомпенсировался, тренировка тех механизмов, которые не проявились в этих жизненных ситуациях.

На фоне такой психотерапевтической работы важно формировать мотив к зрелости и душевной солидности, личностного роста, что освещено в соответствующих разделах психотерапии невротических расстройств. Разумеется, важ-

но, по необходимости, подключать и биологические методы лечения. Эти и другие факторы способствуют становлению душевной зрелости, редукции расстройств личности и поведения у взрослых (психопатий).

По обобщенным литературным данным (А.Б.Смулевич, Э.Б.Дубницкая*) терапия расстройств личности - длительный и трудоемкий процесс. По мнению одного, приводимых в статье, автора (Т.Миллон, 1996), личностные расстройства — это «каменный монолит..., а не глина, пассивно ожидающая рескультуризации». Как показано в этой публикации, основной тезис при лечении психопатий: темперамент-мишень для психофармакологии; характер — мишень для психотерапии».

Наш опыт показывает, что для более эффективного воздействия при расстройствах личности важно даже при назначении психофармакотерапии с целью нормализации психического статуса сперва психотерапевтически настроить больного на решение вопросов характера и содержания поведенческих реакций. Опережение психотерапевтических воздействий перед назначением психофармакологии делает предпосылку более комплексного воздействия психотропных веществ, а не только временную нормализацию психического статуса.

Психотерапия играет роль формирования адаптации больного к его среде, формирования у него поведенческих реакций другого уровня с взаимодействием со средой, способствует более длительному возникновению состояния компенсации, в какой-то мере изживания психопатических черт характера.

Любой темперамент может функционировать в приемлемой для среды форме с соблюдением условностей, хотя отличаться по силе и темпу проявлений.

* Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Расстройство личности: клиника и терапия. Психиатрия и психофармакология, № 6, 2003, стр. 228 — 230.

Психотерапия алкогольной зависимости

История терапии больных алкоголизмом еще не написана, не осмыслена за исключением отдельных фрагментов констатации фактов. Такое положение дел не способствует дальнейшему целенаправленному прогнозируемому и развивающемуся продвижению вперед в деле психотерапии больных алкоголизмом.

Нет ориентирующей координации научных исследований, осмысления положения дел в психотерапии в целом и в наркологии в частности (В.В.Макаров), которая помогала бы ученым, врачам-наркологам двигаться вперед, не повторяться, не возвращаться назад, к пройденным этапам.

Желательно, чтобы научный сотрудник, врач-практик имел четкое представление о путях и вехах развития психотерапии алкоголизма и на этом фоне оценивал бы свою работу, осмысливал и обобщал ее, учитывая временные и другие свои возможности, а также брал во внимание этапы развития общества, его культурные и другие особенности.

Из литературных источников известно, что спиртные напитки в тех или иных формах сопутствовали человечеству на протяжении всей истории существования. Уже в далекие времена причину злоупотребления спиртным видели в свойствах спиртного и в несовершенстве природы человека.

Аристотель и Гиппократ видели в пьянстве и безумии тождество, считали пьянство добровольным умопомешательством, что с поведенческой точки зрения верно и сейчас.

Так, проф. В.Е.Рожнов относил М.Магазинера (1854 г.) к пионерам психотерапии алкоголизма. В конце прошлого века большой вклад в психотерапию алкоголизма внесли Г.Н.Синани, А.Н.Успенский, А.А.Токарский, В.М.Бехтерев и его ученик А.А.Певницкий, Ф.Е.Рыбаков, А.Л.Мендельсон и др.

В начале нашего века (1904 г.) И.В.Вяземский применил групповую гипнотерапию больных алкоголизмом.

В 1912 г. В.М.Бехтерев создал и возглавил антиалкогольный институт в Петербурге и успешно разрабатывал комплексное воздействие на больных — психотерапевтическая триада (разъяснительная психотерапия, гипнотерапия и самовнушение). В гипнотическом состоянии В.М.Бехтерев вызывал каталепсию в руках больных и на этом фоне внушал: «Как вы не можете опустить руку по своему желанию, так и не сможете пить...», то есть запрещающее внушение. И.В.Стрельчук в гипнотическом состоянии внушал отвращение к спиртному. В.Е.Рожнов уже вырабатывал отвращение, тошнотно-рвотную реакцию к спиртному, подкрепляя спиртным.

Используя идеи В.М.Бехтерева и И.П.Павлова, И.Ф.Случевский и А.А.Фрикен внедрили апоморфинотерапию (1933 г.), а Н.В.Канторович, ученик В.М.Бехтерева, формировал отрицательную реакцию на спиртное с помощью электрораздражения, и эти работы явились основополагающими в поведенческой психотерапии.

Впервые под руководством нашей кафедры (В.Е.Рожнов и др.) в 1967 г. было создано на Дороховском стеклозаводе отделение при промпредприятии от 4-й психиатрической больницы Московской области. Особой статьей стоит вопрос создания Наркологической службы страны (Э.А.Бабаян, Г.В.Морозов, В.Е.Рожнов и др.), создание Института наркологии в Москве (Н.Н.Иванец, И.П.Анохина).

Описанная А.А.Токарским поездка в Нахабино, где священник местной церкви взял зарок у 30 тысяч больных алкоголизмом, получила свое развитие в кодировании А.Р. Довженко (1984 г.).

Терапевтические сообщества, их принципы как у нас, так и зарубежом имеют источник в принципах воспитания А.С.Макаренко.

Несмотря на множество публикаций по психотерапии алкоголизма, С.С.Либих в 1969 г. обратил внимание на то, что усовершенствуется, развивается главным образом техническая сторона методик, что актуально и сейчас, посмотрев статьи и учебники по психотерапии с перечнем методик и техник, в то время, как содержание психотерапевтического воздействия,

его клинико-психологическое соответствие состоянию больного и особенностям личности изучены недостаточно.

П.Ф.Ветров (1968 г.) не без основания писал о том, что «психотерапевтические приемы наркологов чаще всего в существе своем... поверхностны» и носят характер «душе-спасительных бесед и уговоров», тогда как «в основу лечения должны быть положены именно психотерапевтические методики», что отражало уровень содержательной стороны психотерапии в наркологии.

Мы начали свою практическую и научную деятельность, когда вышла в свет (1968 г.) к сожалению уже забытая многими врачами монография Г.В.Зеневича и С.С.Либиха «Психотерапия алкоголизма». Используя с 1971 года в своей практической работе методику коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии алкоголизма В.Е.Рожнова, мы начали разрабатывать систему психотерапевтических воздействий, их конкретное содержание и в бодрствующем состоянии, как в индивидуальной, так и групповой работе с больными.

Исходя из исследований М.Е.Бурно о типах личностей, наиболее предрасположенных к алкоголизму, мы начали разрабатывать психотерапевтический подход в зависимости от личностных особенностей больных.

С 1974 года мы опубликовали на эту тему ряд статей и методических рекомендаций МЗ СССР, а в 1979 году нами была защищена кандидатская диссертация «Комплексная психотерапия больных алкоголизмом в зависимости от личностных особенностей».

Продолжаем эту работу и по настоящее время, расширив ее, включив семейную психотерапию, психотерапию других расстройств у членов семей больных алкогольной зависимостью.

Анализ методов лечения алкогольной зависимости (алкоголизма) за последние 40 лет, их сопоставление, сравнение показывают в чем-то их терапевтическую противоречивость, парадоксальность по характеру воздействия и в каких-то случаях локальность, парциальность, односторонность воздействия. В то же время при таком положении дел результаты лечения неплохие, а если учесть фактор отбора или спорадичности набора больных, то почти одинаковы. Такое положение дел обусловлено тем, что, во-первых, при таких сложных, многоуров-

невых, многофакторных системах, как человек с алкогольной зависимостью, воздействие на одно из звеньев этой системы порождает положительные изменения, сбой в работе патологических связей, нормализацию в системе в целом. Правда, часто эффект этого воздействия не стабилен по продолжительности, но при наличии каких-то внешних присутствующих факторов может держаться какой-то промежуток времени. Во-вторых, это врач с его методикой лечения и эффект подтекста, опосредованной психотерапии с установкой на воздержание, ожидание этого эффекта членами семьи, реже — микросреды.

В настоящее время прицельно изучают алкогольную зависимость по сути дела только нейрофизиологи и биохимики, а наркологи и психотерапевты только отчасти и больше стремятся достичь хороших ремиссий. Эти усилия наркологов и психотерапевтов, выражающие сущность социального заказа, затушевывают, закрывают, делают в какой-то степени нецелесообразной цель постичь природу зависимости. Ведь абсолютной истины, абсолютного знания нет, и нельзя останавливаться только на клинической модели зависимости (симптомы и синдромы). Это отражает физиолого-биохимическую сущность болезни, то есть последствия интоксикации, и оставляет за пределами социально-психологические факторы, которые привели к систематической интоксикации.

Естественно, более глубокие знания о природе зависимости воздействуют на практику посредством влияния на психотерапевта, его мировоззрение, миропонимание вообще и на компетенцию в ситуации психотерапевтической помощи в частности. В дальнейшем должна произойти перестройка и реагирования больных на психотерапевтическое, более прицельное воздействие, более конструктивное взаимодействие с психотерапевтом или подспудно продемонстрировать свое скрытое нежелание лечиться, которое поставит новую задачу психотерапевту и обществу — способствовать возникновению желания лечиться.

Природа алкогольной зависимости сложна и загадочна настолько, что даже репрессивные меры против пьянства в античные времена и в средние века, принимавшие жесточайший характер, вплоть до таких, как заливание расплавленного свинца в глотку, казни, не способствовали прекращению пьянства.

1. Клинико-психотерапевтические основы алкогольной зависимости

«В сущности интересует нас только одно — наше психическое содержание...»

И.П.Павлов*

При переходе на МКБ-10 важно помнить, что при изменении названия заболеваний, расстройств природа и сущность их не меняются и алкогольная зависимость «унаследовала» все свойства алкоголизма только с более выраженной упорядоченностью для статистической стандартизации расстройств по рубрикам. Алкогольная зависимость особо подчеркивает характер заболевания (зависимость), дает возможность посмотреть на эти расстройства под новым углом. Однако не надо упускать из виду прогрессивность этих расстройств, их хронический, необратимый характер. Приступая к изучению клиники алкогольной зависимости, важно отметить, что тактика ее лечения отличается от лечения других хронических заболеваний, при лечении которых основные усилия направлены на обратное развитие (редукцию) симптомов и синдромов. При других хронических заболеваниях редукция и новое возникновение симптомов и синдромов (обострение заболевания) прямо не зависят от произвольных намерений самих пациентов.

В клинике алкогольной зависимости в возникновении рецидива есть большая доля произвольности действия больного (запил назло жене, от горя, от радости, другие уговорили и т. д. и т. п.). Даже если и будет решен вопрос о полном обратном развитии симптомов и синдромов алкогольной зависимости (то есть полное исчезновение, а не переход в латентное состояние), их полной редукции, то встанет вопрос об еще более ужасающих формах пьянства, при которых более быстро будут возникать нарушения на уровне соматического реагирования (цирроз печени, алкогольная кардиопатия, психоорганический синдром и т. д.). Поэтому важна новая

* Из речи И.П.Павлова, произнесенной в 1904 г. в Стокгольме при получении Нобелевской премии.

концепция как в клинике, так и в лечении алкогольной зависимости, исходящая из особенностей природы заболевания.

Общепринятый научный принцип: «Вы никогда не узнаете, на что похожа мышь, если будете тщательно изучать ее отдельные клетки под микроскопом» — в наркологии, по сути дела, еще не реализован. Алкогольная зависимость, больной этой зависимостью рассматриваются с точки зрения клинических проявлений (симптомы и синдромы), с позиции среды (сколько выпивает, какие напитки, как часто, даже какой объем одного глотка и т. д.), с точки зрения социального статуса (профессия, возраст, материальное, жилищное и семейное положение и т. д.), но не изучаются с точки зрения самого больного как главного действующего лица, то есть природы и сущности такого заболевания, как алкогольная зависимость. Какова природа, сущность этой болезни после снятия, купирования острой симптоматики (симптом отмены, запоя, синдром зависимости и т. д.), полной нормализации психосоматического статуса? У больного нет жалоб, хороший сон, аппетит, хорошее настроение, нет влечения к спиртному, но он продолжает оставаться страдающим алкогольной зависимостью. В кабинете перед врачом сидит больной в таком состоянии, и насколько хорошо врач понимает глубинную и часто скрытую природу этого заболевания, настолько его действия будут адекватны, то есть от степени изученности этой природы зависит адекватность психотерапевтического воздействия, профилактика заболевания.

Мы поставили своей целью исследовать, изучить природу и сущность болезни клинико-психотерапевтическим методом, опирающимся в какой-то степени на принцип «черного ящика», который применяется в тех случаях, когда изучаемая система не вполне доступна непосредственному изучению, наблюдению. Психотерапевтически воздействуя на группы больных, используя групповой фактор, мы выявляли и фиксировали наиболее существенные и типичные проявления реагирования внутренней функциональной структуры болезни, личностного реагирования больных, отмечали, типологизировали (принцип типологизации) то, что не дает больному учесть свое реальное положение в жизни, начать по-настоящему лечиться, следовать советам врача ради спасения себя, внутренне принять трезвенничество.

Какие механизмы лежат в основе поведения больных с алкогольной зависимостью? Как происходит функционирование больного с алкогольной зависимостью как человека, личности со всеми его атрибутами и закономерностями жизни без потерь смысла жизни, жизненных ценностей? Каково содержание психики человека с алкогольной зависимостью? Важно именно воссоздание функциональной внутренней структуры болезни. Здесь определенную роль может играть и феноменологический подход. Здесь важно, чтобы произошло понимание, постижение душевной жизни больного как феномена в чистом виде, описать переживание больного, его внутренний мир, беря восприятия и внешние проявления жизнедеятельности, что Карл Ясперс называл «пониманием», то есть опосредованный путь. Чтобы сделать этот путь более непосредственным, Ясперс предлагает:

1) Психопатолог может трансформировать себя в психическую жизнь пациента и сопереживать то, что переживает пациент (то есть переживания врача становятся похожими на переживания пациента).

2) Сделать переживания пациента явными для себя (то есть врач наблюдает за переживаниями пациента так, как будто ему эти переживания были даны непосредственно). То есть, превращение в непосредственно данное. Здесь важно понимание, постижение сущности больного алкоголизмом, вчувствование, сопереживание с его внутренним миром, проживание с ним этого.

Здесь нет опасности «вхождения» в роль, то есть в случае психического заболевания у больного формирование индуцированного бреда, увлечение алкоголем при работе с больным алкоголизмом, так как базисное ядро психиатра-нарколога сохраняется и все то, что переживает больной, врач испытывает в своем воображении, ядро его личности сохраняет свой суверенитет. Просто так же, как Бальзак, писатель-профессионал, с такой степени эмпатии воспринимал, понимал нищего, идущего по улице, что на себе испытывал ощущение его рваной одежды, но при этом оставался Бальзаком со всеми его проблемами, долгами и т. д. Просто происходило мимолетное отрешение от себя, но не больше.

На уровне донаучного, бытового понимания окружение

больного чувствует, понимает, что он пьет «ненормально», что он «алкоголик». Психиатр-нарколог должен стремиться получить такое знание о переживаниях больного, которое поддавалось бы проверке и систематизации, то есть формирование научного понимания.

Мы в процессе общения с больными имели установку познать внутренний мир больного, понять, уловить алгоритм его поведения со всеми его атрибутами и закономерностями жизни и при этом без потери смысла жизни, жизненных ценностей.

Анализ и синтез материала, полученного клинико-психотерапевтическим методом, позволили нам выделить *«алкогольную позицию больного»*, которая включает в себя:

1. Восприятие своей формы алкоголизации, ее нюансов и особенностей (неадекватное осознание болезни в силу аффекта, нежелательности противоположного).
2. Алкогольную установку (с учетом ее структурных особенностей и смыслового содержания, включающих в свою структуру и первичное влечение к спиртному), то есть определенную предуготованность действовать так, чтобы постоянно, в любом случае были обеспечены приобретение и прием спиртного.
3. Сформированные механизмы психологической защиты своей алкогольной позиции, алкоголизации.
4. Смещение, переход реализации своей концепции «Я», перенос значимой жизнедеятельности в состояние опьянения.
5. Сформированный алкогольный стиль жизни, на который наложились клинические проявления заболевания (потеря контроля над количеством потребления спиртного, состояние лишения, запой, анорексия в запое и т. п.) и в том числе астенический синдром алкогольного генеза, понятийные нормы, закономерности и представления о необходимых ему атрибутах жизни, которые дают чувство того, что он живет.

Общеизвестно, что углубление научных знаний происходит за счет расширения общепринятого, введения нового понятийного аппарата, других взглядов. Именно *«алкогольная позиция»* дает нам тот симптомокомплекс, который роднит алкогольную зависимость с другими заболеваниями, при

которых основная тактика лечения направлена на обратное развитие (редукцию) симптомов и синдромов. Но, к сожалению, остается то, что не дает возможность сравнивать полностью алкогольную зависимость с другими хроническими заболеваниями. Этим является тот факт, что в причине возникновения рецидива заболевания усматривается большая доля произвольности, произвольных действий больного.

«*Алкогольная позиция*» дает врачу четкое представление о тех факторах, которые в трезвом состоянии больного определяют его поведение, ведут к алкоголизации, составляют сущность болезни, то есть воздействие не просто на больного, а на его «алкогольную позицию». Термин «алкогольная зависимость», «алкогольно-зависимые люди» имеет большую познавательную и диагностическую ценность, а уже психотерапевтический подход больше отражен в понятии «алкогольная позиция», которая служит целью психотерапевтического воздействия, имеет четкие структуры и содержание, отражающие сущность болезни. Правильно пишут в предисловии к русскому изданию МКБ-10: «Следует подчеркнуть, что МКБ-10 предназначена прежде всего для статистических целей (большое значение при работе над ней придавалось достижению высокой воспроизводимости в диагностических оценках разными клиницистами) и она не должна подменять собой *концептуальных классификаций*, сохраняющих свое значение для психиатрической науки и практики». Алкогольная зависимость тем и отличается от инсулиновой зависимости, что при инсулиновой зависимости нет личностного компонента, и больной сахарным диабетом готов в любую минуту с радостью отказаться от этой зависимости, если вопрос будет решен на биологическом уровне. Именно «алкогольная позиция» больного делает его добровольно-лично алкогольно-зависимым больным. Редукция, обратное развитие этого симптомокомплекса является первейшей задачей лечения больных с алкогольной зависимостью.

Генез алкогольной зависимости надо, очевидно, начинать изучать с первого употребления спиртного. Как показали наши наблюдения, тип первого взаимоотношения со спиртным (как положительного, так и отрицательного характера) не играет существенной роли в дальнейшем становлении болезни.

В результате влияния окружения, теле- и кинопросмотров

(свадьбы, дни рождения, Новый год, встречи с друзьями и т. п.) происходит формирование ситуационных алкогольных установок, эпизодического употребления спиртного.

Центральной проблемой в клинике алкогольной зависимости, естественно, является алкогольное опьянение. Ведь именно оно служит целью больного. При изучении алкоголизма (алкогольной зависимости) произошел сдвиг (с целью диагностики, диагностических критериев) с алкогольного опьянения на осложнения из-за него (симптомы и синдромы). Именно состояние опьянения, стремление к нему остаются центральной проблемой, а симптомы и синдромы (потеря контроля над количеством потребления спиртного, синдром лишения, истинные запои, амнезия состояния опьянения) являются результатом осложнения, сбоем организма, в какой-то мере самозащитой от постоянного присутствия спиртного в организме человека или резкого перехода от состояния опьянения к трезвому.

Наблюдения показывают, что любой человек может заболеть алкогольной зависимостью (возникновение симптомов и синдромов) при условии систематического пьянства. И действительно, после формирования у человека систематического пьянства в возникновении клинических проявлений заболевания играют роль лишь физиологические и биохимические механизмы организма. В зависимости от резистентности этих механизмов по отношению к алкоголю у человека рано или поздно происходит становление болезни (в диапазоне от нескольких месяцев до года у юношей, женщин и иногда до десятка лет лишь у некоторых зрелых мужчин). Но те особенности, которые способствовали становлению систематического пьянства, действуют на всех этапах болезни и зачастую препятствуют появлению ремиссии, делают больных часто некурабельными.

В специальной наркологической литературе стыдливо умалчивается роль алкогольного опьянения в жизни человека. В крайнем случае говорят об эйфоризирующем эффекте, а в последнее время все чаще упоминается антистрессовое воздействие опьянения. Но если проанализировать все то, что испытывают люди в состоянии опьянения, или то, что они творят в этом состоянии, то мы придем к выводу, что здесь дело в другом, в других механизмах.

Анализ показывает, что состояние опьянения рвет жесткую связь внутреннего мира человека с его реальностью, дает внутреннему миру человека своеобразную автономию, и он может программировать свое внутреннее состояние по своему желанию, потребности (как положительное, так и отрицательное; релаксацию; как спокойствие, так и взвинчивание, агрессивность; как снимает, так и повышает действие моральных факторов, условности среды). Один и тот же человек в одних условиях пьет для того, чтобы успокоиться, забыться; в других, наоборот, для того, чтобы взвинтить себя, вызвать состояние агрессии; в третьих, чтобы усилить чувство веселья, радости; в четвертых, чтобы усилить чувство обиды, горя, утраты, еще сильнее все это переустрадать; в пятых, чтобы снять с себя фактор совести, чувство стыда, неловкости и действовать, добиваясь желаемого, и т. д. и т. п.

Здесь важно учитывать, что у каждого человека есть определенное мнение о самом себе, мысли и чувства о своей сущности, потребностях, стремлениях, чаяниях, т. е. определенная концепция самого себя, концепция своего «Я». С этой точки зрения анализ показывает, что если человек начинает реализовывать свою концепцию «Я», свои чаяния, стремления, жизненные потребности уже не только в состоянии трезвости, но и в состоянии опьянения, то он в большинстве случаев рано или поздно начинает злоупотреблять алкоголем. Состояние опьянения становится все более желанным, реализация своей концепции «Я» смещается в состояние опьянения. Такого человека в состоянии опьянения почти полностью начинает удовлетворять смысл жизни. Наблюдения показывают обусловленность в этом того факта, что влияние администрации, родных и близких часто не имеет успеха. Ведь в таких случаях смысл его жизни, его концепции «Я», которые «соответствуют» общечеловеческим понятиям (чувство собственного достоинства, гордости, самолюбия, личной значимости), реализуются. Такой человек продолжает жить сообразно своей концепции «Я», своей сущности, образованной еще до начала злоупотребления алкоголем, но лишь с той особенностью, что она реализуется в состоянии опьянения. В этом состоянии удовлетворяются все личностные ценностные потребности, чувства собственного до-

стоинства и нет личностного кризиса, кризиса личности в субъективном понимании больного. Это подтверждается еще и тем фактором, что лица, злоупотребляющие алкоголем, больные алкоголизмом, в психологических тестах, в беседах переоценивают себя, свои возможности, свое реальное положение в семье, обществе.

Момент начала реализации человеком своей сущности, своей концепции «Я» в состоянии опьянения является одним из краеугольных камней начала пути систематического пьянства и соответственно становления в дальнейшем алкогольной зависимости. Затем этот перенос превращается в амнезию состояния опьянения, т. е. разграничение жизни в состоянии опьянения и в трезвом состоянии. Более подробная разработка профилактических и воспитательных мер, ставящих преграды на пути реализации больным (находящимся на лечении) своей сущности, своей концепции «Я» в состоянии опьянения, явится важным моментом в решении вопроса о более эффективном лечении алкогольной зависимости, а также в профилактике алкоголизма.

В противоположность животным человек не наделен врожденной, совершенной способностью к адаптации. Ему приходится самому искать путь в жизни. Человек не есть готовая форма, он формирует себя сам, то есть каждый человек — хозяин своего опыта. Картина мира человека — это та часть окружающего мира, которая осознаваема человеком, является значимой и обладает для него реальностью. Что человек берет из объективной среды (все то, что присутствует с точки зрения наблюдателя, то есть мир, общий для всех) в свой внутренний, личностный мир, ведь один из первофеноменов жизни — бытие в собственном мире. Общеизвестно, что личность тождественна своему миру.

Особенность больных с алкогольной зависимостью в том, что их адаптация к миру имеет еще один дополнительный этап. Первый, как у всех людей: создается, формируется из объективного мира, общего для всех, свой внутренний, личностный мир. Второй этап — это перенос жизни в собственном мире в состояние опьянения, чтобы не было нежелательного для больного субъективного переживания несоответствия с реальностью. Вот почему больные с алкогольной

зависимостью упорствуют против лечения, сопротивляются ему явно или тайно, скрывая от окружения свои истинные намерения, так как отняв спиртное, вернее, состояние опьянения, значит, лишить их способности жизни, существования, сделать их «душевыми инвалидами». Вот почему больные терпят лишения, унижения, жертвуют своим состоянием здоровья, репутацией, страданиями детей, родных и близких ради спиртного. Вот почему окружение, родные и близкие видят трагедию, трагическое положение больного, а он счастлив и сердится на них за то, что такими реакциями они портят ему настроение. Вот почему наблюдательные и старающиеся понять алкоголизм родственники говорят: «Они (больные алкоголизмом) живут, как будто бы на другой планете, «инопланетяне», и «возвращаются» на Землю для решения каких-то возникших трудностей в алкоголизации».

Приведенные факторы ведут к становлению систематического пьянства. После становления систематического пьянства идет параллельное формирование определенными темпами и клиники алкогольной зависимости (в связи с физиологическими и биохимическими особенностями), и алкогольной позиции больного. Клиника алкогольной зависимости (симптомы и синдромы) формируется как адаптация организма к систематической алкоголизации (интоксикации), как защита и одновременно адаптация организма к систематическому опьянению. Во-первых, это утрата рвотного рефлекса как преодоление физиологического и биохимического предохранения от больших доз спиртного, возможность допиваться до опоя, а во-вторых, рост толерантности как адаптация ферментативных и физиологических систем к воздействию этанола.

Симптом, обозначенный как потеря контроля над количеством потребления спиртного, отмечался в наблюдениях отечественных психиатров, но ему не было придано надлежащего значения в клинике алкогольной зависимости в силу ряда культуральных особенностей (пить до дна, накормить и напоить гостя, показать свою силу, много выпить и не запьянеть, перебрал, не рассчитал и т. д.). В дальнейшем этому симптому отвели главенствующую роль, так как он не дает возможности человеку пить «понемногу», то есть на ровном месте: когда в организме нет спиртного или продуктов его

распада после принятия какой-то дозы спиртного, возникает патологическое влечение (вторичное) к спиртному, желание довести себя до состояния опьянения. По-видимому, при систематическом употреблении спиртного опьянение начинает быть стабильным состоянием, и употребление первой дозы спиртного выводит организм из равновесия и возникает тенденция приобрести другое равновесие, уже ставшее привычным, — состояние опьянения как состояние комфорта.

Алкогольный абстинентный синдром (синдром лишения) хорошо освещен отечественными учеными. Он связан, с одной стороны, с интоксикацией продуктами распада спиртного, с другой, с переходом функционирования ЦНС от состояния опьянения к трезвому. В процессе формирования синдрома лишения на фоне интоксикации продуктами распада этанола исподволь начинают преобладать расстройства симпатомиметического ряда (внутренняя напряженность, суетливость, тремор, дрожь в теле, чувство внутреннего дискомфорта, отсутствие аппетита, бессонница и т. п.).

Для практических целей купирования синдрома лишения, более ясного понимания его природы мы выделяем его следующие компоненты:

1. Интоксикация продуктами распада этанола.
2. Диэнцеральные расстройства по симпатомиметическому типу.
3. Вначале астенический синдром, а в дальнейшем и психические расстройства (депрессия, дисфория, идеи отношения и т. п.).
4. Обострение всех латентно протекающих соматических заболеваний.
5. Вторичное патологическое влечение к спиртному, которое также формируется не сразу, а постепенно.

Такой структурный подход к абстинентному синдрому (синдрому лишения) дает возможность практическому врачу увидеть в клинической картине преобладание тех или иных расстройств и сообразно этому строить терапевтическую тактику.

Через какой-то промежуток времени вследствие того, что период утилизации этилового спирта в организме больного человека сокращается и интоксикация продуктами распада спиртного и период наступления перехода функционирова-

ния ЦНС из состояния опьянения на трезвое уменьшаются, алкогольный абстинентный синдром начинает наступать не через 10-12 часов, а постепенно — через 8, 6, 4, 2 часа и даже меньше. В результате возникает запой, сначала пседозапой, когда больной под влиянием каких-то внешних причин может его прервать. В дальнейшем формируется и истинный запой вследствие снижения толерантности в процессе запоя до интолерантности и пищевой анорексии. В структуре истинного запоя следует различать фазу активного запоя, фазу интоксикации и фазу светлого промежутка вначале как результат отвращения к спиртному после фазы интоксикации, а потом ситуационно до срыва и рецидива. Следует учитывать нарушение более глубоких обменных процессов в организме, так как при истинном запое в организм не поступают белки, особенно незаменимые аминокислоты, жиры, витамины, микроэлементы, происходят изменения и в углеводном обмене. Определенную трансформацию претерпевает и обмен этанола — переход с преобладающего алкогольдегидрогеназного пути в печени на каталазный, микросомальный этилоокисляющий путь в мышцах.

Амнезия состояния опьянения (частичная, палимпсесты и полная) еще больше разграничивает жизнь человека на жизнь в состоянии опьянения и жизнь в трезвом состоянии. Доказательством служит то, что человек не помнит в трезвом состоянии, что было в состоянии опьянения, но стоит ему погрузиться в состояние опьянения и он может вспомнить. После того как произошел перенос реализации больным своей концепции «Я», своих чаяний, стремлений в состояние опьянения, следствием этого является систематическое злоупотребление спиртным. Далее в зависимости от индивидуальных личностных особенностей, конституциональных, физиологических и биологических факторов происходит становление клинических проявлений (симптомов и синдромов) как реакции организма на систематическое пьянство и параллельно становление алкогольной позиции личности.

Что и как думает и чувствует больной, как он воспринимает окружающий мир? Например, на наши вопросы профессиональный фотограф, страдающий алкогольной зависимостью, ответил: «Вот мы, фотографы, смотрим на негативную пленку

и видим позитивную фотографию, так и больной смотрит на жизнь, окружающий мир и видит все под углом зрения употребления спиртного». Так и врач, беседуя с больным после нормализации его психосоматического статуса, должен в уме держать внутреннюю структуру больного с алкогольной зависимостью, апеллировать к ней, стараться преобразовать ее.

Алкогольная позиция больных с алкогольной зависимостью включает в себя:

1. Неадекватное осознание болезни.

Как отражается болезнь в переживаниях больного, как относится больной к своему заболеванию, лечению — этим вопросам придается самое большое значение в нашей медицинской литературе (Х.Витт, М.Магазинер, В.М.Бехтерев, А.А.Певницкий, В.Е.Рожнов и др.).

Клинико-статистический анализ подтверждает, что одним из факторов, определяющих длительность ремиссии, является инициатива обращения за лечением (А.К.Качаев, 1971). Но в то же время правильно на начальном этапе взаимодействия с больным ставить вопрос о необходимости врачебного вмешательства по отношению к больным алкоголизмом независимо от их желания, по просьбе страдающих родных и близких, детей, учитывая наши культуральные факторы, наличие фактора слияния и отсутствия межличностных сепараций. Можно ли ждать от больных, страдающих расстройством влечения, разумного отношения к своей судьбе (А.А.Портнов и И.Н.Пятницкая, 1971). Наш врачебный долг — лечить всех лиц, страдающих алкоголизмом, но часто неадекватное восприятие болезни больным затрудняет успех лечения.

У здорового человека состояние здоровья, как правило, не фиксируется вниманием и находится ниже порога сознания (Е.А.Шевалев, 1936; Л.Л.Рохлин, 1956).

При соматических заболеваниях особое значение в формировании чувства и сознания болезни играют интероцептивные сигналы, идущие от внутренних органов в кору головного мозга. Они «достигают сознания большей частью не столько в форме ощущений, сколько в форме эмоций, сопровождающих эти ощущения», отмечал Е.К.Краснушкин (1950, 1960).

К сожалению, в литературе недостаточно освещен вопрос осознания больным своей алкогольной болезни, особенно этого процесса, то есть особенности и закономерности формирования внутренней картины болезни. Ведь это важнейший фактор в наркологии, так как им руководствуется больной в отношении к своей болезни, в отношении лечения, выполнения режима лечения.

Наметившаяся в настоящее время активация процесса раннего выявления больных (А.К.Качаев, И.Г.Ураков, 1976) делает эти вопросы еще более актуальными и необходимыми.

Клинические наблюдения показали, что подавляющее большинство больных алкоголизмом поступали на лечение не по собственной инициативе, не по внутреннему побуждению, а вследствие ухудшения социального статуса в связи с пьянством и давления со стороны администрации, ответственности, семьи.

Наблюдения над нашими больными показали, что неадекватное осознание болезни при алкоголизме имело ряд особенностей.

1. *Во-первых, выраженные в такой степени соматические изменения, обусловленные пьянством, которые могли бы заставить больного* отказаться от дальнейшей алкоголизации, возникали на более поздних этапах заболевания, когда уже выражена деградация личности больного, то есть отсутствовали «интерцептивные сигналы», поступающие от внутренних органов, сигнализирующие о заболевании.

Даже четко прослеживающаяся у наших отдельных больных закономерность возникновения признаков острого алкогольного гепатита (чувств боли, тяжести, распятия в области правого подреберья, потеря аппетита, тошнота, рвота) после алкогольного эксцесса не являлась мотивом к длительному воздержанию от пьянства, а тем более мотивом к признанию себя больным алкоголизмом («тот, кто не пьет, а у него печень болит», «много было работы, перетрутился и от нагрузки заболела», «перебрал спиртного немножко, а она (печень), видно, не совсем у меня здоровая»). Можно было добиться от больного признания факта зависимости этих расстройств от приема алкоголя, но тут же больной впадал в рассуждения, оправдывающие его дальнейшую алкоголизацию. Некоторые

больные приводили выгодные им аналогии с соматическими заболеваниями.

Обострение имеющихся сомато-неврологических заболеваний под влиянием приема алкоголя тоже не являлось для больных поводом к адекватному осознанию заболевания. Так, среди наших больных имелось множество заболеваний (болезнь Боткина; язва 12-перстной кишки; хронический гепатит; язва желудка; состояние после резекции желудка; хронический холецистит; сочетание хронического гастрита, холецистита, колита, не говоря уже о том, что почти у всех больных на почве пьянства возникали те или иные диспептические расстройства; радикулит; сахарный диабет; заболевание почек; туберкулез в анамнезе; черепно-мозговая травма), но почти никто не высказывал повода к длительному воздержанию от спиртного в связи с осложнением этих заболеваний. Наоборот, была тенденция у наших больных лечить соматические заболевания в ущерб антиалкогольному лечению. Роль алкогольной болезни в возникновении сомато-неврологических заболеваний больными фактически не учитывалась, хотя формально иногда они соглашались с этим.

Это же отмечают в своем исследовании А.К.Качаев и И.Г.Ураков (1976): «Практика показывает, что больные алкоголизмом с заболеванием внутренних органов, как правило, состоят на учете и лечатся у районных терапевтов или невропатологов и не диспансеризуются у районного нарколога».

2. *Во-вторых*, в процессе воспитания, влияния микросреды, традиций, у наших больных, страдающих алкоголизмом, не возникала интеллектуальная часть внутренней картины болезни по Р.А.Лурия. Наоборот, у больных воспитывался под влиянием окружения психический настрой алкогольного характера.

3. *Как показали наши наблюдения, даже в условиях развившегося алкоголизма больные воспринимались окружающими людьми по-разному.* Одни смотрели *осуждающе*, другие *снисходительно*, третьи, *как на баловство, шалость*, четвертые *считали больных шутниками, компанейскими людьми, любителями повеселиться*, пятые *смотрели на больных, как на людей потерянных, которым уже невозможно помочь*, и т. п. Такое противоречие в восприятии алкоголизма окружением, такое разнозначное отноше-

ние к больным алкоголизмом, как показал анализ восприятия больными мнений и отношений к себе *со стороны окружения, также создавали у больных тенденцию к субъективному, нереалистическому отношению к своей форме алкоголизации.*

Анализ психического статуса, конкретного содержания психической сферы (мыслей, чувств, волевых устремлений) *больных, у которых отсутствовало адекватное осознание своего пьянства* как болезни (алкоголизма), показал, что *это явление* обусловлено фактором «психологической защиты». «Психологическая защита», по мнению Ф.В.Бассина (1969), представляет собой реальную и важную сторону психической деятельности и соответствует психической сфере так же, как разработанное школой И.П.Павлова представление о мерах физиологической защиты по отношению к физиологической сфере. Отказ от пользования этими понятиями только обедняет теорию и сужает возможность клинической и психологической трактовки.

С точки зрения особенностей больных, отрицающих у себя заболевание, не чувствующих аномальности в своей форме алкоголизации (отсутствие правильного отражения болезни в переживаниях больного), условно можно разделить на четыре категории:

А. Больные, которые ничего не знают об алкогольной зависимости как болезни. Весь их жизненный путь, опыт, микросреда не сформировали понятие об алкогольной зависимости и не допускают трезвеннического образа жизни.

Б. Больные, у которых наличие алкогольной доминанты, резко выраженного влечения к алкоголю и значимых переживаний (стыд, позор быть алкоголиком или, наоборот, несмотря на болезнь, еще хорошая репутация на социальном уровне и т. п.) поддерживает отсутствие адекватного отражения болезни в переживаниях больного по механизму психологической защиты.

В. Больные, которые отличаются от предшествующей группы тем, что обладают склонностью к образованию сверхценных идей и вязким, тугоподвижным мышлением. Слова, противоречащие алкогольной позиции, не вызывают у больных этой группы эмоциональной реакции в отличие от больных второй группы. При беседе с такими больными создается впечатление, что они не слышат наших доводов, разъ-

яснений, убедительно доказывающих несостоятельность их позиции. Ярким примером здесь является так называемый алкоголик-резонер.

Иногда эта категория больных придерживается собственных концепций (суть смысла жизни: гедонизм — человек должен жить так, чтобы получать максимум удовольствия; «теория» постепенного бросания пить, которая практически сводится к продолжению алкоголизации; «концепция» пить на фоне витаминотерапии и т. д. и т. п.). Это является тем «рациональным», на что больные опираются с целью оправдания перед самим собой и реже перед окружением своей алкоголизации. «Теории» и «концепции» распространяются среди больных, и вторая категория больных часто с удовольствием подхватывает их.

Г. Деградированные больные, у которых осознание затруднено.

II. Сформированная алкогольная установка.

Наблюдения показывают, что рецидив у части пациентов может наступить и при отсутствии выраженного первичного влечения к спиртному. Клинический анализ этих явлений свидетельствует о том, что мы имеем дело не просто и не только с патологическим влечением, а с явлением более сложным, в структуру которого входит также и патологическое влечение к спиртному.

Детальное изучение больных с алкогольной зависимостью указывает, что у них в процессе развития заболевания формируется стойкая алкогольная установка — определенная предуготованность действовать так, чтобы постоянно, в любом случае было обеспечено приобретение и прием спиртного. Как известно, любая установка формируется в бессознательной сфере психики человека; она предваряет появление определенных факторов сознания, предшествует им; не будучи осознанной, она порождает определенное содержание сознания. Так, алкогольная установка создает на уровне сознания определенное алкогольное содержание, определяя состав и течение психических явлений. Психотерапевтическая работа, воздействующая на алкогольное содержание сознания, наталкивается на определенные сложности и требует значительных усилий врача.

Условия образования алкогольной установки имеют ряд факторов. Как известно, для ее формирования достаточно двух условий: актуальной потребности и ситуации, ее удовлетворяющей.

Потребности у бытовых пьяниц и у больных с алкогольной зависимостью в целом общечеловеческие (потребность в уважении, стремлении к самоуважению, удовлетворении честолюбия и самолюбия, душевном контакте с людьми, получении положительных эмоций, ощущении жизнедеятельности и т. д.), а вот пути их удовлетворения, ситуации, в которых они удовлетворяются, сформированы дефектно.

Из вышеизложенного очевидно, что возникновение резистентности у некоторых больных к лечению и особенно к психотерапевтическому воздействию обусловлено образованием стойкой алкогольной установки. Не учитывая объем и структуру алкогольной установки, внутренние механизмы и генез ее становления, мы не знаем, конкретно чему мы должны противостоять, чему противопоставлять идеи трезвенничества. Алкогольная установка, как и любая другая, имеет структуру следующего характера:

А. Познавательный компонент, который состоит из сформированных собственных ощущений, взглядов, чувственно-го опыта приема спиртного и состояния опьянения.

Б. Эмоциональный компонент — личностное отношение к употреблению спиртного, к состоянию опьянения, достижение таких эмоциональных состояний, как чувство собственной правоты, уверенность, подъем настроения и т. д.

В. Поведенческий компонент — поведение больных с алкогольной зависимостью в любых ситуациях (например, налаживание контакта — для этого надо ввести себя в состояние опьянения, радостное событие — надо его закрепить спиртным и т. д.).

Алкогольная установка проявляется в зависимости от обстановки, ситуации, состояния больного в этот момент и *реализуется тем или иным своим содержанием*. Знание этих составных частей установки необходимо при работе с больным в процессе его лечения. Она проявляется следующими содержаниями:

1. Влечение к спиртному, которое временами обостряет-

ся: жажда ощутить то, что дает прием спиртного (здесь и факт внешнего ритуала — питье в определенной приятной обстановке, и факт воздействия спиртного на слизистую желудка, на центральную нервную систему, что нередко больными стыдливо скрывается).

Клинические наблюдения показали, что первичное патологическое влечение к спиртному важно оценивать в динамике, учитывающей и реакцию личности на это влечение:

- а) влечение в собственном смысле слова;
- б) на стадии желания;
- в) на стадии стремления.

Мы часто не диагностируем, просматриваем как раз стадию *влечения* в собственном смысле этого слова, т. е. когда потребность в спиртном осознается нечетко, проявляется в беспокойстве, в неопределенном желании чего-то.

Следующая стадия динамики влечения — это *желания*, то есть когда четко осознается то, что нужно. И здесь потребность спиртного, желание состояния опьянения, как и другие желания (даже инстинктивные), присутствуют, но они в большинстве своем не реализуются или, по крайней мере, откладываются на потом, то есть личностная реакция на желание бывает разной: борьба, сопротивление, нейтральность, вытормаживание более высокими личностными реакциями в данной ситуации.

В последней стадии этого процесса, если все «благополучно» и беспрепятственно развивается, реализуется уже *стремление*. Стадия *стремления* характеризуется включением в этот процесс волевой сферы, личностного стремления, и большой добровольно, сознательно, проявляя волевые усилия, реализует первичное патологическое влечение. Все это проявляется в динамике в зависимости от ситуации, личностных реакций, перехода от влечения к желанию, от желания к стремлению.

Одним из центральных симптомов в рассматриваемых аспектах следует считать первичное патологическое влечение к спиртному. Его проявление широко освещено в литературе (как в монографиях, так и в сборниках). Но, к сожалению, в литературе не освещены природа этого симптома, его генезис, морфологические и функциональные структуры, его обеспечивающие. Такая же картина при опросе (в процессе

дискуссии на семинарах по клинике алкоголизма) около 200 врачей-наркологов. Результаты опроса показали, что наркологи не учитывают в построении терапевтической тактики генез и природу данного феномена.

В организме человека в процессе заболевания алкогольной зависимостью при становлении первичного патологического влечения к спиртному не формируются новые морфологические структуры, образования, не перестраиваются функциональные системы, обеспечивающие работу эмоциональной сферы в целом. Просто дополнительно на тех же морфологических и функциональных системах (обеспечивающих работу эмоциональной сферы) происходит формирование новых эмоциональных проявлений как естественный процесс развития личности (например, становление и проявление эстетических, этических и «аморальных» чувств, вкусовых пристрастий и т. п.). Первичное патологическое влечение к спиртным напиткам подчиняется тем же закономерностям, что и другие эмоциональные проявления (может вытеснять другие эмоциональные проявления, быть подавленным другими эмоциями, проявляется в тех местах, где с точки зрения человека может хотя бы с малой вероятностью удовлетвориться и т. д.). В тех местах, ситуациях и при обстоятельствах, когда это считается общепринятым, естественным, нормой, оно проявляется ярко, развернуто. В то же время первичное патологическое влечение может полностью подавляться, вытесняться в тех ситуациях, которые для данного человека являются неприемлемыми по каким-то параметрам.

Чтобы более выпукло, зримо осознать природу первичного патологического влечения к спиртному, важно сравнивать его с другими эмоциональными проявлениями, тем более с такими, которые носят инстинктивный, врожденный характер, имеют биологическую почву, например пищевое влечение, сексуальное. Разве они не контролируются? Даже эти влечения-инстинкты опосредуются человеческой сущностью. Проявления их реализуются и зависят от степени душевного развития человека, особенностей понимания человеческой сущности (как своей, так и другой), природы и законов общественной сущности. Наши клинико-психотерапевтические исследования труднокураемых больных

показали, что механизм проявления, реализации и контроля влечений имеет единство во всех эмоциональных сферах. В других сферах эмоциональных проявлений влечения также не контролируются, удовлетворяются по первому зову. Со слов как самих больных, так и их родственников, они (больные) не привыкли в чем-либо себе отказывать, у них нет навыков хотя бы временно отказывать себе в чем-либо, отсрочить удовлетворение какого-то желания, влечения. Это просто их жизненная позиция даже во вред себе, а иногда, что, естественно, крайне редко проявляется, даже во вред своей алкоголизации. Такой характер носит их культурально-психологическая сущность. В течение жизни таких людей им не прививались такие очевидные, яркие проявления механизмов душевной жизни, как отказ от удовлетворения своих возникших влечений в пользу чего-то другого, более высокого, престижного, проявления критичности к себе, прогнозируемость настоящих, общечеловеческих, непреходящих ценностей, доминирование чего-то важного.

Особенно это характерно для тех людей, в среде которых было принято проявлять, демонстрировать своеволие, утверждая себя таким образом в глазах окружающих, а внутренние механизмы отказа, вытеснения проявления влечения не культивировались, то есть культ особого стиля своеволия как наедине с самим собой, так и особенно в присутствии других. В таких случаях, когда человек заболевает, у него формируется первичное патологическое влечение к спиртному, мало того, что он безоружен, у него нет механизмов противостояния своим влечениям, он еще заодно с влечением, подсознательно чувствует шанс реализации своих принципов.

Сейчас врачи настолько биологизированы в своем мировоззрении, что можно услышать фразу: «клетки просят спиртного». Ведь не клетки просят спиртного, а культуральные особенности, жизненный опыт данного человека. Да, действительно, в некоторых ситуациях можно образно сказать, что клетки просят, но только не спиртного, а энергии (например, при резком охлаждении организма). Ведь особенно раньше, да и сейчас нередко люди с определенным культуральным опытом в таких ситуациях стремятся к теплым продуктам питания, а не к спиртному. Даже у больных

с алкогольной зависимостью, у которых в таких условиях (резкое охлаждение организма) обостряется первичное патологическое влечение к спиртному, можно вытормозить, преодолевая их культуральные навыки удовлетворения, «потребности» клеток, накормив их тепло- и энергоемкими продуктами питания. Влечение притупляется, исчезает, дезактуализируется, то есть первичное патологическое влечение к спиртному опосредуется личностной, средовой культурой больного, его жизненным опытом, а не роковым влечением, которое якобы «не контролируется».

Это очень наглядно доказывает опыт работы Общества анонимных алкоголиков, клубов трезвости, антиалкогольных клубов. В вопросе борьбы с влечениями человека, самоограничения накоплен большой опыт в религиях, особенно в христианстве. Рассматривая роль христианства в развитии цивилизации, мы видим, что до христианства, в эру язычества, человек был среди природы и сам в природе, подчинялся полностью своей природе, страстям, эмоциям, влечениям и т. д. Христианство подняло человека над его природой, показало, что дух человека может противостоять его природе, дало ему возможность подняться над своей природой до самосознания себя как творящего духовного субъекта (Н.Бердяев). В этом смысле достигло больших успехов Общество анонимных алкоголиков, в наставлениях которого содержится прямая ссылка на духовный опыт.

Таким образом, человек ответствен за свои чувственные проявления и результаты их реализации, как инстинктивные, так и приобретенные в процессе развития, жизни. Люди, далекие от проблем наркологии и медицины, интуитивно чувствуют контролируемость больным (при его определенной позиции) своего первичного патологического влечения и не без определенной доли основания говорят, что это баловство, а не болезнь. Но они, к сожалению, как и все общество, не делают акцента на первичное патологическое влечение в начале алкоголизации, а переносят подсознательно на весь период опьянения (в структуру потери контроля над количеством потребления спиртного).

2. Желание быть с другими людьми, желание не отличаться от других.

3. Подражание другим, иногда неосознанное, заражение от других.
4. Зависть, эгоизм — «они (другие лица, не страдающие алкоголизмом) пьют, а мне нельзя», соперничество с другими по всем жизненным проявлениям, причем запрещение пить воспринимается как личностное крушение.
5. Общепринятость, естественность употребления спиртного, утвердившееся чувство принятости питья.
6. Прошлый жизненный опыт, который сформировал определенный уровень потребностей и пути удовлетворения этих потребностей; форма и тип самоутверждения, то есть утверждения себя в собственных глазах и в глазах других, значимых людей. Нередко это самоутверждение у больных алкоголизмом идет по пути противодействия мнению окружающих (шокируя их, утверждать себя).
7. Состояние опьянения порождает чувство особой полноты ощущений, в трезвом состоянии — пустота, чего-то не хватает, а в состоянии опьянения многое приобретает личностный смысл, значимость, делается дорогим, близким.
8. Употребление спиртного как защитная реакция, охранительное приспособление от фрустраций, боязнь личностной катастрофы, ощущение своей собственной никчемности, «страшно» оставаться с самим собой наедине в трезвом состоянии, угрызения совести и т. д.
9. В психологию пьющего включается стержневым моментом идея застолья, «трапезы», дух праздничества, и все это порождает у него ощущение, что «без застолья — он не человек» («как горные птицы с подрезанными крыльями в зоопарке»).
10. Сила привычки («как чистить зубы»), чувство неловкости, как будто что-то не сделал (не по сезону оделся, не на все пуговицы застегнулся — если не выпил).
11. Чувство личной обязанности перед другими собутыльниками, особое, сформированное в процессе пьянства чувство долга.

12. Путь получения положительных эмоций — способ от-решиться от «серого», обыденного, достичь возвышен-ных чувств, мыслей, душевных порывов. Это един-ственный известный и к тому же легкий способ полу-чения этих психологически ценных состояний, так как другие способы не апробированы, нет личного опыта.
13. Сложившиеся особенности удовлетворения сексуаль-ных потребностей, адаптация деятельности сексуаль-ной сферы к сочетанию с приемом спиртных напитков.
14. Давление престижной группы или даже только вну-треннее представление больного о том, что престиж-ная группа санкционирует употребление спиртного, именно не микросреда, а престижная группа, так как эти понятия часто не совпадают и, как следствие, близ-кое окружение не может эффективно воздействовать на больного.
15. Безразличное отношение к себе или в какой-то степе-ни несформированные престижные чувства по отно-шению к себе самому; в состоянии же опьянения уро-вень самоуважения обычно резко повышается.
16. Распространенность, доступность спиртных напитков, сознание того, что выпивка — не преступление, со-стояние известной безнаказанности; отсутствие таких санкций, которые вызывали бы сильные душевные переживания, озабоченность.
17. Внутреннее чувство особой обязанности идти по пути алкоголизации, своеобразная извращенная «осознан-ная необходимость».

Разумеется, установка как обобщенное состояние вклю-чает и ряд других составных частей, и все они вместе образу-ют единство: одни из них находятся в активном состоянии, а другие — в латентном. Алкогольная установка в зависимости от ситуации и ряда других факторов реализуется по-разному, перегруппировывается, и на передний край выходит то одно, то другое. Встретив сопротивление на пути реализации, она подключает еще ряд своих составных частей, находит обход этим преградам, перестраивает, видоизменяет сферу позна-ния, порождает особые эмоциональные состояния с целью обеспечения своей реализации.

Взаимоотношения алкогольной установки и других установок сложные. Анализ показывает наличие явлений как синергизма, так и антагонизма. Например, установка на поддержание чувства собственного достоинства в одних случаях находится в противоречии с алкогольной установкой, и больной, реализуя последнюю, стесняется, скрывает факт своего пьянства, пытается держать его в тайне. В других случаях, наоборот, факт употребления спиртного, удовлетворение количеством выпитого усиливает чувство собственного достоинства.

Особый интерес представляют взаимоотношения алкогольной установки и установки на счастье, хорошую жизнь, которые на определенных этапах становления болезни находятся то в синергизме, то в антагонизме. Если понятия о хорошей жизни, счастья сформировались с учетом общепринятых норм, то на ранних стадиях алкоголизма состояние опьянения дополняет и усиливает чувство счастья. В дальнейшем же (становление болезни, утяжеление ее клинических проявлений) больной испытывает личностный крах, так как реализация алкогольной установки несовместима с понятиями счастья, хорошей жизни. У других больных на определенном этапе алкогольная установка подменяет, разрушает существовавшую до болезни установку на хорошую жизнь, счастье. У многих жизненных установок в их отношении к алкогольной наблюдается не только синергизм или антагонизм, но и периоды сосуществования, относительной автономии друг от друга.

III. Механизмы психологической защиты.

Естественно, что врачебной попытке разрушить алкогольные тенденции у больных кроме алкогольной установки противостоит и ряд других факторов. Больной с алкогольной зависимостью в любой ситуации осознанно и неосознанно стремится поддерживать свой личностный статус, свое «Я», в негативной форме реагируя на воздействия, которые угрожают его самоуважению, нарушают душевный комфорт. В таких случаях включаются механизмы психологической защиты, которые отражают реальную и важную сторону психической деятельности. Психологическая защита формирует установку на реагирование протестом, негативизмом, пре-

небрежением и т. д., что в свою очередь позволяет больному сохранять чувство собственного достоинства, самоуважения. Знание этих особенностей помогает целенаправленно строить воздействие на больного, правильно оценивать его психический статус.

Исследования показали, что механизмы психологической защиты больных в той или иной степени выраженности проявляются по отношению к своей микросреде, к самому себе, своему самосознанию и, наконец, по отношению к врачебному воздействию.

Больные с алкогольной зависимостью часто пытаются навязать другим такое представление о себе, чтобы возможно было сохранять свои престижные притязания и в то же время продолжать употреблять спиртные напитки. Например, в их описании действительности центральное место занимают собственные душевные переживания — страдание, переживание «несправедливости», возвышенность их порывов по сравнению с «мещанством» души других (часто тех, кто противодействует их пьянству), непонимание окружением их того или другого «благородного поступка», «благородного порыва души». Все это часто на уровне выдумки, фантазии, но обязательно с затрагиванием переживаний, чувств, душевных качеств, ценимых в обществе. Всем своим внешним видом, тоном голоса пациенты пытаются подчеркнуть истинность своих слов и вызвать к ним доверие. Резко или вкрадчиво, но категорично высказываются они выгодным для себя образом и обижаются, если им не верят, взывают к совести, к чувству долга и доверия к человеку. Страстное желание убедить, категоричность, объем и силу эмоций вкладывают больные в свои слова (если не так, то ты плохо ко мне относишься, ты тогда заодно с моими врагами, между нами — разрыв, это момент, когда решаются наши отношения вообще, и т. д.) Несомненно, этот эмоциональный заряд не вызывает у окружающих желания своим недоверием обострять отношения с больным, нанести ущерб своей «репутации», и часто вследствие этого они хотя бы на словах уступают больному. Обычно больные внимательно следят за поведением и мимикой окружающих их людей, за тем впечатлением, которое производят их доказательства и действия.

У больных вырабатывается также особый аффективный тон реагирования на возражения, на любую попытку окружающих показать истинное положение дел. Они часто отрицают очевидные факты, оказываются совершенно невосприимчивыми к любым логическим доводам и построениям.

Анализ взаимоотношений больных и окружающих их людей показывает, что, преследуя свои цели, больные активно воздействуют на те представления о нравственности, которые определяют закономерности поведения окружения, а сами поступают, подчиняясь своей страсти. Таким образом, больные создают «ситуацию доверия» к своим словам, мыслям, порождают чувство надежды у близких людей, как бы вступают в общение с окружением на уровне здравого смысла, логики, а в то же самое время сами в реальном поведении руководствуются прежде всего влечением к алкоголю.

Хорошо известно, что в ответ на предложения лечиться, особенно в стационарных условиях, у больных возникают самозащитные установки («я не болен алкоголизмом»), как ясно осознаваемые, так и неосознаваемые. Сильно выраженное чувство самолюбия, высокое мнение о себе мешают больному причислить себя к людям с алкогольной зависимостью, что «является для них унижением», да еще «узаконенным» фактом лечения. В этих ситуациях больные, чтобы уклониться от лечения, прибегают к любым доводам (например, репутация на работе, неотложные дела, необходимость сначала выяснить свои отношения с женой и т. д.), как к самым важным и значительным. Развивая вокруг этих «идей» ореол наиважнейших в жизни, ради которых они «готовы на все», больные взвинчивают себя, внушают себе важность выдвигаемых соображений и, используя возникшую эмоционально-аффективную ситуацию, воздействуют на окружение, демонстрируя свою решимость.

Иногда больные переходят к взаимоотношениям с окружением на уровне своеобразной игры, входят в азарт, у них возникает страстное желание выиграть это соперничество, которое хочет спасти его, вырвать из алкогольного омута. Когда в мимике, голосе, движениях больных начинает проглядывать своеобразное лихачество, мальчишество, то это указывает на переход взаимоотношений пациента и врача в своеобразную

игру. Такой больной, обращаясь с врачом, администрацией, внешне спокоен, держится уверенно, и только глаза могут выдать, что он думает про себя: «Я вас обману, я сделаю так, как я хочу». Такое положение дел опасно, его важно вскрывать и психотерапевтически разрушать, необходимо переводить больного на реальный путь взаимоотношений с медперсоналом.

В условиях стационарного или амбулаторного лечения нередко включаются и другие механизмы психологической защиты, связанные с желанием избежать всех видов лечения, в том числе и медикаментозного. В настоящее время приемы антитерапии, направленные против медикаментозных методов лечения, широко распространены среди больных алкоголизмом. Однако главное проявление механизмов психологической защиты реализуется при психотерапевтических воздействиях, особенно когда они проводятся неформально.

Психологическая защита может проявить себя, например, как отказ от обсуждения антиалкогольной темы. Больные ссылаются на головную боль, отсутствие времени, оскорбляются, когда с ними беседуют на эту тему. В некоторых случаях больные ссылаются на то, что все сказанное им известно, все они знают, все эти разговоры надоели («ну о чем говорить, все и так ясно»), или, наоборот, обсуждаемые темы его не касаются, проблем у него не существует, все хорошо («о чем речь — разве в этом дело»). Некоторые больные прибегают к попыткам дискриминации лечения, приводят примеры отрицательных случаев лечения алкогольной зависимости с целью убедить родных и близких в том, что им не надо лечиться. Установки на самозащиту возникают при попытке изменить форму и качественное содержание жизненных установок больных, так как в основе последних лежит образ жизни, форма существования, сама личность больного со структурой престижных ценностей.

Основными механизмами психологической защиты, наблюдаемыми нами в процессе работы с больными алкоголизмом, были следующие:

1. *Рационализация*, т. е. апелляция к понятийному аппарату родных, близких, врача или других людей, которые могут выступать в роли оппонента больного или потенциально быть ими, осуждать его поступки, его

репутацию с целью защитить свое «Я», поддерживать свой имидж на нужном уровне. Иногда этот механизм выступает в роли профилактических мер, формирования своего статуса непогрешимости, правильности, принятости, исключая заранее попытку повлиять на него («пью, потому что я тонко чувствующий несправедливость человек, страдающий оттого, что мир жесток», и т. д. и т. п.).

2. **Вытеснение.** Исследования выводов и заключений, которые делает больной с теми предпосылками, на которые он опирается и которые существуют в реальности, показывают, что многие факторы, события реальной действительности больной вытесняет из своего сознания, не берет в расчет при построении умозаключений, выводов. В собственном смысле этого слова вытеснение — это удаление из сознания нежелательных с алкогольной позиции больного фактов, явлений, действий, которые противоречат его алкогольным установкам, тенденциям, а также его самосознанию. Часто вытеснения настолько очевидны и больные делают такие выводы, заключения, оценки, что близкое окружение недоумевает, что он этого своего состояния, ситуации не может понять. В некоторых случаях можно говорить о функциональном ситуационном слабоумии, обусловленном вытеснениями. Если при определенной тактике воздействия на больного вытеснение становится невозможным, тогда наступает голое отрицание.

Вытеснение опасно, разрушительно для личности и может разрушить единство личности. Как свидетельствуют наши исследования, здесь играет большую роль тип личности, например, неустойчивый и инфантильный тип личности склонен к вытеснению, и длительное вытеснение проходит без последствий.

3. **Проекция**, то есть наделение или приписывание другим людям тех качеств, пристрастий, которые присущи самому больному, но он их вытесняет. Все, что связано с выпивкой, — адаптивные поступки, реакции, отношения, он приписывает людям из окружения, другим членам его микросреды, общества в целом. О таких

случаях часто говорят: «Как послушаем его, то выходит, что все плохие, один только он хороший».

4. **Низведение** (девальвация). Все, что могло бы как-то заставить больного «взяться за ум», задуматься над своей жизнью, что является более важным, ценным с точки зрения общечеловеческого, общепринятого, чем выпивка, жизнь в состоянии опьянения, низводятся, лишаются смысла и ценности, иногда низводятся ценности жизни общества в целом. Сюда же может быть включен и такой механизм психологической защиты, как *изоляция*, то есть потеря эмоциональной насыщенности, окраски фактов, событий, явлений, преобладание голой логики в отрыве, изоляции от ценностного, эмоционального компонента, их оценки. Крайняя выраженность изоляции — резервность больных с алкогольной зависимостью.
5. **Всемогущество** — преувеличение больным своих собственных возможностей. «Все может, только денег на водку не хватает», — так нередко говорят люди, пообщавшись с больным с такой выраженной защитой.
6. **Реактивное образование**. Вследствие вытеснения негативных явлений, тенденций в сознании больного начинают формулироваться положительные тенденции, компенсирующие вытеснения. В клинике алкогольной зависимости они выступают в виде подчеркнутой во всем щепетильности, культурности, уважительного отношения к другим, и все это преувеличенно, экстравагантно. Особенно это проявляется после запоя, каких-то проступков. Эта «культурность» служит особой формой прикрытия, защиты от того, чтобы ему не могли сказать в глаза об очень неприятной правде. Эта экстравагантная культурность особенно иногда раздражает родных и близких.
7. **Алкогольные игры**. Одним из немаловажных механизмов психологической защиты является игра «Алкоголик», то есть «роль больного в некоторой игре». Да, действительно, мы видим, как больной в некоторых ситуациях вытесняет многие из фактов своей жизни, реального положения дел и играет в своеобразные «кошки и мышки», вовлекая в эту игру жену, мать, врача, друзей по работе и т. д. Это не реальный, зрелый подход к своему

положению, проблемам, а игра. Очевидно, что важно прекратить эту игру. У больных с алкогольной зависимостью иногда встречается такой механизм психологической защиты, как *парадоксальность* (быстро меняющиеся оценки людей, их действий с плохого на хорошее, с положительного на отрицательное). Такое название является, на наш взгляд, более адекватным, чем термин «расщепление», которое может внести иное толкование. В то же время парадоксальность суждений нельзя путать с истинными сомнениями, которые встречаются, например, при психастении. В клинике алкогольной зависимости мы встречаем ситуационные сомнения или парадоксальность умозаключений, но истинных психастенических личностных расстройств не наблюдали.

Механизмы психологической защиты возникают, формируются и закрепляются ситуационно (аффект сохранения алкогольной позиции, защиты своего «Я», престижа, нежелание быть дискредитированным).

Какие механизмы наиболее эффективно защищают «Я» в данной ситуации, при данных обстоятельствах, те интуитивно больными и используются. Если одни механизмы не срабатывают (например, рационализация, вытеснения), значит, включаются другие (низведение, игра и т. д.).

IV. Перенос реализации своей позиции «Я», своих чаяний, стремлений, жизненных потребностей, значимой жизнедеятельности с трезвого состояния в состояние опьянения (описано выше).

V. Сформированный алкогольный стиль жизни, на который наложили отпечаток клинические проявления заболевания (потеря контроля над количеством потребления спиртного, синдром лишения или уже запой, анорексия в запое, алкогольный астенический синдром), а также своеобразные атрибуты алкогольной жизни, алкогольные жизненные ценности.

VI. Преморбидные личностные особенности, тип личности, трансформация личности в процессе развития заболевания.

В клинике алкогольной зависимости встречаются следующие основные типы личности: эпитимный; неустойчивый,

инфантильный; синтопный; астенический; шизоидный; комфортный, простодушный.

Таким образом, углубление научных знаний происходит за счет расширения общепринятого и введения нового понятийного аппарата, других подходов и взглядов. «Алкогольная позиция» воссоздает функциональную внутреннюю структуру, модель болезни, дает врачу-наркологу понятийный аппарат, который позволяет предельно целенаправленно воздействовать на природу, сущность болезни. Именно «алкогольная позиция» дает нам тот симптомокомплекс, который роднит алкогольную зависимость с другими заболеваниями, при которых основная тактика лечения направлена на обратное развитие (редукцию) симптомов и синдромов.

К сожалению, в литературе проблема алкоголизма, алкогольной зависимости рассматривается как автономная, а ведь она является составной сущностью сложной природы человека, его жизнедеятельности. Алкогольная зависимость — это патология, которая формируется на некоторых механизмах природы человека, закономерностях и формах его жизни.

Таким образом, мы приходим к выводу, что описанный клинико-психотерапевтический подход к больным с алкогольной зависимостью, отражающий генез, природу и сущность этого заболевания, дает возможность практическим врачам понимать внутренние механизмы действий и высказываний больных, их поступки, строить свою психотерапевтическую тактику, целенаправленно воздействуя на отдельные составляющие алкогольной позиции больного. Ведь до настоящего времени, как констатировано в литературе, «психотерапевтические приемы наркологов чаще всего в существе своем... поверхностны» и носят характер «душеспасительных бесед и уговоров». Именно главный принцип лечения: превращение больного с алкогольной зависимостью в трезвенника — основывается на понимании клинико-психотерапевтического подхода в лечении алкогольной зависимости. Противопоказаний к такому наиболее адекватному подходу на данном этапе развития наркологии и психотерапии нет.

2. Низведение, изменение алкогольной позиции больного

1. Достижение адекватного осознания болезни

Понимание природы неадекватного отражения болезни в переживаниях больного дает возможность разрабатывать психотерапевтическую тактику достижения адекватного осознания болезни.

В настоящее время, по нашему мнению, важно сосредоточить внимание ученых и практиков на разработке и усовершенствовании этой тактики, нюансов психотерапевтического воздействия, а не констатировать и описывать анозогнозию наркологических больных.

Конечно, более целесообразно эту работу проводить в группах, так как происходит экономия времени, и помогает в этом процессе осознания эффект группы.

Предлагаем вниманию читателей нашу психотерапевтическую тактику, ее конкретное содержание, по достижению адекватного осознания болезни больных алкоголизмом, которая была разработана и опубликована в 1980 г. с последующим усовершенствованием.

На одном из сеансов группой психотерапии констатируется факт попадания их (членов группы) в среду влияния медицины. Поднимается вопрос о том, на чем основывается, стоит медицина? Завязывается дискуссия, больные делают свои высказывания в духе помощи людям, лечению и так далее, и тому подобное. Психотерапевт констатирует тот факт, что это цель медицины, а основывается и стоит она на болезни. Не было бы болезни, не было бы и медицины. Подчеркивается, что жизнь многогранна и сложна, и человек может попасть в любую ситуацию, но он обязан разобраться в своей ситуации и с честью и достоинством попытаться выйти из нее.

Так вот в какую ситуацию они попали! Ведь они имеют дело с болезнью! Болезней много, но все они имеют общие свойства, природу. Завязывается дискуссия о природе и сущности болезни в целом.

В дискуссию вовлекаются все члены группы с подтекстом, что это к ним относится, имеет прямое отношение к их жиз-

ни, судьбе, а не просто абстрактная дискуссия на отвлеченную тему. Дискутируется, обсуждается, уточняется каждое свойство болезни с подтекстом, что каждый больной имеет с этим дело:

1. В болезненном состоянии происходит нарушение нормальной жизнедеятельности организма человека (как физическое, так и психическое, временное обратимое или стойкое, необратимое). Разобраться с больными в доступных для них формах, аналогиях, что такое нормальная жизнедеятельность организма, с таким подтекстом, чтобы было возможно опереться на это, когда будут анализировать особенности алкоголизма.
2. У больных по отношению к болезни нет произвольности, болезнь не зависит от того, хочет человек этого или нет, то есть не соотнобразуется с его желаниями, а также не зависит от того, сознает ли человек, что он болен, или нет.
3. Болезнь не считается с тем, кого она поражает, и не зависит от его положения, должности, образования, национальности, возраста и т. д.
4. От болезни нельзя откупиться. Если возможно было бы откупиться, то миллиардеры жили бы вечно и не болели. Даже они могут только лечиться, учитывая природу болезни, ее закономерности.
5. Болезнь нельзя обмануть, обойти, пренебрежительно к ней относиться. Можно обмануть того, кто имеет сознание, или хотя бы его элементы (например, животных), а болезнь нельзя обмануть, так как она не имеет сознания и действует слепо, подчиняясь своим закономерностям.
6. Проблемы болезни решаются не налаживанием хороших отношений с окружением или сменой его (что больные нередко пытаются делать), а лечением. Болезнь всегда и всюду с больным, внутри его организма.
7. Болезнь, к сожалению, не стоит на месте, а развивается, усугубляет положение человека и имеет печальный для него исход. Поэтому важно своевременное лечение с целью приостановить болезнь или хотя бы замедлить ее развитие.

Алкоголизм, как вообще болезнь, имеет те же общие для болезни особенности. Разбирать на примерах, как больные алкоголизмом подчиняются тем же общим закономерностям болезни. Многократно подчеркивается, что члены группы имеют дело с законами биологии, что они бессильны в своем упорстве против болезни. Больные часто путают причину и следствие, выдают следствие за причину, и свои житейские трудности они смогут решить только после того, как решат проблему болезни.

В дальнейшем вкратце разбираются признаки алкоголизма (симптомы и синдромы), но не столько с целью просвещения в этом вопросе, сколько осознания ими своего тупикового состояния, и выход из него один — лечиться и жить трезво.

Такая тактика является попыткой переноса внешних конфликтов больных на внутренний, то есть готовность конфликтовать не с родными, близкими, окружением, администрацией, а с болезнью является первым этапом психотерапии больных алкогольной зависимостью. Ведь человек относится к тому или другому явлению исходя из своих представлений об этом явлении, его природе. Здесь важно воздействие на уровне обыденного сознания, которое определяет поступки людей, их действия. Важно, чтобы больные не просто имели сведения о болезни вообще и об алкоголизме в частности, а четко осознавали, с чем имеют дело. Ведь никто не хватается за провода под током, так как четко осознает природу и сущность электричества. Правда, наш век — это век технического прогресса и биологического и экологического варварства.

Дискуссии в группе проводятся в доброжелательном тоне с подтекстом помочь разобраться больным с их жизненной ситуацией, с тем, как вырваться из этого положения, спастись, учитывая реальные закономерности болезни, с учетом сущности болезни как таковой.

Более правильно делать главный упор в процессе психотерапии на доказательство наличия у больных алкоголизма как болезни, что должно определять, в конечном счете, их отношение к спиртным напиткам.

На одном из сеансов групповой психотерапии следует поднять вопрос о том, что привело больных в больницу. Одни больные, отвечая на вопрос, говорят, что пришли в больницу в свя-

зи с трехкратным поступлением в вытрезвитель в течение 2 месяцев или из-за прогулов на работе, семейных неприятностей, другие из-за ухудшения своего здоровья, слабОВОлия. И редко кто-либо из больных отвечает, что болен алкоголизмом. Нужно дать больным обсудить эту тему, выяснить, кто прав, и подчеркнуть, что в данном случае является причиной и что следствием. Причина всех их трудностей — наличие алкоголизма, а неприятности уже его следствие (прогулы, запои, вытрезвитель, ухудшение социального статуса). Нужно спросить у больных, как представляют они себе человека, страдающего алкоголизмом, что такое алкоголизм в их понимании, способствовать возникновению дискуссии на эту тему между больными.

Показать больным, что алкоголизм это, в частности, чисто медицинское понятие, а не житейское, нередко не совпадающее с медицинским. Алкоголизм — следствие пьянства. В данном случае нецелесообразно спорить с врачом, доказывая, что не болен, так как еще не пропивает вещей. Подчеркивать, что диагноз «алкоголизм» имеет право ставить только врач, человек компетентный в вопросах наркологии. Имеет ли право человек без технического образования решить самостоятельно вопрос, годен ли самолет к полету? Так почему же люди, не имеющие медицинского образования, в подобном случае с мнением врачей не считаются и упорствуют в своих взглядах.

Как показывают наблюдения, больные часто неправильно истолковывают клинические проявления своей болезни и находят в этом оправдание своей дальнейшей алкоголизации. В связи с этим нужно проводить беседы о клинике алкоголизма, разбирая путь алкоголизации больных от первого употребления до настоящего состояния болезни, подчеркивать факт, что первый алкогольный опыт многих больных был «отрицательным» (тошнота, рвота, головокружение) и они после этого какой-то промежуток времени не употребляли спиртного. В дальнейшем же под воздействием алкогольных традиций начали привыкать к спиртным напиткам. Осветить важно вопрос потери тошнотно-рвотного рефлекса как защитного механизма при отравлении алкоголизмом. В доступных для больных словах объяснить сущность основных синдромов алкоголизма, которые являются чертой между бытовым пьянством и болезнью. Переступив ту черту, человек лиша-

ется возможности пить умеренно, так как форму пьянства определяет уже не сам человек, а закономерности болезни.

Не бояться повторять больным, что они больны алкоголизмом: «Вы больным алкоголизмом, болезнь у вас налицо и не вызывает у специалистов сомнения. Болезнь действует независимо от того, как человек к ней относится, признает ее наличие или отвергает. Болезнь имеет свои закономерности. Закономерности природы нельзя опровергать, и человек, стремящийся к чему-либо (к сохранению своего социального статуса), к возможности жить полноценной жизнью, может только использовать эти закономерности. Предмет, брошенный вверх, падает вниз (можно проделать это для усиления воздействия), а человек, который болен алкоголизмом, не может пить умеренно. Это законы. Первый — физики, второй — медицины». Воздействие врача, с одной стороны, и высказывания самих больных с другой — создают условия для осознания наличия болезни! Осознание алкоголизации как уже болезни способствует достижению трезвеннической установки.

Заостряя в первую очередь внимание больных на вредном влиянии алкоголя на организм в целом, на нервную систему, мы не добиваемся нужного эффекта, так как повседневный опыт больных, их наблюдения показывают, что употребляет алкоголь большинство населения, и среди них даже есть лица, которые до тонкости знают влияние алкоголя на организм. В результате этого возникают рассуждения о том, «почему продаются спиртные напитки, почему не прекратят их продажу», «почему не повысят качество спиртных напитков, вследствие чего они стали бы менее вредными» и т. п. Здесь нужна твердая и определенная тактика: «Вы больны алкоголизмом»... И уже потом можно говорить о вредном влиянии алкоголя на организм всех людей, и особенно, конечно, на их больной уже организм.

Разъяснение больному наличия у него алкоголизма как болезни, разъяснение сущности этого заболевания, его симптомов, как и самостоятельное чтение больными медицинской литературы, несет в себе и некоторые отрицательные моменты. Некоторые больные, используя эти знания, отрицают у себя симптомы алкоголизма, стараясь в глазах окружающих и врачей перевести себя в разряд бытовых пьяниц.

Другие больные, зная, например, такой важный феномен болезни, как похмельный, абстинентный синдром, стараются не опохмеляться. «Выхаживаются» по утрам водными процедурами, кофе и т. д. Они думают, что таким путем обходят болезнь, иногда с гордостью рассказывают доктору, как нашли способ «пить как все» и тем самым «опровергли данные науки». Встречаются больные, которые пытаются применить даже аутогенную тренировку для смягчения абстинентного похмелья.

Конечно, все эти «выхаживания» только усугубляют заболевание, и это нужно разъяснять больным неустанно. Разбирая с больными абстинентный синдром, следует подчеркнуть, что сущность его не в том, опохмеляется больной или нет, а в том, что этот синдром есть у него уже в наличии.

В особую тему групповой психотерапевтической беседы следует выделить «алкогольные изменения личности, алкогольную деградацию».

В данной беседе особенно важно подчеркнуть, что при алкогольном заболевании идут одновременно два процесса, которые взаимосвязаны и взаимообусловлены: утяжеление алкоголизма как болезни, и одновременно обусловленные алкогольные изменения личности вплоть до алкогольной деградации. С одной стороны, болезнь ведет к утяжелению положения больного в семье, обществе, разрушается его организм и т. д., а с другой стороны, болезнь ведет одновременно к тому, что нарушается критика больного к своему заболеванию, к этому ненормальному с точки зрения здоровых людей положению. Подчеркивается неоднократно, что именно в этом трагизм алкоголизма: в начале заболевания, когда лечение наиболее эффективно, больной отказывается лечиться вследствие «небольших отклонений», сравнительной сохранности своего достаточно хорошего социального положения, а в дальнейшем, когда есть «очевидные» для всех грубые болезненные изменения, уже нет критики.

Следует использовать также приемы анонимного обсуждения историй болезни, на примере которых подчеркивается расхождение поступков, действий больного и его высказываний. Пусть больные выскажут по этому поводу свои соображения. Важно указать, что больной, приведенный в пример, в начале своего заболевания смог бы более или критически оце-

нить все это. Но впоследствии, как видно из истории заболевания, он уже не смог сделать этого в силу алкогольных изменений своей психики, деградации. Важно обратить внимание больных на то, что в дальнейшем при продолжении употребления спиртных напитков у них будет та же не критичность, неспособность правильно действовать, что и у этого больного. В последующих историях болезней показываем все более и более легкие формы заболевания, алкогольные изменения личности, в которых больные находили бы аналогию себе.

Тут полезно затронуть вопрос осуждения деградированных, опустившихся больных, которые стоят в пивных и попрошайничают, выпивают остатки спиртного из стаканов, слизывают пену со дна чужих пивных кружек, поднимают из кустов брошенную бутылку с целью выпить хотя бы каплю. Больные включаются в беседу, осуждают этих опустившихся людей. На фоне возмущения ими, а также внутреннего протеста против всего этого хорошо поставить перед больными вопросы: «Откуда такие тяжелые больные берутся? Неужели сразу стали такими? Не были ли они вначале заболевания похожи на вас? Не думали ли они о том, что до такого состояния никогда не дойдут? Не питала ли их надежда на возможность пить умеренно?» Еще раз надо бы остановиться на том, что болезнь, как и всякий процесс, имеет начало и исход. Если больные не лечатся должным образом, не настраивают себя на трезвенничество, то в таком случае деградация — дело времени.

Отдельной темой на сеансах групповой психотерапии стоит вопрос влияния алкоголя на половую сферу. Подчеркивается двустороннее влияние алкоголя на человека — расторможенность влечений, снятие моральных и этических запретов, с одной стороны, и губительное действие алкоголя на половую сферу, с другой. На начальном этапе алкоголизма, когда еще алкоголь как токсическое вещество не повредил половую сферу, получается вроде бы кажущееся стимулирование, а в действительности это является лишь эффектом расторможенности влечений. В дальнейшем наблюдается снижение потенции в результате токсического действия на половую сферу и в то же время сохраняется расторможенность влечений, т. е. у больного есть повышенное влечение, желание, а возможности удовлетворить его нет, что является

нередко предпосылкой возникновения идей ревности. Подчеркивать следует в то же время, что своевременное лечение импотенции дает положительный результат, ободряя таким образом больных, у которых наблюдается уже снижение половой функции. Полезно показать наглядно всю динамику превращения идей ревности, вначале появляющихся в состоянии опьянения, а потом делающихся постоянными, в систематизированный бред ревности. На фоне этих явлений изменяется и структура естественных человеческих потребностей, интересов. Для наглядности этого положения можно продемонстрировать процесс выбора решения в некоторых воображаемых ситуациях.

Вопрос алкогольных психозов надо выделить также в отдельную тему беседы. Такая беседа способствует пониманию больными сущности своего заболевания (это уже форма пьянства, на фоне которой в любой день могут возникнуть психотические состояния).

О белой горячке больные в большинстве случаев слышали, или даже среди членов группы есть больные, у которых в анамнезе белая горячка. Поэтому разбор такого явления, как белая горячка, протекает бурно, иногда на определенном этапе принимает веселый, шутливый характер. Мы обычно в такой момент останавливаем беседу и обращаем внимание на сущность этого явления, проводим параллель между нормальным состоянием психики и психотическим состоянием. Показать трагедию такого состояния как для больного, так и для его близких людей — когда ориентировка нарушена, окружающее воспринимается иллюзорно, критика полностью отсутствует и все это иллюзорное воспринимается как реально происходящее. Ведь такой больной полностью находится во власти галлюцинаторных переживаний и может убить кого-либо, в том числе и своего ребенка, или выброситься из окна своей квартиры на 5-м этаже, нападая или убегая от «чудовища», которое ему угрожает. Представление о белой горячке, как о «забавной истории с крысами» сменяется адекватным отношением к ней, пониманием трагизма этого состояния.

Конечно, только нормальное и адекватное осознание болезни, без перестройки всей алкогольной позиции больного не является долговременным, так как другие составляющие

алкогольной позиции восстанавливают равновесие. Одним из таких мощнейших факторов влияния на алкогольную позицию больного вообще и на адекватное осознание болезни в частности является, «алкогольная установка».

2. Низведение, изменение алкогольной установки

Алкогольная установка трансформирует как восприятие окружающей действительности, так и эмоциональное состояние, и поведенческие реакции больного алкогольной зависимостью. Так, например, день рождения, свадьба воспринимаются ими только как повод к употреблению спиртного с соответствующим эмоциональным состоянием и поведением, сопровождением этого восприятия, тогда как общепринято воспринимать эти события, видеть их предназначение в воздании должного имениннику или молодоженам, выражении уважения, пожелании счастья. Важно в процессе проведения групповой психотерапии перестраивать у больных алкогольное восприятие этих и других событий и явлений жизни на общечеловеческое, общепринятое, воздействуя на познавательные, эмоциональные и поведенческие структуры. Такое общепринятое восприятие этих и других событий делает возможным менее болезненно переживать свою трезвость в этих событиях, делать акцент в переживании этих событий на воздании должного, признательности, то есть на общечеловеческих значениях событий.

Так как алкогольная установка порождает первичное (психологическое) влечение к спиртному, важно воздействие на процесс зарождения, возникновения этого влечения. Разобрать с больными вопрос природы влечений вообще и перейти к обсуждению вопроса первичного влечения к спиртному в частности. Высказывания каждого больного о том, как его влечет к спиртному (с предварительной установкой на то, чтобы не преуменьшать, не скрывать этого явления), как это влечение проявляется, в виде каких ощущений, переживаний, дают материал для обсуждения этой темы. Как с точки зрения больных: можно или нет им противостоять, были ли попытки бороться с этими влечениями? В каких ситуациях

влечения себя проявляют или, наоборот, постоянно в трезвом состоянии преодолевают больного? Помочь больным посмотреть на свое влечение к спиртному как бы со стороны, увидеть, как влечение правит больным, как больной иногда беззащитно выглядит перед этим влечением, как оно спаяно с ним воедино и оно же им руководит, как будто это он сам делает. Проявление выдержки, умения выделить, отделить влечение от себя, своей сущности и бороться с ним. Нельзя забывать и о том, что влечение к спиртному нередко маскируется, проявляется не открыто, а под внешне пристойными тенденциями.

Здесь определенную роль играет внушение отвращения к спиртному, выработка тошнотно-рвотного рефлекса в гипнотическом состоянии, соответствующая формуле самовнушения при АТ, техники НЛП — взмах, взрыв, рефрейминг, когнитивно-поведенческая психотерапия, разотождествление с влечением в психосинтезе. К вопросу влечения мы возвратимся в разделе формирования трезвенничества.

Алкогольная установка реализуется и через чувство, желание быть за одно с другими, желание не отличаться от других (ясно, что в отношении спиртного, и, разумеется, не учитывается тот факт, что другие употребляют спиртное редко, по особым случаям, в умеренных дозах). Разобрать с больными, в каких ситуациях, в отношении чего эти факторы действуют. Ведь в чем-то другом больные не стараются быть как все в их окружении. Например, больной в своей семье. Почему он в семье «белая ворона» — пьет ежедневно, так почему же принцип «быть как все» не действует. Или, например, у больного нет желания быть «моржом» и купаться в проруби, то есть делать то, что делают другие. Акцентировать больных на принципе «быть самим собой, учитывать и отстаивать свои особенности». Разобрать с больными вопрос их особенностей, в чем они проявляются, какие особенности принес фактор наличия болезни. Умение превратить особенности, принесенные болезнью (нельзя ни капли спиртного) из недостатков в преимущество, в какую-то свою изюминку, в ту особенность, которая отличала бы его от многих (ни грамма спиртного). Стоит только по-другому посмотреть на все это, на те примеры, как другие что-то присущее им выдвигают как свои преимущества, и т. д. Важно в этом деле поверить в себя, внутренне убедить себя.

В алкогольной установке в совокупности действуют факторы неосознанного, безотчетного подражания другим. Привести примеры этого явления. Здесь важен фактор осознания этих механизмов, процессов, критическое наблюдение над собой в этих ситуациях, вытормаживание их.

Алкогольная установка реализуется также и через такие факторы, как проявление зависти, эгоизма. Они часто толкают больных к рецидиву заболевания. Разобрать с больными на примерах, как проявление эгоизма часто не помогает им, а усугубляет положение вещей («только я и больше ничего не хочу знать»; в эгоизме — самолюбие, честолюбие, но болезненное, не сообразующееся в реальным положением дел, с тем, что рядом существуют тебе подобные). Эгоизм это болезненное и доведенное до крайности самолюбие, гордость, которые переживаются самим человеком, а другие его за эти личностные особенности ненавидят, не чувствуют проявления его гордости и самолюбия, а, наоборот, оценивают как проявление глупости, неразумного упрямства, самодурства, они лишены социальной ценности.

Фактор соревнования с другими присутствует в жизни человека, он несет положительную сущность, если это происходит в рамках разумности, целесообразности. А вот алкогольное соперничество, которое звучит в устах больных как: «Вот сосед пьет, но не лечится, а вот я...» или во фразах «им можно, а мне нет», «все пьют...» и т. д. Это уже болезненное, неразумное проявление соревнования. Соперничество, но в чем, многие употребляют спиртное, но как, в каком количестве и т. д. Надо иметь собственное мнение, собственные ценности, а не кивать на других, разжигая свое алкогольное кредо.

Сложившееся понятие общепринятости, естественности в потреблении спиртного, чувства принятости, как само собой разумеющегося фактора также является путем реализации алкогольной установки у больных алкоголизмом. Разобрать с больными вопрос понятия общепринятости, чувства принятости, что оно значит и для него! Роль этого (разумеется, субъективного) подразумеваемого чувства естественности и общепринятости и роль внутреннего чувства меры, само собой понятного чувства ограниченности, умение регулировать и преодолевать в себе внутренне эти чувства обще-

принятости. Субъективность этих понятий общепринятости, естественности приема спиртных напитков. Сколько людей не считают это нормальным, не признают спиртного. Мало, что другой считает общепринятым, а если оно вредит...

Прошлый жизненный опыт сформировал алкогольную установку, и в зависимости от него она (алкогольная установка) приобрела ту или иную силу выраженности. Разумеется, жизненный опыт формировал потребности, а при этом и пути их удовлетворения. Например, эмоциональные потребности, потребности в определенном уровне и характере эмоциональных проявлений жизни. Что жизненный путь сформировал, какие эмоциональные ценности, какие переживания возведены в категорию ценностей (например, оттого, что сделал что-то доброе, или эмоциональное переживание выпивок, состояния опьянения). Какие эмоциональные значимости того или иного переживания сформировались. Как формировались представления о значимости особенностей людей, какие ценности они определили, обозначили, по каким особенностям. Какой путь в самоутверждении (позитивный или негативный), в чем пытались себя утвердить как человека, как личность. В чем они сами себя хотели утвердить, утвердить свое «Я», свою значимость в глазах окружения.

Формирование каких значимостей способствовало становлению систематической алкоголизации, что они в этом ценили, какие чувства, представления о себе удовлетворяли. Например, пьянство — значит, геройство, престиж в глазах окружения. Так ли это в самом деле, к чему все это привело?

Не потому ли больной часто цепляется за эту алкогольную жизнь, что его жизненный опыт сформировал эти явления как ценности, а ведь у других ценностно другое. Разобрать с больными пример того, как это все относительно? Как больной из-за этого губит свою жизнь и не понимает, что истинные ценности в другом. Реализуясь, алкогольная установка порождает особое чувство соприкосновения с жизнью, чувство жизни, а ее нереализация — противоположные чувства (пустота, чего-то не хватает), и все эти явления нужно преодолеть. Больные должны заново адаптировать себя к трезвой жизни, уметь пробуждать в себе чувство сопричастия к жизни восприятиями окружения и явлений в трудовой жизни.

Фиксация у больных алкоголизации как формы защитной реакции, охранительного приспособления от фрустраций также способствует реализации алкогольной установки. Вернее, алкогольная установка реализует путь снятия фрустрации. Обговорить с больными пути выхода из трудного положения, решения возникших проблем и трудностей. Реально решать эти проблемы, а не уходить от них на время, не стремиться получить временное облегчение (притом субъективно), а потом прибавится еще больше трудностей, так как возникает запой, и т. д.

Сформированная алкогольная установка изменяет, накладывает отпечаток на человека и на его концепцию самого себя, с тенденцией формирования понятия о себе, как о человеке употребляющем спиртное. Разрушить эту концепцию нелегко, но очень важно попытаться это сделать хотя бы частично (особенно с ее престижным компонентом). Обсудить с больными вопрос о том, почему они считают застолье необходимым компонентом своей жизни, почему оно так значимо, престижно для них. Как в их глазах выглядит человек, который не употребляет спиртного. А вот другие люди это себе представляют по-другому.

Алкогольная установка проявляется в автоматизмах, в полунеосознаваемых действиях. Ломать в себе эти алкогольные привычки и создавать другие через их осознание, самонаблюдение. Вызвать путем опроса каждого больного в группе дискуссию о привычках. Какие привычки находят у себя больные, анализ их, как преодолевать их. Поднять в беседе на группе вопрос о том, какие у больных представления об обязанностях перед другими. Какие виды чувства они у себя находят. Обговорить это вопрос. Какие алкогольные обязанности у больных сформировались, где и в каких ситуациях они их чувствуют, проводить анализ и коррекцию их.

Важен вопрос восстановления путей получения положительных эмоций общепринятым, реальным (трезвенническим) путем. Умение организовать свою душевную жизнь по-другому, восприятие окружающей действительности под другим углом, реально оценивать ее, находя в ней эмоциональные факторы радости, удовлетворения, постижения. Особо важное место в разрушении алкогольной установки играет дезактуализация норм и правил престижной группы, которая оказывает на больного давление алкогольного харак-

тера. Выяснить у больных их престижную группу (мнением каких людей он больше всего дорожит; чувствует наибольшие внутренние неудобства, беспокойства, идя вразрез с чьим-то мнением). Притом не то, что ему кажется, а как в реальной жизни бывает. Помочь наводящими вопросами больным выяснить случаи проявления данных особенностей. Проводить работу по переориентировке больного на другую категорию людей в своих оценках авторитетов, «знатоков жизни». Дезактуализация прежней престижной группы и т. д.

Сформированная алкогольная установка делает человека безразличным к себе вследствие создания предуготовленности к действиям алкогольного характера, и все другие действия вытормаживаются. Проанализировать с больными, как проявление алкогольной установки вытормаживало другие более важные жизненные установки. Она же (алкогольная установка) порождает чувство особого принуждения больных вести себя алкогольным образом, своеобразная необходимость. Важно акцентировать внимание больных на этом чувстве, дезактуализировать его. Чтобы больные волевыми усилиями, осознанным действием направили свои усилия на преодоление этого чувства, осознание его чуждой природы и т. д.

На одном из занятий группы выяснить у каждого больного взаимоотношение их алкогольных тенденций, установок и установки на счастье, хорошую жизнь. Что больные подразумевают под хорошей жизнью, счастьем. Сопоставить эти понятия с реальной жизнью, к чему они стремятся. В чем же в реальной жизни до стационарирования было реализовано у них представление о хорошей жизни, счастье. Не шли ли все эти их понятия в противоречие с реальным положением дел, с закономерностями жизни в обществе, с закономерностями болезни.

3. Низведение значимости жизни в состоянии опьянения

Перенос значимой жизнедеятельности в состояние опьянения является системообразующим для формирования алкогольной зависимости, так как ведет к систематическому потреблению спиртного, и как его результат — симптомы и синдромы алкоголизма.

На групповой психотерапии проводим низведение в глазах больных состояния опьянения. Попросить больных вспомнить те случаи из своей жизни, когда они были трезвыми, а кто-то пьяный. Как его действия, высказывания расцениваются, воспринимаются окружением. Как человек в пьяном виде отрывается от реальности, витает в облаках, каким значимым он себя мыслит. Правильно ли звучит фраза: «Пьянство — добровольное умопомешательство». Какое несоответствие между субъективной «значимостью», которую переживает больной в своих мнениях, суждениях, высказываниях, и тем, как эти фразы звучат в реальной жизни. Что значат все эти переживания, какая несоответственность, диспропорция. Как это состояние опьянения призрачно для больных и почему они так за него цепляются. Все это усугубляется и тем, что постоянное пребывание в алкогольной эйфории способствует перестройке сознания, самосознания.

Применяя многие аналогии, примеры, показывается суррогатный характер жизни в состоянии опьянения, ее бессмысленность, ничтожность, она является непонятной, неценной в обществе. Наоборот, реальные действия, переживания в трезвом состоянии понятны, ценимы в обществе, имеют социогенную ценность. Дискутируется вопрос о том, почему их алкогольная зависимость для родных и близких является поводом для страданий, трагедий, даже позором, бедой, а больные этого не ощущают, не чувствуют, то есть не осознают. Поэтому особой темой групповой психотерапии является вопрос восприятия и отношения к пьянству больного его родных и близких, окружения, которые живут в реальной жизни и воспринимают все реально. Как они воспринимают его пьянство, как реагируют на его поведение, осложненное болезнью. Говорят ли ему в глаза все, что о нем думают? Адекватно ли больные воспринимают отношение окружения? Фактор реального отношения окружения к больному, учитывая фактор внутреннего отношения и формального, внешнего, своеобразную маску поведения, что дает возможность не быть в конфликте с ним. Как часто люди из их окружения рассуждают: сказать правду в глаза — нажать его недружелюбие, пусть родные этим занимаются. А ведь больные свое утешение нередко строят на таких «добрых»

отношениях некоторых людей, что не отражает реальности. Здесь важно учитывать и фактор особого понятия у некоторых людей чужого несчастья.

Обсудить с больными то, какие возможные роли они играют в своем окружении: примеры плохого, а может быть, исполняют роль для окружения, как пример особого реагирования на плохое, чтобы другие почувствовали, что они уже не такие плохие, возникало чувство своего приличия, или роль своеобразного увеселителя, прерывателя спокойной, монотонной, скучной жизни, при которой даже не о чем поговорить. А ведь для родных и близких горе, беда, трагедия. Попросить больных рассказать о тех ситуациях, случаях, событиях, где они себя позорили, унижали свое достоинство. Подчеркивать, что в этом случае важно снять с себя механизмы психологической защиты, найти в себе мужество и посмотреть на себя реально, без попыток закрыть глаза, приукрасить то, что было в реальной жизни.

Увидеть во всех высказываниях, а также путем анализа этих ситуаций их понятия позора, унижения, что они соотносят с этими понятиями. Например, больной пьянствует, пьет почти ежедневно, пьет и во время работы — как такой больной и его семья воспринимаются, не унижены ли они все вместе? Здесь и обнаруживается факт влияния на эти понятия влечения к спиртному, того факта, как все преломляется, видоизменяется под влиянием болезни, вплоть до этих понятий.

Нередко родные и близкие смотрят на себя и своего родственника как на униженных (испытывающих унижение, выражающих свое унижение). А больной себя таким считает или нет? Унижение — оскорбление, унижение своего достоинства, самолюбия. Что больные относят к понятию позора? Что они относят к разряду бесчестия, постыдного, унижительного? В чем они навлекают на себя позор? В каких ситуациях они испытывали стыд (позор, бесчестие, смущение от сознания того, что заслуживают порицания, обсуждения). Разбирать с больными вопрос, в чем, по их мнению, они нарушали свое достоинство, в чем они видят свое достоинство (возможно, в количестве выпитого спиртного), совпадают ли они с общепринятыми в обществе.

Для углубления понимания больными чувства трагизма родных и близких (в связи с пьянством) важно поднять во-

прос понимания чужого «Я». В этом вопросе играет роль механизм переноса своих знаний о душевных состояниях, переживаниях, которые больной сам пережил. Ведь больной пережил эти состояния в таких-то ситуациях, а родные и близкие — в тех, которые связаны с его пьянством.

Если больные эти чувства, состояния не переживали (тревога за судьбу родных и близких, чувство позора, унижения в глазах окружения за них и т. д.), если им эти переживания чужды, то они не могут познать, глубоко пережить эти эмоциональные состояния своих родных и близких. Здесь важно проводить аналогию между душевными переживаниями, внутренним миром больных (их переживания страданий и т. д.) и внутренним миром других людей. Понимание больными того факта, что родные и близкие, вообще другие люди также отражают, переживают, временами им тяжело на душе. Важно восстанавливать чувство того, что больной такой же, как другие люди, что он живет в окружении себе подобных. Больные временами страдают, и окружение также страдает, они ведь вызывают в душе родных и близких страдания. А если наоборот, родные и близкие начнут вызывать (в ответ на действия больных, которые вызывают в их душе страдания) в душе больных неприятные переживания? Поднять вопрос о том, почему так выражена симпатия, взаимопонимание, почему им (больным) понятны и дороги переживания других больных («любителей выпить»), почему очень хорошо чувствуют, понимают «Я» другого больного? Например, один больной говорит о другом, переживая за него: «Наверно, ему сейчас тяжело, ведь первые дни очень тянет выпить при прерывании запоя». А почему в по отношению к жене, детям, родителям этого нет. Почему им некоторые переживания родных и близких чужды. Мы здесь видим парциальное нарушение механизмов познания чужого «Я». В данном случае не включаются в переживания больного переживания родных и близких, что в обычных условиях у всех людей происходит, и они берут в расчет эмоциональное состояние своих родных и близких, окружения — в этом механизме есть принцип адаптации, и больной на них не опирается в выборе действий, эмоциональных тенденций. Здесь во весь рост встает такой фактор, как эгоизм больных, — только ради удовлетворения своей страсти. Приводить примеры из жизни

больных, как они были эгоистами (проявляли почти деспотизм, нечеловечность) к родным и близким, как они пренебрегали страданиями других ради удовлетворения своей страсти.

Проанализировать с больными все варианты отношений с родными и близкими: сострадание; злоба — мысли о своей страсти, а вследствие этого и мысли о своей правоте; отрицание всего; угрызение совести после запоя и т. д.

В настоящее время возможны варианты видеозаписи больных в состоянии опьянения с последующим просмотром.

4. Преодоление механизмов психологической защиты

В процессе работы с больными врач диагностирует проявление механизмов психологической защиты (рационализация, вытеснение, низведение, проявление всемогущества, реактивные образования, алкогольные игры) и путем аналогий показывает несостоятельность таких приемов, их аффективная насыщенность, которая ведет к заблуждению, мешает воспринять реальность, посмотреть правде в глаза. На группе поднимается вопрос о том, что они такими способами защищают. Эту работу важно проводить постоянно в процессе психотерапевтической работы, если механизмы психологической защиты алкогольной позиции больных проявляются. Показываются примеры восприятия, мышления человека, находившегося под влиянием каких-то аффектов. Такая психотерапевтическая работа способствует дезактуализации механизмов психологической защиты, снижению степени сопротивления.

5. Перестройка алкогольного стиля жизни

Важно этот вопрос поднять на групповой психотерапии, обсудить его, а также вовлечь в процесс смены алкогольного стиля жизни больного на естественный. Особую трудность в этом деле представляет собой астенический синдром алкогольного генеза. Свойство его в том, что больной не осознает напрямую усталость, истощаемость, потерю интереса к окружающему и своим делам следствием этой истощаемости, а как просто пошлость жизни, отсутствие интереса, воодушевления.

На группе обсудить вопрос механизма действия алко-

гольного астенического расстройства, пути восстановления, нормализации жизненного тонуса. Здесь важны удлиненные сеансы гипнотерапии, гипноз-отдых, АТ, медитационные техники, гештальттерапия, ее процесс сознания контакта со внешней, телесной и психической средами, когнитивно-поведенческая психотерапия.

Восстановление трудоспособности как формальной способности к труду в противоположность другим заболеваниям, в наркологии в большинстве случаев не является актуальным.

В наркологии важен вопрос ресоциализации и, как показывают наблюдения, не только в смысле восстановления социального статуса больного, но и в другом, не менее важном вопросе. Это восстановление у больных общепринятой в обществе структуры ценностей, естественного пути получения человеческого удовольствия от работы, общения с людьми, духовных увлечений, выполнения общественного долга; восстановление способности находить смысл своего существования в своей же деятельности, духовной жизни взамен пьянству, как пути искусственного, суррогатного вызывания положительных эмоций.

В результате прогрессирования заболевания алкоголь все больше и больше подменяет для больного действительность, и он все меньше и меньше получает истинно человеческого удовольствия от жизни. Такие больные не мыслят себе жизнь без алкоголя не только из-за того, что им свойственно патологическое влечение к спиртному, но и из-за того, что болезнь нарушила, исказила общечеловеческие способности наслаждаться действительностью, окружающей реальностью. В практике мы видим такую картину: у больного после лечения нет патологического влечения к алкоголю, наоборот — отвращение, достигнута трезвенническая установка, но его ничего не радует, не воодушевляет. Этот вопрос, к сожалению, в практическом аспекте не получил еще должного освещения. Достижение только трезвенничества без ресоциализации в таком понимании создает искусственность и нестойкость ремиссии. Поэтому в процессе групповой психотерапии нужно восстанавливать эту способность путем формирования у больных нормальных, общечеловеческих материальных и духовных потребностей. Ведь даже ма-

териальные потребности в болезни претерпевают большую трансформацию. Больные очень часто безразличны к своему быту, обстановке, материальной обеспеченности семьи. В беседах будить у больных стремление к домашнему комфорту, желание после работы прийти домой, освежиться, приняв душ, переодеться в домашнюю одежду, принять пищу за семейным столом, отдохнуть на диване, почитать газету, посмотреть телевизор. Также восстанавливать присущее людям чувство собственного достоинства, уважение к самому себе, и все это взамен пьянству, выпивке «на троих», шатанию по улице, пустым беседам с собутыльниками.

Заставить больных на сеансах групповой психотерапии по-новому воспринимать семейный очаг, ценить уют, простой человеческий отдых. Но, с другой стороны, с помощью семьи нужно обеспечить больному привыкание к такому режиму, так как новые потребности формируются и по типу привыкания, т. е. чтобы семья со своей стороны способствовала выработке у больного трезвеннических привычек. Формировать общепринятые способы удовлетворения потребности, смысла жизни в работе, увлечениях, выполнении отцовского долга, долга перед обществом. Проводя увлекательные беседы на разные темы, способствовать появлению у больных интересов к многогранным проявлениям действительности, которые определили бы трезвеннический смысл жизни больного. Проводить беседы об увлечениях великих людей. Культивировать хобби, например, в такой его форме, как коллекционирование.

3. Психотерапевтический процесс перевода больного в трезвенники

1. Изменение, перестройка человека как необходимый процесс в системе лечения алкогольной зависимости

На групповой психотерапии поднимается вопрос изменения человека в процессе жизни как естественное, необходимое его свойство.

На фоне такой психотерапевтической работы рассмотрим вопрос отказа от чего-то в жизни человека. Подчеркнуть, что почти у каждого человека наступает период, когда он должен отказаться от чего-то. Это закономерный факт в жизни людей. На некоторых этапах жизни людей наступает своеобразный тупик, кризисное положение, вызываются затруднения того или другого характера в жизни человека, и без соответствующего изменения в его поведении, привычках, образе жизни выход из этого своеобразного тупика невозможен. В таких случаях здравый смысл, логика сложившейся ситуации, объективные закономерности этой ситуации говорят о том, что нужно отказаться от таких-то своих привычек, явлений, элементов мировоззрения, увлечений.

Например, человек заболел сахарным диабетом, он должен отказаться от употребления продуктов, содержащих сахар, соблюдать диету путем отказа, притом внутреннего отказа, построенного на своих мнениях, представлениях, чувствах, убеждениях.

Другие заболевания, например хроническое заболевание почек, также ведут к отказу от соответствующих продуктов питания. И чем быстрее больной смирится, осознает необходимость этого, а не будет из этого делать трагедию, взвинчивать, будоражить себя, тем лучше для него, его здоровья. Важно, чтобы человек внутренне мог отказаться, низвести для себя значимость этого фактора, перестроиться соответствующим образом. То же самое и для больных, страдающих алкоголизмом, — отказаться от спиртного, чтобы жить нормально. Выпукло интерпретировать больным сложившуюся у них ситуацию, тот трагизм, который возникнет, если они не поймут, не

осознают объективные факторы, которые действуют у них, — наличие алкоголизма.

Подчеркнуть, что вообще иногда приходится менять в жизни увлечения, работу и т. д. Например, хирург должен отказаться от своей любимой работы в силу того, что у него возникла профессиональная болезнь — экзема рук от веществ, которыми обрабатываются руки перед операцией. Положение на уровне личной трагедии — с детства мечтал, учился, стал опытным специалистом, и надо менять профиль работы. Естественно, в таких ситуациях человек перестраивает себя, меняет, хотя и с трудом, страданием, свою любимую работу на такую, где не требуется соответствующей обработки рук. Осознавая необходимость этого, человек перестраивается, увлекается другой работой и со временем начинает ее ценить, видеть в ней радость своего участия, плоды своих усилий и получает такое же удовольствие, как и от первой специальности. Так же и больному, страдающему алкоголизмом, надо перестроиться, изменить свои алкогольные идеалы, низвести алкогольные блага, которые по сути дела суррогатные, перестроить в себе эти отношения. Другого пути, выхода нет, ведь болезнь дело реальное. Рассмотрим вообще роль системы запретов в жизни общества, в жизни каждого человека. Система запретов возникает из принципов целесообразности и самосохранения. Например, древний запрет брака между ближайшими родственниками. Хотя в ту пору люди не знали законов генетики и т. д., но тонко подметили это, предвидели. Приводить массу других запретов. Показать, что всем внешним запретам в соответствии должны быть сформированы внутренние отказы, внутренние запреты самому себе и т. д.

Поэтому и сейчас человек в чем-то должен раскрепощаться, а в чем-то поддерживать систему запретов, что-то себе не позволить, признавать вредным для себя и для общества. Поднять дискуссию на тему о существовании запретов для каждого человека, их реализации. Что для больных должно входить в систему запретов, чтоб они безболезненно жили среди людей, поддерживали свое хорошее самочувствие, не разрушали здоровье.

То есть, заложить основу для смены алкогольной позиции на трезвенническую. Сначала показать, на примерах, а потом

и сделать обычными, естественными для больного факторы отказа от чего-то, важность в определенных ситуациях измениться в чем-то, перестроиться. Преодолеть, порвать в чем-то, перестроить свои отношения с окружением.

2. Формирование мотива к трезвенничеству

Проблеме мотивов в наркологии не уделяется должного внимания. Как показали опросы врачей-наркологов, литературные данные, часто не подразделяются мотивы обращения к наркологам и мотивы к антиалкогольному лечению. Мотивом к обращению в наркологический диспансер, стационар является желание больных купировать запой, нормализовать психологический статус, а также с целью нормализации микросоциально-психологического климата, который был нарушен вследствие «пьянства», то есть лечение как искупление вины, нормализация конфликтной ситуации. Как показывает опыт практической работы, после нормализации психосоматического статуса, дезактуализации проблемы, которая привела его к обращению за помощью, статус больного, его внутренние устремления, установки часто коренным образом меняются, а врачи-наркологи этот факт не учитывают, не пытаются формировать мотив к антиалкогольному лечению, мотив к трезвой жизни. В лучшем случае в качестве мотива к антиалкогольному лечению выдвигаются мотивы по типу замещения, отвлечения путем формирования нового увлечения, приобретения. Все эти мотивы носят внешний характер, дезактуализируются, теряют при определенных ситуациях смысл, а через него и смысл жизни в поддержании трезвости, что приводит к новому витку болезни.

Не зная природы алкогольной зависимости, того, чему надо противостоять, трудно формировать мотив к изменению образа жизни, противостоящего образу жизни окружения, которое употребляет спиртное время от времени. Не изменив, не делая попыток изменения сущности больного, трудно достичь у него воздержания, как и поддерживать статус воздержания. Важно менять парадигму в наркологии: *не воздержание, не ремиссия, а цель лечения — трезвенник, превращение больного в трезвенника*. Цель сложная и трудная, но ее надо начинать осуществлять, разрабатывать.

Чтобы новый, только что сформированный мотив к антиалкогольному лечению более действенно срабатывал, надо, с одной стороны, ослабить или изменить в какой-то степени тот внутренний механизм, содержание психологической деятельности, которые обеспечивали устойчивый статус алкогольной зависимости, то есть то, что противостоит мотиву к лечению, а с другой стороны, адаптация больного к желаемому состоянию. Только при таких условиях мотив действует в полную силу и вытормаживает механизмы психологической защиты.

Чему должен противостоять мотив к трезвенничеству, какова природа противоположной, болезненной тенденции, которая заставляет человека продолжать алкоголизацию, несмотря на все страдания, унижения (с точки зрения окружения, родных и близких)? Почему больной человек, страдающий алкогольной зависимостью, противостоит страданиям родных и близких, часто негативно-насмешливой позиции окружения, осуждающей позиции общества в целом, продолжает злоупотребление, почему ситуационно данные обещания не действуют?

Почему такие жесточайшие меры в Древнем Китае, как заливание в глотку пьяниц расплавленного свинца, не дали желаемых результатов? Необходимо рассмотреть роль опьянения в жизни человека в целом и больного в частности. Общепринято говорить об эйфоризирующем эффекте состояния опьянения, а в последнее время и об антистрессовом воздействии. Анализируя все те состояния, которые испытывают люди в состоянии опьянения, то, что они творят в этом состоянии, мы видим, что здесь дело в других механизмах. Анализ показывает, что состояние опьянения рвет жесткую связь внутреннего мира человека с реальностью, дает внутреннему миру человека своеобразную автономию, и он может программировать внутреннее состояние по своему желанию, потребности. Так что в состоянии опьянения играют решающую роль преднастрой, намерения, установка человека перед состоянием опьянения. Наши исследования показывают, что если человек начинает реализовывать свою значимую жизнедеятельность, свою концепцию «Я» в состоянии опьянения, то он в большинстве случаев рано или поздно начинает злоупотреблять алкоголем и у него формируется

алкогольная зависимость. Отнимать у него, лишать его состояния опьянения равноценно лишению его значимой жизнедеятельности, способа реализации своей концепции «Я», своей сущности. Факт переноса значимой жизнедеятельности является системообразующим мотивом такого человека и формирует алкогольную установку с ее познавательными, эмоциональными и поведенческими компонентами.

В целом мотив к трезвенничеству должен противостоять алкогольной позиции личности человека с алкогольной зависимостью, которая состоит из:

1. Неадекватного осознания болезни.
2. Алкогольной установки, которая на уровне сознания реализуется мощными проявлениями, в том числе и первичным влечением к спиртному.
3. Переноса значимой жизнедеятельности, реализации своей концепции «Я» в состояние опьянения.
4. Сформированных механизмов психологической защиты своей алкогольной позиции, алкоголизации.
5. Сформированного алкогольного стиля жизни, на который наложились клинические проявления заболевания (симптомы и синдромы).

Сформированная алкогольная позиция меняет, перестраивает жизнь человека, в том числе его картину мира, то есть ту часть окружающего мира, которая осознаваема человеком, является значимой и обладает для него реальностью. Что человек с алкогольной зависимостью берет из объективной среды в свой внутренний личностный мир, ведь один из первофеноменов жизни — бытие в собственном мире. Общеизвестный тезис Гегеля, согласно которому *личность тождественна своему миру*. Особенность больных с алкогольной зависимостью в том, что их адаптация к миру имеет еще один дополнительный этап. Первый, как у всех людей, — создается, формируется из объективного мира, общего для всех, свой внутренний личностный мир. Вторым этапом — это перенос жизни в собственном мире в состояние опьянения. Вот почему больные терпят лишения, унижения, жертвуют своим здоровьем, репутацией, счастьем детей, родных и близких ради спиртного.

Всему вышеописанному должен противостоять мотив к трезвенничеству, и он не будет действовать, если не будет

воздействовать на перестройку, изменение личности больного, не будет менять пути реализации значимой жизнедеятельности, бытия в собственном мире. Да, действительно личность тождественна своему миру, и она и ее мир проявляются в самосознании. Как показывают наши исследования, *высшая форма сознания — самосознание, то есть осознание себя как личности — у больных с алкогольной зависимостью слабо развита или же болезненно извращена, не соотнобразуется с реальностью. Именно коррекция самосознания, самопредставления формирует мотив к самоизменению, изменяет и перестраивает личность больного, его бытие в собственном мире.* Для этой цели мы анализируем с больным анамнез его жизни и заболевания, рассматриваем вопросы:

1. Каким он себя считает. Дать больному простор для его «фантазии» по отношению к себе, в которой вскрывается его самопредставление, внутренние идеальные самооценки. Пусть рассмотрит себя по всем параметрам, включая душевные качества, умения, способности. Поднять вопрос о недооценке его как человека, как личности с определенными качествами, свойствами, микросоциальным окружением, об отсутствии возможности реализовать себя полностью.
2. Каким он хочет, чтобы его считали, есть ли недовольство собой в чем-то. Что нужно сделать, чтобы окружение считало таким, каким он хочет. Почему окружение не хочет или не может считать его таким, каким он хочет.
3. Каким его считают другие. Пусть больной попытается посмотреть на себя глазами своих родных и близких, сослуживцев, учитывая особенности их отношения к нему, его реальные отношения к ним сквозь призму его поступков, действий, характер этих отношений, поступков. Например, к своим детям, какие качества своих душевных особенностей проявляет (доброта, внимательность, душевность), в чем они проявляются, в чем выражаются реально, как часто. Много ли тратит на них времени и денег по сравнению со своими какими-то увлечениями, тенденциями. Может быть, за реальными поступками предательски кроются его эгоистические тенденции? Как выглядит в глазах

родителей, характер отношения к ним — сколько он тратит времени и усилий в реальной жизни на эти отношения. В глазах сослуживцев выдержан, терпелив, надежен, добросовестный, обязательный. Как выполняет роль отца в отношении детей, роль брата, мужа, какие душевные качества проявляет, как удовлетворяет их ожидания. Ведь люди судят не по тому, как человек себя мыслит, представляет, считает, а по тому, что он делает в реальной жизни, какие душевные качества предъявляет, как выполняет должное своих жизненных статусов.

4. Какой он на самом деле есть и какой ущерб наносит ему алкоголизация — здесь важно резюмировать все. Что делает с больным его страсть к спиртному, как трансформирует его как человека, меняет его, вытесняет все проявления общечеловеческих чувств, переживаний, поступков, к чему ведет в конечном результате. В чем трагедия человека с алкогольной зависимостью в целом и его лично в частности. Что он в реальной жизни предпочитает, на что тратит усилия, время, деньги. Как его алкоголизация сказывается на выполнении роли отца в отношении его детей, роль сына в отношении родителей, роль мужа в отношении жены, роль брата в отношении братьев, сестер. Ведь его алкогольное своеволие не дает полной свободы, так как в любом случае действуют социально-психологические, биологические и иные причинно-следственные закономерности жизни человека как биологического, так и социально-психологического существа. Делать акцент на то, что самое важное при алкогольной зависимости, — утрачивается способность к научению, адаптации к требованиям закономерностей жизни, к требованиям микросреды, исчезает инстинкт самосохранения по большому счету. Способствовать формированию у больного с алкогольной зависимостью чувства того, что другие люди, также как и он, изначально равны. При совместном анализе жизни и заболевания больного важно направлять психотерапевтическую работу так, чтобы больной самостоятельно, внутренне делал выводы из тех предпосы-

лок, которые возникли в процессе целенаправленной беседы. По меткому выражению С.Л.Рубинштейна, каждый человек самостоятельно открывает миры и когда говорят, что человек как индивид не открывает, а лишь усваивает уже добытые человеческие знания, это, собственно, означает лишь то, что он не открывает их для человечества, но для себя он должен все же открыть, пусть «переоткрыть». Человек доподлинно владеет лишь тем, что он «добывает собственным трудом». Такая концепция самосознания и самопредставления выявляет для больного те эмоционально значимые переживания, которые создают тенденции, мотив к изменению личности больного, изменение личности, а уже перестраивающаяся личность формирует мотив к трезвенничеству. Коррекция самосознания ведет к изменению бытия в собственном мире, так как «личность тождественна своему миру». Такая психотерапевтическая работа расширяет, видоизменяет этот мир больного, способствует личностному росту, душевной зрелости, дает возможность подняться над жизнью в состоянии опьянения, повышает непреходящую ценность реального бытия человека с алкогольной зависимостью. Не ремиссия в виде запрета, вынужденного воздержания, а внутренний мотив превращения больного с алкогольной зависимостью в трезвенника, создание общей тенденции к трезвенничеству — вот главная цель при лечении больных с алкогольной зависимостью, а кодирование, подшивка эспераля — как заключительный, потенцирующий фактор по желанию больного.

Формирование мотива к трезвенничеству таким путем на фоне достижений адекватного осознания болезни, перестройка алкогольной установки, низведение ценности жизни в состоянии опьянения, вытормаживание механизмов психологической защиты, адаптация больного и тенденции самоизменения как необходимого механизма жизни, адаптации больного к его микросреде на уровне трезвенничества, налаживание здоровой полноценной жизнедеятельности, формирование трезвенничества способствует устойчивости этого мотива.

Больные после такой психотерапевтической работы на вопрос, почему перестали употреблять спиртное, отвечают часто простыми, поверхностными, но общепонятными ответами (детей надо воспитывать, вредно для здоровья, желание сгладить, а в дальнейшем избегать неприятностей в семье, на работе и т. д.), хотя до лечения они это ощущали, но эти факторы не действовали, не служили причиной прекращения приема спиртного. Анализ алкогольной «жизни», «судьбы» больных с алкогольной зависимостью на протяжении 20—26 лет показывает, что тактическая задача, цель лечения — ремиссия более 1—2 лет и более — проигрывает в стратегическом плане жизни больного, так как в дальнейшем ремиссия сперва укорачивается, а в дальнейшем достигает периода светлого промежутка между запоями.

Психотерапевтическая тактика, направленная на формирование мотива к трезвенничеству, становление трезвенничества, дает в стратегическом плане значительно лучший результат, так как даже при случайных, непредвиденных срывах, рецидивах больные по своей инициативе лечатся, стараются побыстрее восстановить свой, приемлемый для них статус жизни и при этом мотивируют свое отношение к спиртному: «Я же прочувствовал преимущество трезвой жизни».

3. Адаптация больных к их микросреде на уровне трезвенничества

Адаптация больного алкогольной зависимостью к своему окружению как трезвенника является важнейшим этапом лечения. Уместно ставить цель достижения соответствующих изменений в чувствах, переживаниях, в системе его отношений к окружающей действительности. Одни больные после выписки из стационара, лечения замыкаются, ограничивают общение с окружением, особенно в праздничные дни, другие нет.

Все сеансы групповой психотерапии должны носить не отвлеченный, абстрактный характер, а быть связанными с конкретной жизнью больного в естественных для него условиях. Отдельной темой групповой психотерапии также следует выделять тему «Реакция окружающих больного людей на абсолютное трезвенничество больного, выписавшегося из

больницы», так как особенно опасный период рецидивов — первые месяцы после выписки из больницы. Анализ этого периода показал, что наряду с другими причинами заметную роль в рецидивах болезни играет реакция окружения на изменения в поведении больного, к которому окружение еще не адаптировалось («реакция на новизну в поведении»), и это часто травмирует больного.

Больному, прошедшему курс лечения в стационаре после выписки из больницы, приходится выдерживать своего рода бой, так как многие привыкли видеть его в нетрезвом состоянии, знают, как безотказен он в вопросе выпивок. Даже всякого рода намеки, произвольные и непроизвольные со стороны людей, не страдающих пьянством, в целом положительных, глубоко ранят душу бывшего пьяницы, вступившего на путь трезвенничества. Так, например, начальник соседнего цеха, встретив такого человека вечером на улице в день полочки, как-то непроизвольно, автоматически спрашивает: «Что ваш цех сегодня полочку не получил?» Другие при встрече настораживаются, спрашивают, не случилось ли у него чего-нибудь неприятного, и т. д. А о бывших собутыльниках и говорить не приходится. Особенно трудно в день полочки, в выходные и праздничные дни от удивления, от упреков своих бывших собутыльников в скупости, измене, ханжестве и т. п. Во дворе приходится иногда под насмешки и улюлюканье проходить в свой подъезд.

Некоторые авторы рекомендуют коренное изменение условий труда и быта (переезд на другую квартиру, иногда и в другой город), оздоровление микросреды. Но это не всегда оправдывает себя и не всегда возможно, так как микросреда, окружение — понятие динамическое (больной в отпуске, в командировке, на трибунах стадиона и т. д.).

Более правильное решение этого вопроса — двусторонний подход. С одной стороны, изменение микросреды абстинента, а с другой — подготовка его к этим трудностям. Следует поэтому по возможности попытаться оздоровить микросреду больных, но в то же время на сеансах групповой психотерапии стараться по возможности научить абстинента безболезненно для себя внедряться в сознание окружающих людей, особенно бывших собутыльников, полным трезвенником.

Больные по очереди рассказывают о своем окружении, в обобщенных, допустимых рамках, после чего они все вместе стараются предугадать реакцию отдельных людей на окружения на их абсолютную трезвость, что будет чрезвычайно полезно больным после выписки. Необходимо объяснять также своим пациентам, что такая реакция окружающих на новую жизнь больного психологически закономерна, что это нормальное явление, очередной этап в становлении его, как здорового, непьющего человека. Обязательно вооружить больного знанием данного вопроса, научить умению активно противостоять, преодолевать некоторые вредные воздействия окружения. Учить в то же время понимать ситуацию в разговоре с другими людьми, позицию этих людей к алкоголю, к больным (хотят поддержать, помочь или сбить с пути), чувствовать, куда идет разговор, куда собеседник клонит, какие мотивы, цель этого разговора. Необходимо облегчить больным понимание психологии собеседника-пьяницы: его повышенную эмоциональность, легкое возникновение аффектов, его лабильность или, наоборот, застреманность, сужение круга интересов, повышенную критику всего окружающего и полную потерю самоконтроля и самокритики, потерю долга перед семьей, коллективом и повышенный эгоцентризм, лживость и т. д.

Все это способствует умению противостоять влиянию, не считаться с мнением тех людей, которым они иногда подчинялись годами, считались с их мнением, желаниями. Внедрить в больных чувство уверенности в своих силах, чувство своей правоты: «Чем я хуже других, почему я должен подчиняться и дорожить мнением пьяниц, пусть, наоборот, они считаются с моим, мнением» и т. д.

Важную роль в становлении трезвенничества имеет проблема нейтрализации алкогольных традиций. Способствовать возникновению среди больных дискуссии о традициях. Формировать понятие о положительных и отрицательных традициях. Если традиции противоречат интересам общества, интересам больного и его родных и близких, то такая традиция отрицательная и нужно бороться против ее влияния. Такие традиции не должны довлеть над человеком, наоборот, в противоборстве с такими традициями нужно чувствовать уверенность и правоту своего дела. Привести примеры из жизни, как

люди, уверенные в своей правоте, проявляли настойчивость и успешно боролись с отрицательными традициями, представлениями (например, новая традиция бракосочетания и другие новые традиции, моды и т. д.). Также и в отношении алкогольных традиций нужно поступать. Главное — прививать, суггестировать уверенным тоном, яркостью примеров чувство правоты и внутренней уверенности у больных в этом деле.

Полное трезвенничество может вызывать недовольство и у других членов семьи, что обычно проявляется непроизвольно, неосознанно. Это являлось иногда поводом для возникновения конфликтной ситуации в семье, которая на первый взгляд не имела прямой связи с проблемой трезвенничества одного из членов семьи. В отдельных случаях индифферентное отношение к тому факту, что кто-то из членов семьи в праздничные дни употребит спиртное. У 7 больных при возникновении ремиссии жены жаловались на то, что семья растеряла друзей и живет в своеобразной изоляции. Поэтому необходимо заранее обсудить с членами семьи больного все возможные варианты влияния его трезвенничества на внутрисемейные отношения.

Клинический анализ показал, что все эти проблемы, в то время пока больной находился в стационаре, у родственников не вызывали интереса. Трезвенничество больного казалось простым — «не будет пить, и все будет хорошо», так как члены семьи не представляли сложность этой проблемы.

Благоприятно действует на укрепление трезвеннической позиции больного вовлечение его в планирование семейного бюджета, в проблемы решения нужд и потребностей семьи. Адаптированность больного к спорадическим семейным трудностям позволяла предотвратить возникновение эмоциональной напряженности в семейных отношениях. Такая тактика не позволяла больному уходить от этих трудностей привычным способом — употребление алкоголя. Тактика, направленная на формирование у больных умения понимать и учитывать в своих действиях и поступках интересы и потребности других членов семьи, способствовала стабилизации трезвеннической установки.

Подготовка больных к реадaptации в естественной среде на трезвенническом уровне не исчерпывается только этими вопросами.

4. Формирование трезвенничества

Актуальность проблемы алкоголизма не вызывает сомнения. И как бы некоторые люди «философски» не относились к потреблению спиртного, всегда на уровне обыденного сознания надо помнить, что есть категория людей (больные алкоголизмом), для которых вопрос неупотребления спиртного — это вопрос жизни, благополучия, социального прогресса, и употребление — это разрушение их как личности, как человека, страдания, и не только их, но и родных и близких.

К сожалению, данный этап развития нашего общества в целом и наркологии в частности недостаточно отражен в публикациях с точки зрения личностной динамики (ее избыточности в одних сферах жизни и недостаточности в других). Процессы, происходящие в обществе, их динамика, коренным образом влияют на наркологию, на работу врача-нарколога, на его понимание проблем больного, реального его поведения.

В настоящее время наше общество все более и более переходит во всех сферах жизни с внешнего, попечительского контроля человека органами власти (борьба с тунеядством, контроль места жительства в тех формах, которые были, борьба с пьянством и алкоголизмом и т. д. и т. п.) на внутренний, личностный контроль человека с его чувством ответственности за свою судьбу, инстинктом социально-психологического самосохранения. Освобождение от внешнего контроля не дает человеку полной, своевольной свободы, так как в любом случае действуют социально-психологические, биологические и иные причинно-следственные закономерности жизни человека как биологического, так и социально-психологического существа. Поэтому ставка на внутренний контроль, т. е. самоконтроль, личную ответственность актуальна как никогда на данном этапе.

Мы, к сожалению, как показали опрос врачей и литературные данные, не учитываем феномены первичного влечения к спиртному, их сущность в построении терапевтической тактики. Прикрываясь словом «патологическое», мы ограничиваем свое поле деятельности, настоящую глубинную профилактику алкоголизма. Ведь первичное патологическое влечение к спиртному, его реализация глубоко культурально-личност-

ное, и оно и его реализация зависят как от культуральных факторов, так и от личностных особенностей, а в некоторых случаях и от их деформаций. В этом плане мы видим целесообразность проводимой разработки эмоционально-стрессовой психотерапии (В.Е.Рожнов и сотрудники кафедры) у нас и в зарубежной психотерапевтической тактике, направленной на личностный рост, развитие, которые в какой-то мере тренируют эти душевные механизмы личностной борьбы, конкуренции с первичным патологическим влечением.

«Эмоционально-стрессовую психотерапию» следует рассматривать как направленную к лечебной цели апелляцию к духовным компонентам личности, пробуждающую в ней насущную потребность самоусовершенствования. Эмоционально-стрессовая психотерапия осуществляет лечение методом укрепления и выработки идейных, духовных позиций и интересов больного, стараясь пробудить эти высокие интересы и устремления, противопоставить заинтересованность и увлеченность болезненной симптоматике и часто связанному с ней подавленному, депрессивному или апатическому настроению» (В.Е.Рожнов, 1988). В вопросе борьбы с влечениями человека, самоограничения накоплен большой опыт в религиях, особенно в христианстве.

Н.Бердяев, рассматривая роль христианства в развитии цивилизации, пишет о том, что до христианства, в эру язычества, человек был среди природы и сам в природе, подчинялся полностью своей натуре, страстям, эмоциям, влечениям и т. д. Христианство подняло человека над его природой, показало, что дух человека может противостоять ей, дало ему возможность подняться над своей природой до самосознания себя как творящего духовного субъекта. В этом смысле достигло больших успехов общество АА, где содержится прямая ссылка на книгу У. Джеймса «Многообразие религиозного опыта».

Клинические наблюдения, выбор тактики лечения показали, что первичное патологическое влечение к спиртному важно оценивать в динамике, учитывающей и реакцию личности на это влечение:

- а) влечение в собственном смысле;
- б) на стадии желанья;
- в) на стадии стремления.

Мы часто не диагностируем, просматриваем как раз стадию влечения в собственном смысле этого слова, т. е. когда потребность в спиртном осознается нечетко, проявляется в беспокойстве, в неопределенном желании чего-то. Традиционная терапия такой этап беспокойства, раздражительности и т. п. в лучшем случае рассматривает как сигнал к противорецидивному лечению (этаперазин, антидепрессанты, финлепсин и т.д.), но не формирует личностных, самоисцеляющих внутренних механизмов больного, профилактики возникновения таких состояний.

Следующая стадия динамики влечения — это желания, то есть когда четко осознается то, что нужно. И здесь потребность спиртного, желание состояния опьянения, как и другие желания (даже инстинктивные), присутствуют, но они в большинстве своем не реализуются, или, по крайней мере, откладываются на потом. То есть личностная реакция на желание бывает разной: борьба, сопротивление, нейтральность, вытормаживание более высокими личностными реакциями в данной ситуации.

В последней стадии этого процесса, если все «благополучно» и беспрепятственно развивается, реализуется уже стремление. Стадия стремления характеризуется включением в этот процесс волевой сферы, личностного стремления, и больной добровольно, сознательно, проявляя волевые усилия, реализует первичное патологическое влечение. Все это проявляется в динамике, в зависимости от ситуации, в личностных реакциях перехода от влечения к желанию, от желания к стремлению. Вся терапевтическая тактика должна быть направлена на то, чтобы влечение не переходило в стремление, а в другое, более приемлемое для больного (с учетом наличия болезни) желание, не приводящее к срыву и рецидиву. Если этот процесс перехода от влечения к стремлению свернут, его надо снова разобщить, включить элемент личностного сопротивления на стадии влечения или желания и не дать развернуться стремлению.

Важно еще раз отметить, что тактика лечения алкоголизма отличается от лечения других хронических заболеваний, где основная тактика лечения направлена на обратное развитие (редукцию) симптомов и синдромов. При других хрониче-

ских заболеваниях редукция и новое возникновение симптомов и синдромов (обострение заболевания) прямо не зависят от произвольных намерений самих пациентов. В клинике алкоголизма при возникновении рецидива есть большая доля произвольности действия больного (запил назло жене, от горя, от радости и т. п.).

Поэтому важна новая концептуальность в лечении больных алкоголизмом. Успешность разработки методов лечения определяется четкостью и ясностью целей, то есть желаемых для достижения целей, результатов. Не ремиссии, не воздержание, а превращение больного алкоголизмом в трезвенника. Хотя бы на данном этапе ставить вопрос таким образом, делать попытки. К сожалению, в литературе до сих пор этот вопрос не поднимается, не акцентируется. Даже в обществе АА вопрос ставится о том, чтобы быть лишь мотивированным, постоянно мотивировать себя путем спасения себе подобных, а не превращения в трезвенника по своим свойствам и природе.

Клинические наблюдения над больными алкоголизмом показали, что после традиционного курса лечения в большинстве случаев не происходит внутренней перестройки больных на трезвеннический лад, состояние ремиссии оказывается просто вынужденным воздержанием от спиртных напитков и носит нестойкий характер. Но создание в стране специализированной наркологической службы ставит задачу разработки психотерапевтических приемов, которые позволили бы превратить больного алкоголизмом в трезвенника, являющегося таковым не в силу тех или иных «внешних» запретов, а по своим внутренним душевным убеждениям и жизненным установкам. Это значит, что врач должен не только обладать достаточно эффективными средствами лечебного воздействия, но и иметь четкое представление о конечной цели — трезвеннике. Поэтому «совершенно ясно и очевидно, что психотерапия должна найти подход к больному человеку и разработать методы эффективного лечебного воздействия на него с пониманием всей сложности организации его психики...» (В.Е.Рожнов, 1979). И здесь мы сталкиваемся с парадоксальной реакцией. При лечении больных, страдающих многими заболеваниями, мы знаем норму функционирования организма, когда человек находится в здоровом состоя-

нии, а, следовательно, представляем цель, к которой должны стремиться. Но мы плохо знаем «норму», к которой должен стремиться врач-нарколог при лечении больных алкоголизмом, т. е. тех характеристик образа жизни, системы ценностных ориентации, поведенческих установок, которые должны возникнуть у больного в процессе лечения и наполнить позитивным содержанием (как для него самого, так и для окружающей среды) обретаемый им жизненный статус трезвенника. К сожалению, в настоящее время описание трезвенника обычно ограничивается фразой — человек, который не пьет.

Становление стойкой ремиссии зависит от изменения образа жизни больного, внутренней перестройки всей его духовной жизни, системы интересов и ценностей. Перестав только употреблять спиртные напитки, больной с точки зрения его жизненных установок и интересов остается, по сути дела, таким же, как и раньше; поэтому, бросив пить, он чувствует внутреннюю пустоту, бесцельность, искусственность своего состояния. Часто некурабельность больных зависит именно от наличия сформированного стойкого алкогольного образа жизни, который не допускает возможности трезвенничества, толкает больного к употреблению спиртного.

Процесс разрушения алкогольной позиции больного (учитывая ее составные компоненты и структуру) является для больного эмоционально-стрессовым воздействием, так как этот психотерапевтический процесс затрагивает его глубинное (возникшее в процессе формирования и течения болезни) алкогольное «Я», его способ жизнедеятельности.

В процессе разрушения алкогольной позиции больного производится апелляция к его сохранным преморбидным особенностям, их восстановление, формирование мотива к трезвенничеству, трезвеннической установке, которые также носят эмоционально-стрессовый характер. Эта практическая психотерапевтическая работа является важным этапом подготовки больного к формированию трезвенничества, ведь, не разрушив алкогольную сущность, невозможно сформировать трезвенническую.

Насущным вопросом является включение в этот процесс и формирование у больных трезвенничества, превращение их в истинных трезвенников. Детальное описание трезвен-

нического образа жизни позволяет более полно и целенаправленно проводить психотерапевтическое воздействие на больного, вызывая положительный эмоционально-стрессовый душевный подъем.

Иными словами, «образ» трезвенничества как органичного стиля человека позволяет выделить наиболее типичные стороны, которые с той или иной степенью вероятности могут встретиться у каждого из наших больных в ремиссии.

Разработанная нами «модель» трезвеннического образа жизни в процессе лечения больного алкоголизмом дает возможность, во-первых, использовать ее в ходе психотерапевтического воздействия у самого больного такой интерпретации своего образа жизни до лечения, при которой она начинает восприниматься больным как психотравмирующий фактор (то есть так же, как алкогольный образ жизни воспринимается его родными и близкими, обществом). Описание трезвеннического образа жизни позволяет наркологам более точно адресовать свои воздействия на больных (создание более четкого представления той цели, которая преследуется в процессе лечения).

Во-вторых, описание трезвенника в какой-то мере дает возможность наркологу прогнозировать поведение больного в ремиссии (что будет воплощено по тому или иному варианту трезвенничества, а что, возможно, надо компенсировать чем-то другим). Такое прогнозирование дает возможность многое видоизменить в процессе лечения того или иного больного, уделить больше внимания тому или иному фактору, звену в цепи процесса «больной алкоголизмом — трезвенник».

В-третьих, модель трезвенника дает более конкретные и действенные пути профилактики алкоголизма, систематического пьянства.

Формирование трезвенничества у больного дает возможность выделить существенные связи и отношения, которые играют важную роль в жизни человека-трезвенника, а, следовательно, и в деле становления трезвенничества. При этом чрезвычайно важно выделить те особенности взаимодействия внешней обстановки, окружающей человека, и его внутренних потребностей, свойств, которые способствуют возникновению трезвенничества: что человек сам собой представляет,

какой имеет душевный багаж, что его окружает и как он строит свою жизнедеятельность. Важно рассмотреть процесс перестройки всех сфер жизни индивида при переходе его в новое состояние — состояние трезвенничества. Больной в ремиссии должен чем-то жить, в какой-то сфере должна реализоваться его личностно-полноценная жизнедеятельность, воплощаться его духовная сущность, его сокровенное. Он должен быть трезвенником и в то же время жить счастливо, получать удовольствие от жизни. Жизнь трезвенника должна выступать для больного целью, достижение которой обеспечивает ему условия оптимального варианта жизни, возможного в сложившейся для него реальности (существующее окружение, общество с его закономерностями поддержания жизни и процветания, движения вперед; болезнь с ее биологическими закономерностями), а также с точки зрения реализации чаяний, надежд самого больного и т. д. В образе трезвенника для больного должна реализоваться программа жизнедеятельности, как в отдельных ситуациях, так и на более длительный срок, удовлетворяющая его самолюбие, чувство престижа, позволяющая ощутить свою ценность. Для конкретизации образа трезвенника в сознании больного важно сопоставлять смысл одной и той же ситуации для алкоголика и для трезвенника.

Нередко у больных алкоголизмом происходит нарушение восприятия и адекватности оценки той реакции, которая возникает у окружающих на те или иные их действия. Нет полноты, точности в понимании и оценке результатов каждого своего действия. Больной не видит, каковы в действительности последствия его поступков, к их оценке он подходит субъективно, исходя из желаемого, кажущегося положения дел. Разумеется, важно восстановить эту особенность умения смотреть фактам в лицо. Больные алкоголизмом часто опираются на маловероятные факты, особенно если это оправдывает их алкоголизацию. Поэтому важна предварительная перестройка каждого отдельного, наиболее часто встречающегося вида реакции больного, оценок своих действий: что за каждым действием последует. В этом одна из важнейших задач лечения.

В процессе формирования ориентации больного на трезвеннический образ жизни важно учитывать как совпадения,

так и различия в тех характеристиках, которые присущи оптимальному самочувствию и путям его достижения у больного алкоголизмом и трезвенника*. Ориентация больного на такое состояние не мыслится им вне алкогольной деятельности. Даже кратковременное пребывание в трезвом состоянии создает настрой на выпивку (сосет в желудке, пищеварительная система готова к определенным раздражителям). Напротив, у трезвенника подобного рода установка «окрашена» в такие психологические тона, как уверенность в своей правоте, гордость за эту свою особенность, индивидуальность и т. д. И трезвенник, и больной алкоголизмом, естественно, стремятся к душевному комфорту, к достижению хорошего настроения и самочувствия, удовлетворению своего самолюбия, к излиянию своих чувств другим людям, выражению им своего приятного отношения. Но трезвенник действует при этом другим способом, чем больной, который воспроизводит желаемое состояние, отрываясь от реальной действительности, через опьянение. Трезвенник реализует свои потребности реальным путем, знает предел «оптимизации» своих ощущений, своего эмоционального состояния, предел выражения чувств, предел получения от других душевных явлений, и у него нет желания еще подхлестнуть их спиртным. Именно отсутствие чувства этого «предела» часто и ведет больного к повторной алкоголизации. Все хорошо, все прекрасно, но хочется еще лучше, достигнутое его не устраивает. В процессе жизнедеятельности человек удовлетворяет свои фундаментальные базовые потребности (хотя в литературе идет спор об их группировках, большей или меньшей обобщенности, большей или меньшей детализированности). Но важно заметить, что удовлетворение этих потребностей связано не

* В термин «трезвенник» в данном случае, в рамках алкогольной клиники, мы вкладываем понятие того, что больной алкоголизмом после лечения, массивной психотерапевтической работы изменил свой алкогольный настрой на трезвеннический, внутренне, по своей сущности стал трезвенником и ведет трезвеннический образ жизни. В термины «больной алкоголизмом», «больной» мы вкладываем понятия больного алкоголизмом, у которого нет еще желания лечиться, и его внутренний мир выражает алкогольные тенденции. Такие условные обозначения дают возможность более кратко обозначить эти понятия, не прибегая в каждом случае к их полному описанию.

просто с активностью человека, но и с характером, формой ее осуществления. Полная беспрепятственность удовлетворения потребностей не дает человеку ощущения полноценности своей жизни. Только переживание определенных усилий, определенного напряжения в процессе достижения цели дают человеку полную удовлетворенность.

Но проблема не сводится только к этому — важен определенный темп жизнедеятельности, ее соответствие психофизиологическим особенностям индивида, законам душевной жизни (работа чувственной, волевой, интеллектуальной и других сфер). Замедление этого темпа (как и дефицит деятельности одной из сфер) ведет к скуке, чувству неудовлетворенности, угнетенности. Неумение реализовать этот темп разумными, целесообразными, наиболее адекватными способами во всех сферах жизнедеятельности создает вакуум. Его ускорение, чрезмерная интенсификация ведет к утомлению, пресыщению. Столь же важна возможность компенсации одной из сфер жизнедеятельности другой. Важно, чтобы внешние действия «соприкасались» с интимной стороной жизни личности, затрагивая ее «я», вызывая чувство глубины существования, полноты реализации личности. Учет всех этих моментов особенно важен для наркологов, объектом воздействия которых является не столько болезнь, сколько больной с его образом жизни во всей совокупности ее проявлений. Ведь нередко наркологи, требуя трезвенничества от больного, забывают, что его жизнь в остальном должна носить динамичный характер.

Процесс жизнедеятельности надо рассматривать во всех ее сферах: именно полнота жизненных проявлений обеспечивает чувство жизни, придает ей смысл, позволяет относиться к жизни как к ценности самой по себе (т. е. порождает желание просто жить, даже если какие-то мечты, надежды индивида остаются недостижимыми, ценить то, что есть).

В жизни человека реализуется его существование как личности, происходит приобщение его к ценностям, к культуре народа и т. д. Адекватная самооценка, правильное отношение к себе, умение в общезначимых формах выражать свой внутренний мир и, следовательно, быть понятым другими, способствуют успешности и глубине протекания этих про-

цессов. При этом для человека важен реализм в понимании себя как носителя социальных ролей, качества этих своих ролей, понимание их значения для себя, родных и близких, окружения, общества, правильная самооценка того, какие именно из ролей, реализуемых им в жизни, для него наиболее значимы. Разумеется, что представления о себе должны подкрепляться какими-то действиями, поступками. Учет своих реальных возможностей служит для человека адекватным сдерживающим фактором. Правильное понимание жизни, ее законов, законов существования общества, законов живого организма, самого факта существования рядом с ним других людей и обязательств, накладываемых этим фактом на личность, позволяет человеку выбирать реальные, достижимые ориентиры. На этой основе формируется способность предугадать, предвидеть последствия своих действий, строить свое поведение.

Для наркологов важно понимание механизмов функционирования и развития внутреннего мира индивида, в частности — понимание особенностей, реальностей реального окружения, характера, и направления его воздействия на больного, с одной стороны, и субъективного восприятия этого окружения больным, с другой. В частности, важно предвидеть возможность конфликта формируемого у больного образа жизни с теми реальными требованиями, которые предъявляет к нему окружающая среда. В процессе психотерапевтической работы с больным важно понимать эти вопросы, совместно с самим больным искать конкретные пути их разрешения, отнюдь не умаляя при этом трудности, с которыми ему придется столкнуться в ходе трезвеннической жизни.

Это, естественно, требует достаточного знания того, как данный конкретный больной создает свой внутренний мир, из каких явлений формируются его чувства, переживание своей значимости, смысла жизни. Важно знать, что обычно делает, куда ходит, с кем встречается, что при этом ощущает, что предпринимает для того, чтобы почувствовать полноценность и неполноценность своей жизни. Необходимо понимание индивидуальных особенностей восприятия и переживания своих обязанностей, долга перед семьей, близкими, обществом, особенностей разрешения внутренних против-

речий между потребностями и интересами, существующими у больного. Это требует, в частности, анализа сферы жизнедеятельности, фактически являющейся для больного основой, с которой он связывает понимание смысла своей жизни. Когда человек говорит: «Живу интересами семьи, живу работой», то эта фраза может ни о чем не сказать другому, который не ощутил всю ту гамму чувств, эмоций, интересов, мыслей, которую дает человеку в этих сферах жизни все многообразие жизненных проявлений.

Разумеется, все эти особенности жизни в процессе болезни трансформируются, и образуется своеобразный алкогольный вариант установки личности. Для того чтобы в процессе психотерапевтической работы видоизменить образ жизни больного и превратить в трезвеннический, врачу надо воссоздать процесс жизнедеятельности с наперед заданными свойствами и потом внушать, прививать его больным. Но и это, вероятно, следует особо подчеркнуть — успех ожидает врача лишь в том случае, если он действительно идет «от больного», не навязывает ему внутренне чуждого образа жизни, а за алкогольными наслоениями находит личное, существенно ценное для индивида, но подавленное, нереализуемое при алкогольном стиле жизни, проговаривает с больным возможность воплощения этого личного в трезвеннической ситуации.

Процесс формирования трезвенника из больного, поступившего в стационар на лечение, — явление сложное. Важен этап осознания больным вынужденности поддержания трезвенничества, но само это осознание оказывается эффективным лишь в том случае, если параллельно идет формирование позитивного содержания трезвеннического образа жизни, который сам по себе уже исключил бы алкоголизацию. Важно заложить основу путем обговаривания, разбора с больными трезвеннического образа жизни в сеансе групповой психотерапии в бодрствующем состоянии, а также внушать в сеансах коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии, сделать для больного такой образ жизни не диковинным (как до лечения), а привычным, адаптировать больного к этому эмоционально, интеллектуально, на волевом уровне.

Психотерапевтический процесс внутренней перестройки больного алкоголизмом в трезвенника включает в себя: раз-

рушение алкогольной позиции больного, формирование мотива к трезвенничеству, выработку трезвеннической установки и прививание трезвеннического образа жизни в процессе проведения групповой психотерапии, внушение свойств, содержания психических процессов трезвенника при проведении коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии.

Трезвенник — человек, который безразличен к спиртным напиткам, к процессу их приема; безразличен и равнодушен во всей глубине своих чувств и помыслов; не испытывает никаких положительных переживаний по отношению к ним. Более того, у него могут существовать негативные чувства по отношению к алкоголю, ненависть, понимание его пагубности. По природе употребление спиртного чуждо трезвеннику, и он не стесняется этого, а гордится. *Можно сказать, у трезвенника есть вера в трезвенническое благо. Трезвенник знает «цену» спиртному, алкогольному благу.*

Анализ наблюдений показал, что у людей в период их трезвенничества главной целью служит желание жить полноценной жизнью. *В разных ситуациях он четко осознает, что трезвенничество — это та основа, которая обеспечивает ему нормальную жизнь в обществе,* так как есть алкогольная болезнь и другим путем решать свои проблемы он не может. Трудности же, связанные с тем, что другие не приемлют трезвенничества, для него маловажны: он знает, что с этим, в конце концов, примиряются. Осознание больным этого факта является существенным моментом в процессе превращения его в трезвенника.

Как известно, внешнее поведение человека не раскрывает всей динамики его внутреннего мира. Между тем проникновение в этот внутренний мир, интимный механизм оценки окружающей действительности, формирования восприятия того или иного явления, сопоставления реального и желаемого чрезвычайно важны для врача, который должен предвидеть, как больной сможет отстраниться от того или иного отрицательного фактора в его жизни, компенсировать его чем-то другим, перестраивая на другую ситуацию в будущем и пренебрегая этой, и т. д.

Разумеется, трезвеннику приходится в алкогольных ситуациях выступать в роли отказывающегося, проявлять стойкость, не-

уступчивость. И ему необходимы стимулы, укрепляющие эту неуступчивость, например, желание быть хорошим и заботливым отцом (может отказать себе во многом ради интереса детей, понимает их потребности, нужды). При этом идет сообразная внутренняя работа на уровне сознания и чувств. ***Трезвенник переживает радость, что себе в чем-то отказал, а доставил радость другим, в частности, детям или родителям.*** Одновременно у него формируется представление о себе, как о человеке, имеющем свое мнение, свои ценностные взгляды на явления. ***Он как бы поднимается над ситуационными моментами и мотивирует свое поведение не только ими, а и жизнью в целом.*** Трезвенник чутко реагирует на все изменения, происшедшие в результате его же действий в окружающей действительности. Мало того, ***он прогнозирует свои действия, учитывает возможные результаты своих планируемых действий.*** Например, ситуация покупки арбузов — осень, плохая погода, в одной и той же очереди стоит трезвенник (больной, страдающий алкоголизмом в ремиссии) и впереди его любитель выпить, если не больше (клинически нами не обследовался). Трезвенника не смущала погода, затраченное время, очередь, состояние дискомфорта (которое было у любителя выпить). У него все это компенсировалось чувством радости, которую будут ощущать дома дети оттого, что отец купил арбузы, предоставил возможность поесть их последний раз в этом году. Его согревала мысль о возможности доставить удовольствие другим, он ощущал радость бытия. Напротив, дискомфортные ситуации оказались решающими для любителя выпить, который сначала сходил «погреться» спиртным, а потом и вовсе оставил очередь, найдя собутыльников. Две тактики поведения, два конечных исхода... ***Трезвенник радуется, страдает, испытывает скуку и т. д., но у него нет желания уйти от этих состояний в эйфорию, в алкогольное забытие.***

Трезвенник учитывает диапазон реальных возможностей во всем, в том числе и в эмоциональной сфере, знает предел эмоциональных состояний, не сводит свою жизнь лишь к эмоциональным переживаниям определенного рода, а стремится к простому отдыху, переключается на другие эмоции, на другие их источники. Трезвенник способен формировать свой душевный уют, покой, внутреннюю стабильность, стойкость. Адаптация эмоциональной сферы больных алкоголизмом к

такому уровню функционирования чрезвычайно важна, что и надо делать психотерапевтическими способами.

Стратегическая линия жизни трезвенника рассчитана на реальные ценности в жизни, реальные возможности человека. *Здесь нет желания перенести центр тяжести своей жизни в сферу фантазии, достигаемую и поддерживаемую, в частности, через алкогольную эйфорию.* Жизненная логика трезвенника строится так, чтобы свое внутреннее равновесие поддерживать реальными действиями, поступками, движениями души в трезвом состоянии. Тактика поведения построена на том, чтобы получать «пищу» для своей жизни от реальных вещей, реальной окружающей действительности.

Переживание потребности трезвенником также характеризуется стабильностью. Есть потребность, он ее переживает, страдает, но нет желания избавиться от этого состояния переходом в эйфорию. Для него характерны реальная оценка обстановки, возможность удовлетворить эту потребность в настоящее время, настрой на длительную деятельность по достижению этой потребности. *Он способен отсрочить удовлетворение своей потребности, учитывая особенность обстановки, переключиться на что-нибудь другое.* Потребности он четко подразделяет на реальные, осуществимые и трудно реализуемые. Последние он может компенсировать чем-то другим. Он стремится к реальному самоутверждению, основанному не только на внутренних самоощущениях, но и на учете реальности. Внутреннее состояние у трезвенника четко связано с объективной действительностью. Жизненная активность также черпается в реальной действительности. Нет желания опираться только на свое самочувствие, идти от него. Наоборот, *существует желание идти от действительности к своему состоянию без всякой стимуляции.* Сохранение своего статуса, возможность избежать разочарования, он видит не в уходе от реальности, а в реальных действиях, направленных на ее изменение. Поэтому трезвенник перестает нуждаться в ситуациях, которые носят алкогольный характер, так как ему нет надобности отрешаться от реальности. Наоборот, возникает потребность в ситуациях, где он мог бы себя полностью воплотить в реальные действия, где бы мог удовлетворить свои потребности, но трезвым путем, реально.

Для трезвенника характерно более критичное отношение к своим потребностям. Движение от импульсивного желания к действию опосредуется моментом оценки: «Я хочу поразить кого-то, а зачем? Стоит ли все этого?» и т. д. Поэтому формирование трезвеннического образа жизни тесно связано с воспитанием умения усмирять свои желания, сдерживать себя в некоторых случаях, отказываться от вредного, запретного с развитием чувства ответственности, с преодолением того притупления эмоционального переживания взятых на себя обязанностей, которое характерно для алкоголика.

Для трезвеннического образа жизни важно понятие *желаемого поведения, совпадающего с тем, которое будет способствовать желаемым результатам, то есть воплотить в желаемом факт своего соответствия трезвенничеству*. В то же время человек осуществлял бы свою сущность, свои эмоции, интеллект, волю удовлетворял свои желания. Выработка представления о желаемом поведении тесно связана с конкретизацией своих целей, потребностей на уровне реального бытия, условий их воплощения.

У трезвенника происходит оценка целей по многим параметрам, например, достижение этой или другой цели принесет вред тому-то и тому-то. Для него имеет значение, чтобы пути осуществления целей соответствовали его представлениям о своем достоинстве. Именно этот момент обычно бывает ослаблен или вовсе отсутствует в реальном образе жизни больного.

Трезвенник имеет возможность выбирать наилучший вариант стоящей перед ним проблемы решить ее, нарушая какие-то закономерности своей жизни, своей репутации, интересов родных и близких, учитывая максимум возможных последствий. У трезвенника свой объем понятий, и он оперирует ими, и они во многом отличаются от тех, которые были до лечения.

Следует заметить, что трезвеннические понятия, через которые он видит мир, также как понятие собственного достоинства, самоуважения в корне отличаются от соответствующих понятий алкоголиков и прежде всего связаны с реальностью. У трезвенника и своеобразный запас слов, связанный с понятием своего «Я» и его отношениями с окружающей действительностью. Понятия собственного досто-

инства имеют определенные особенности в отношениях с родными, близкими, знакомыми, которые порождают определенные чувства, мысли. Есть определенная ясность и четкость в оценке внешних явлений.

У трезвенника масса понятий и значений, которые являются эквивалентами его отношений с реальной действительностью. Эти понятия и значения составляют как бы его модель внешнего мира. При этом их многообразие делает эту модель достаточно подвижной, гибкой, приспособленной к изменениям реальной жизни. Напротив, для больных характерны субъективные штампы оценки действительности, малоподвижные в силу того, что критерий их адекватности реальному положению дел ослаблен: они строятся прежде всего на алкогольных потребностях, на оценке всего с алкогольной позиции.

Отсюда представления о том или ином общечеловеческом качестве, характер оценки реальных явлений у больного в его болезни деформированы. «Трехмерность», богатство, полифония человеческого отношения к миру сведены у него к плоскостной модели, в которой господствует единственный тон — алкогольный. Так, в представлении о равнодушии и эгоизме у трезвенника на первом месте стоят интересы детей, родных и близких, а не посторонних людей, как у больных (у которых собутыльники на первом месте). Для больных эгоизм — это когда кто-то не посчитался с его интересами, а учел интересы своей семьи, и т. д.

У больных понятие радости, ощущения веселья, праздности связано с употреблением спиртного; здесь нет места для других вариантов веселья, радости. Кто хочет препятствовать им в выпивке, тот в прямом смысле слова хочет отобрать у них солнце, веселье, радость, все светлое. И такой человек подразумевается как враг не только их дальнейшей алкоголизации, но и их веселья, радости. У больных нет понятия, что можно радоваться по-другому, без спиртного.

Если у больного выработка понятия о нормальном образе жизни определяется его страстью, возможностью удовлетворять себя в спиртном, то в соответствующих представлениях трезвенника может отразиться и отражается все многообразие человеческих отношений. Это особенно рельефно раскрывается в процессе общения. Трезвенник реально оце-

нивает в процессе общения, чего хотят другие. Он видит в процессе общения с женой, что она с точки зрения общечеловеческих понятий, позиций хочет ему добра, заботится о его чести. Он реально ориентируется в ее переживаниях, чувствах, стремлениях. Напротив, больной строит общение, оценку всего с другой позиции, со своих однозначных понятий чести, долга и т.д.

У трезвенника в общении проявляется чувствительность к чаяниям других людей, их потребностям, активность жизненной позиции. Последняя строится с учетом общечеловеческих понятий, восприятия реальной обстановки, с учетом позиций других людей, мнения большинства людей, общечеловеческих ценностей. Трезвенник учитывает реакцию окружения на тот или иной тип общения, и его поведение зависит от прогноза результатов общения (нападение на взгляды, позиции другого, вызов на спор; выяснение других позиций по данному вопросу и демонстрация своих; выражение уважения к другому). Общение трезвенника (то есть больного, у которого после лечения изменился внутренний мир на трезвеннический лад) с больным алкоголизмом, не желающим лечиться, идет в определенном русле. Трезвенник знает, с кем имеет дело, и готов к некоторым нападкам, давлению, насмешкам, он внутренне уверен в своей правоте, в чем-то снисходителен, знает, что является пороком, дает понять другим свою непоколебимость, стойкость, проявляет свои человеческие качества, за что его рано или поздно больной начинает уважать (хотя и с оттенком иронии). При таком отношении больной чувствует свое бессилие, слабость позиции.

Отрицательные манеры поведения, которые воспринимаются окружением как открытый вызов и т. д., у трезвенника фактически отсутствуют, *он старается своим трезвенничеством других не шокировать*, не привлекать лишнего внимания. Общение — в противоположность алкогольному монологу — носит характер активного, двустороннего общения (учет не только своей позиции, потребностей, но и позиции других, их чувства, отношения к обсуждаемым явлениям).

Трезвенник способен быстрее понять свои ошибки, природе неудач, причины плохого настроения. Напротив, отсутствие пластичности в алкогольном стиле жизни, его уста-

новка на стереотипность побуждают алкоголика переносить, вымещать свои недочеты, неудачи на других, мешает видеть реальные причины этих явлений.

У трезвенника общение глубоко лично в семье, с друзьями, товарищами по работе. У больного глубоко личностное общение происходит в состоянии опьянения, а в трезвом в любых ситуациях и сферах общение носит формальный характер.

Учитывая реальные возможности своей эмоциональной сферы, трезвенник обычно знает предел эмоциональных проявлений, учитывает в своих претензиях к себе факты подъема эмоциональных переживаний и их спада. Состояния скуки, апатии, усталости, нервности он снимает адекватным способом, стремится быть адекватным в чувственных потребностях, переживаниях. Чувства, чувственные переживания, состояния для него не самоцель, не сверхценная задача, и поэтому он не стремится к их суррогатам (приятным субъективным эмоциональным состояниям, не отвечающим действительности). Трезвенник ценит связь эмоций с реальным положением дел. У больного, наоборот, внутреннее состояние, даже если оно в корне не соответствует действительности, приобретает самодовлеющий характер. У трезвенника восприятие окружающего, общение с самим собой, воспоминание вызывают эмоции. У больного часто, напротив, сначала искусственным путем формируется эмоциональный настрой, а потом, исходя из этого состояния, «окрашивается» соответствующими переживаниями действительность. Трезвенник культивирует в состоянии отрицательных эмоций проявление у себя стойкости, мужества, выносливости, умение перетерпеть и в дальнейшем исправить дело, отказаться от чего-то вообще в пользу другого, тогда как больной уходит от этого всего в состояние опьянения. Трезвенник эмоционально настраивается соответственно перед каждым событием, знает установки других людей, как они их реализуют, дает им оценку со своей точки зрения. Чувственный опыт трезвенника дает ему выдержку, терпение в любой ситуации, сдерживает сиюминутный эмоциональный порыв. Он пережил эмоционально проявления у себя выдержки, терпения, стойкости и оценил, что это наилучший способ действия в некоторых ситуациях, пережил радость победы над самим

собой, увидел в этом зрелость. Эти эмоциональные и волевые проявления стали чувствами самоутверждения себя над обстоятельствами, в них он идентифицирует свое чувство собственного достоинства и т. д.

Управление своими эмоциональными состояниями, переживаниями трезвенник совершает путем переключения восприятий, воспоминаний, своей деятельностью, волевыми усилиями. При невозможности изменить какие-то сильные переживания он переживает, страдает, осознавая необходимость этого, проявляет терпение.

Есть определенные явления, переживания, к которым трезвенник равнодушен, спокоен (например, процесс выпивок, пьяное общение, «пьяное благо»). Переживания близких людей (жены, детей, родителей) вызывают у него печаль, он не может эгоистически удовлетворить свои потребности в чем-то так, чтобы от этого страдали его родные и близкие. Напротив, больной ради своих ощущений, своего чувственного состояния готов причинить неприятные переживания другим. Все эти вышеуказанные свойства трезвенника важно прививать в процессе коллективно-групповой психотерапии, внушать в состоянии гипноза.

Большую роль в становлении трезвенничества играют ситуации, являющиеся, так сказать, ключевыми для формирования образа жизни людей. Поэтому постоянное внимание к ним важно для наркологов. Важно акцентировать внимание больных на данном явлении.

Например, ситуация окончания работы: у трезвенника это связано с мыслью о том, как он придет домой, о встрече с семьей, о домашнем уюте и комфорте, о занятии своими увлечениями, о радости общения, отдыха и т. д. Все это — в противоположность больным, которые думают о своем своеобразном самочувствии, самоощущении, испытывают потребность поправить его с помощью спиртного, желание вновь ощутить опьянение, пережить удовольствие общения в нем.

Здесь важно различать ситуации, с которыми человек встречается повседневно, ситуации, к которым его вынуждают обстоятельства и которые он создает и формирует сам.

Трезвенник стремится к ситуациям, в которых он сам себя воплощает как человек, где он получает настоящую радость

общения, удовлетворяет свои эмоциональные потребности. В противоположность этому больной ищет алкогольные ситуации, где он мог бы реализовать себя в состоянии опьянения, свое алкогольное кредо.

Ситуации всегда являются этапом к определенным целям, поэтому трезвенник стремится к ситуации, которая приближает его к цели, удовлетворяет его трезвеннические потребности. Так что, с одной стороны, трезвенник стремится к определенным ситуациям в своей деятельности, но, с другой, деятельность является решением каких-то ситуаций. В этой взаимосвязи целенаправленной деятельности и ситуаций трезвенник действует в сторону трезвеннического поведения, удовлетворения потребностей, ценностей трезвеннического характера.

Совершенно ясно, что одна и та же жизненная ситуация отражается по-разному на внутреннем мире разных людей в зависимости от их жизненных позиций, установок, мировоззрения. С точки зрения поведения в ситуации важно оценивать любую из них и как систему ценностей и отношений, то есть ситуация с точки зрения того, что она значит для человека, что в ней можно реализовать (какие потребности, ценности, эмоции, интересы), что значат для человека те люди, которые в ней участвуют.

Результат взаимодействия ситуации с личностными образованиями (ценности, значения, потребности, пути самоутверждения и т. д.) определяет характер реакции на ситуации, которые встречаются в жизни. Трезвенник руководствуется в своих действиях не только своими потребностями, но и учитывает ситуации, которые возникнут в результате этих действий, притом не только ближайшие, но и отдаленные. Он проявляет во всем этом ответственность за свои действия перед близкими, обществом.

Представления будущих ситуаций как последствий его же действий порождают у трезвенника соответствующие переживания, возбуждают побудительные тенденции, ставят новые цели, перестраивают мотивационные тенденции, которые соответствующим образом влияют на теперешние чувства, влечения, побуждения, корригируют их. В противовес этому больные не прогнозируют отдаленные ситуации

как последствия своих действий, берут в расчет только сиюминутные желания, мелочные переживания, преимущества, «выигрыши».

Разумеется, с определенным процентом условности, можно сказать, что жизнь складывается из определенного ряда ситуаций. Важен анализ их детальности, внешней среды и явлений разных ситуаций, а также имитирование ситуаций у трезвенника за день, разные дни, периоды года, жизненный цикл, а также анализ того, каким образом трезвенник рассматривает отдельные элементы ситуации для принятия решений и какие опускает, личный опыт в них (например, выигрыш или проигрыш любимой команды). Как трезвенник и как больной видят ситуацию и себя со своими переживаниями в ней? Важно знать особенности закрепления за отдельными элементами ситуаций определенных эмоциональных переживаний.

Ситуаций, встречающихся в жизни человека вообще, и трезвенника в частности, множество. Мы только укажем на некоторые. Например, встречи — случайные, формальные, неформальные (разговор по душам, важные, глубокие личностные взаимодействия), встречи дома, на работе, в общественных местах.

Поведение в ситуации зависит от объективных особенностей ее участников, действующих лиц: например, компания из больного и его жены и трезвенника и его жены. Трезвенник воспринимает эту ситуацию реально, понимает, что любители спиртного могут даже над ними смеяться, подшучивать. Но он в то же время понимает, что их ценностные суждения, идеалы чужды ему. Он понимает этот факт и готов к тому, что кто-то даже из женщин может подшутить над ним, но он выше этой ситуации, знает, что он не унижен в жизни, а эта ситуация — мимолетное явление. Трезвенник поднимается в своем восприятии мира выше таких ситуаций, как бы выделяет себя из них, не связывает их с существенными сторонами своей жизни, с реализацией того, в чем он видит подлинные ценности своего существования.

Трезвенник в ситуациях в зависимости от их характера ставит определенные цели, меняет их, если это угрожает его статусу. У него свой механизм включения в ситуацию — он в нее включается так, чтобы вовлечь себя с желаемой сторо-

ны и не допустить включения себя с нежелаемой. Он не допускает взаимодействия своих престижных функций с теми явлениями, которые уведут его от жизненных установок. Трезвенник выделяет при этом в ситуации те условия, обстоятельства, особенности, которые важны для него, для тех задач, которые он поставил перед собой. Он допускает и ясно осознает те случаи взаимодействия в ситуациях, когда другие действуют с позиции иных ценностей, престижных понятий, а он — со своих. При этом он поддерживает общепринятый в данной микросреде эмоциональный уровень общения и наиболее общие штрихи ситуации.

У каждого человека независимо от типа личности есть сфера, где он проявляет эмоциональную устойчивость, стабильность, даже твердость характера, независимость в мыслях, критичность. Так, становясь трезвенником, человек формирует все эти качества именно в этой области. Разумеется, учитывая реальность, трезвенник часто во многих ситуациях ставит своей целью удержать трезвеннический статус взамен каких-то ситуационных мимолетных целей. Создаваемый масштаб побуждения также преследует цель поддержки трезвеннического образа жизни, актуализирует соответствующие установки (чувство долга как отца, сына, мужа, ответственность перед родными и близкими и т. д.).

Усвоенные способы поведения позволяют трезвеннику вести соответствующий образ жизни. Он проявляет настойчивость, решительность, целеустремленность, тогда как больной эти особенности проявляет при достижении цели потребления спиртных напитков. Трезвенник иногда в алкогольных ситуациях воспринимает чувство угрозы, которое только мобилизует жизненный опыт, память, мышление. Оно вызывает защитные действия преодоления этой ситуации, защитные реакции.

Вопрос решения каких-то проблем, возникновения действий — явление сложное, оно играет большую роль в жизни человека и трезвенника, в частности. Принятие решения в новых ситуациях, на стадии перемен, перестройки носит развернутый характер. В обычных повседневных ситуациях оно носит сжатый, автоматизированный, слабо осознаваемый характер. Но все-таки у трезвенника в алкогольных

ситуациях в той или иной степени осознается множество вариантов реакций, действий в данной ситуации, которые ему обеспечит трезвенничество. У трезвенника волевые действия проявляются в алкогольных ситуациях, где на него влияют люди с алкогольными наклонностями. У него цель волевых действий — поддержание своего трезвенничества, тогда как больной проявляет волевые действия с целью употребления спиртных напитков. Внутренними стимулами у трезвенника служат чувство стыда, совести, должностного по отношению к родным и близким, обществу, желание доставить своим родным и близким удовольствие, радость и от этого получать самому радость. У трезвенников высокий сознательно-волевой уровень регуляции своего поведения.

У трезвенника существуют соответствующего характера внутренние инструкции, самоприказы, происходит их четкая взаимосвязь с соответствующими эмоциями, чувством. Он настраивает себя на соответствующие представления, мысли, чувства, которые дают толчок его волевой деятельности (например, представление страданий родных, когда он выпьет), тогда как у больного от этих представлений если и возникают соответствующие чувства (вызванные чаще влиянием других), то они вытесняются, пренебрегаются, низводятся.

В процессе прививания, формирования трезвенничества, превращения образа трезвенника во внутреннюю сущность больного важно не морализовать и не идеализировать. Наоборот, надо показать этот образ, его формирование не как достижение образа идеального человека, что нередко вызывает внутреннюю оппозицию больных алкоголизмом, так как выходит за рамки чисто наркологической компетенции. В процессе осуществления этой работы необходимо показывать в первую очередь этот образ как оптимальный способ жизнедеятельности в его ситуации, когда присутствует болезнь — алкоголизм. Следует показывать оптимальный вариант регуляции жизнедеятельности больного алкоголизмом, к каким факторам он должен относиться серьезно, что и какие факторы в его случае определяют его же положение в микросреде, обществе, способствуют его нормальной жизни. С чем нельзя шутить, а относиться только серьезно, какие мотивы своей деятельности нужно формировать, какого характера они должны быть, что-

бы он жил трезво, полноценно и интересно. Где нужно программировать проявления чувства гордости, в каких ситуациях, а где — чувство позора, стыда, душевного страдания и т. д.

Ведь эти факторы определяют поведение человека, и мы должны вмешиваться на этих уровнях, если хотим изменить в какой-то степени больного алкоголизмом человека и сделать его более адекватным для его жизненной ситуации.

Трезвенническая установка, которая сформирована у больных в процессе лечения, порождает определенные тенденции, переживания, мысли, состояния, которые выражаются:

- в отсутствии влечения к спиртным напиткам;
- в осознанности вреда приема спиртных напитков, убежденности в этом;
- в чувстве ненужности для себя состояния опьянения, соответствующем пониманию сущности жизни выше состояния опьянения;
- в твердой уверенности в том, что без спиртного можно прожить;
- в большой цене трезвеннического состояния;
- в желании реализовать себя, самоутверждать в трезвом состоянии;
- в презирании алкогольного «блага», алкогольного мировосприятия действительности;
- в отсутствии тенденции подменить реальное восприятие действительности и себя нетрезвым, хотя бы на некоторое время;
- в стремлении держаться реальной жизни, опираться на трезвое состояние, на трезвую деятельность своей психики, которые наиболее вероятно определяют реальное положение дел;
- в потребности воспринимать действительность такой, какая она есть, особом восприятии реального бытия, его проявлений, понимании его, даже наслаждении им;
- в наслаждении реальностью, понимании процесса своей жизни, жизни других людей, своей семьи, окружения, человеческого рода. Если и начинается исподволь просыпаться временами влечение к спиртному, то оно тут же вытормаживается трезвенническими представлениями, соответствующими ценностными образованиями.

Нет стремления быть заодно с другими в вопросе выпивок, трезвенники понимают, чувствуют, что отсутствие только в этом вопросе единомышления не означает чуждость во всем. В остальном они чувствуют сходство, не придают этому различию большого значения. Трезвенничество ведь не определяет факт его изоляции, бегства от людей.

Осознанное вытормаживание подражательных тенденций в отношениях выпивок, подавление их волевыми усилиями.

Внутренне трезвенник не считает выпивку тем явлением, которое определяет, придает вес человеку на престижном уровне, не считает, что, если он не пьет, это его роняет, создает ему плохую репутацию.

Факт потребления спиртных напитков другими не вызывает у него чувства зависти, соперничества с ними. Он не считает, что если он не пьет, а другие пьют, то он проигрывает им в чем-то в жизни.

Чувство общепринятости потребления спиртных напитков, которое нередко существует в его окружении, не является аргументом для него в вопросе приема спиртных напитков.

Во всех жизненных ситуациях актуализируются трезвеннические пути удовлетворения его потребностей, трезвеннические типы самоутверждения.

Трезвенническое состояние способствует тому, что многое из окружения имеет определенный личностный смысл, значимость, является дорогим, близким. Жизнедеятельность в трезвом состоянии порождает особое чувство жизни.

Трезвенническая установка не порождает желания уйти от переживаний, душевных мук через опьянение. Прием спиртных напитков, состояние опьянения не входит в его «Я», в его понятие самого себя.

Нет чувства неловкости оттого, что он не пьет, состояние трезвости в алкогольных обстановках не порождает ощущения, что «оделся не по сезону».

Нет чувства личной обязанности перед другими в вопросе выпивки, чувства долга перед ними.

Нет помыслов, желания достичь возвышенных чувств, мыслей, душевных порывов алкогольным путем.

Нет желания удовлетворить свои чувственные потребности, в том числе и сексуальные, на фоне алкоголизации.

Престижная группа, существующая в реальности или только в воображении, не санкционирует употребление спиртного.

Чувство того, что выпивка — не преступление, чувство в какой-то мере безнаказанности, отсутствие санкций не порождают желания выпить, так же как и в других делах (нет санкций против каких-то дел, но это еще не значит, что их обязательно надо делать). Сформировано особое чувство принуждения вести себя трезвенническим образом, своеобразная осознанная необходимость.

Трезвенническая установка находится в синергизме с установкой на поддержание чувства собственного достоинства, особый синергизм трезвеннической установки — на счастье, хорошую жизнь, так как сформированы соответствующие понятия о хорошей жизни, счастье.

Образ трезвенника является тем, к чему надо адаптировать больных, делать для них такую жизнь привычной, возможным и допустимым образом жизни, что надо прививать. Поэтому важно внедрять в больных образ трезвенника как в индивидуальной психотерапевтической работе, так и в групповой психотерапии. Особенно важно включать во внушения содержание образа трезвенника при проведении гипнотерапии, самовнушения при АТ, когнитивной психотерапии, психосинтеза, ролевых тренировок и т. д.

Описание внутреннего мира трезвенника важно для практического врача, так как является ориентиром в его повседневной работе, делает цель лечения более наглядной, детализированной, зримой. Она дает врачу возможность корректировать работу с каждым больным в стационаре, преследуя более зримые и наглядные цели, увидеть в процессе этой работы возможность больного в своем поведении после выхода из стационара вписаться в этот образ трезвенника.

Разумеется, что образ трезвенника у каждого конкретного больного строго индивидуален. Важно учитывать особенности и нюансы трезвенника в зависимости от типа личности. Описание трезвеннического образа жизни дает возможность провести анализ жизнедеятельности у каждого больного по всем параметрам, определить характер компенсации жизнедеятельности на трезвенническом уровне взамен тому, который реализовался у больного в состоянии опьянения до лечения.

4. Дифференцированная психотерапия в зависимости от типологических свойств личности больного

1. Психотерапия больных с эпилептоидным типом личности

И.В.Струльчук (1973) описал деградацию личности у больных алкоголизмом по психопатоподобному типу. А.А.Портнов и И.Н.Пятницкая (1973) приводят подробное описание изменения личности по эксплозивному типу, соответствующих в значительной степени эпилептоидному типу алкоголика.

Больные этой группы были очень активные, односторонне, напряженно деятельные, настойчивые и даже упрямые. Та или другая мысль надолго застревала в их сознании, изредка как бы перерастала в сверхценную идею. Им было свойственно большое себялюбие, эгоизм, чрезвычайная требовательность к другим и нежелание считаться с чьими бы то ни было интересами, кроме собственных. Они постоянно фиксировали свое внимание на всем плохом, постоянно критиковали всех, были педантичны, любили порядок, особенно настойчиво требовали его от других. В семье устраивали скандалы из-за не вовремя поданного обеда. Больные обнаруживали черты повышенной раздражительности или страдали приступами расстройства настроения. Они требовали покорности и подчинения, но в то же время не выносили повелительного тона, пренебрежительного отношения к себе, замечаний. Их аффекты были лишены богатства оттенков и определялись в большинстве случаев агрессивностью. Чувство симпатии и сострадания, способность вчувствоваться в чужие переживания были у них выражены слабо. Мышление носило характер обстоятельности, излишней детализированности.

В состоянии опьянения больные «не теряли голову». В этом состоянии они предавались веселью, наслаждались жизнью. В состоянии опьянения еще больше проявлялась такая черта их личности, как стремление поучать, высмеивать других. Шесть больных были даже подозрительными, могли усмотреть в какой-то реплике своей жены или ее улыбке намек кому-то, выражение тайного, скрытого чувства. Во фра-

зе, обращенной к ним, нередко усматривали оскорбление. В то же время сами не отличались особой щепетильностью.

Защитная тошнотно-рвотная реакция на передозировку спиртного с самого начала злоупотребления алкоголизмом у большинства больных была слабо выражена.

Начальный этап алкоголизма, то есть становление симптома потери контроля над количеством потребления алкоголя, в некоторых ситуациях позволял больным мобилизоваться и временно преодолевать вторичное патологическое влечение к алкоголю «дабы не скомпрометировать себя». Впоследствии больные с большим удовольствием апеллировали к этим случаям, доказывая, что «пьют в меру и потребление алкоголя у них контролируемое».

Становление абстинентного синдрома у больных происходило спустя год после возникновения потери самоконтроля, тогда как в других группах прослеживалась тенденция почти одновременного становления этих симптомов.

В картине абстинентного синдрома преобладали дисфоричная окраска настроения, подозрительность, идеи отношения («плохо к нему относятся, даже родные и близкие хотят ему зла, радуются его неприятностям»).

Вегетативный компонент абстинентного синдрома был выражен слабо. Следует отметить, что больные не отличались ипохондрическими переживаниями. Нарушения функций кишечного-желудочного тракта они объясняли некачественной пищей, иногда обвиняя в этом жену, а повышение артериального давления, тахикардии — перегруженностью на работе.

У больных данной группы следует отметить относительно менее злокачественный тип течения алкоголизма по сравнению с больными второй группы. Так, заболевание сформировалось после 30 лет у 17 из 31 больного, хотя начало систематического злоупотребления алкоголем такое же, как и у второй группы больных. Длительность заболевания в момент поступления в стационар превышала 4 года у 22 больных из 31 больного данной группы.

Больные отличались высокой толерантностью к алкоголю, за исключением трех больных, перенесших в прошлом черепно-мозговую травму.

Особенности состояний опьянения и абстинентных про-

явлений делали их «тяжелыми людьми» для членов семьи, близких людей. В дальнейшем общение с ними было затруднено и вне этих состояний вследствие заострения их психологических личностных особенностей.

Алкогольная астения вначале вносила в их личностные особенности еще больше раздражительности, вспыльчивости, но в дальнейшем, на более поздних этапах заболевания, резко выраженная астения делала их «добрее». Члены семьи замечали: «В глазах еще злость, а внешне уже успокоился, сел, расслабился, стал более отходчив». Таким образом, своеобразное «добродушие» больных, видимо, определялось в первую очередь за счет нарастающей астенизации.

У 5 больных данной группы с выраженным чувством долга, с положительной социальной направленностью поведения долго не наступала декомпенсация в обществе, но развитие истинных запоев часто приводило их к декомпенсации в обществе.

С больными с эпилептоидным складом личности не всегда было легко установить психотерапевтический контакт. Это зависело от уровня их положительной социальной направленности или имеющихся асоциальных тенденций. Уже при первом знакомстве с больным, собирании анамнеза необходимо было показать уважение врача. При этом не следовало прямо отрицать «неправоту» больного, так как это только закрепляло в сознании больных убеждение, что и к врачу следует проявлять недоверие. Постоянно и терпеливо больному раскрывались все последствия, к которым приводило употребление им спиртных напитков. Если больной воспринимал врачебное воздействие негативно, то целесообразно было, используя данные анамнеза, показать его реальное положение в обществе, семье, его «скрытое» (как он думает) нежелание лечиться, перестроить себя на трезвеннический лад. Сообщалось об этом и родственникам. У четверых больных такой тактикой удалось вызвать желание сотрудничать, хотя далеко не всегда (у 2 больных), истинное желание лечиться. Но, используя это сотрудничество, отсутствие у больного внешнего негативизма к лечению, иногда удавалось сменить алкогольную позицию на трезвенническую.

Как показал анализ результатов лечения больных данной

группы, не используя этот прием, больной часто оставался интактным к психотерапевтическому воздействию, направленному на выработку трезвеннической установки. Подчеркивались также положительные качества больного, как стойкость, постоянство взглядов, желаний, но обращалось внимания на то, что в данной ситуации, в данном положении эти свойства играют отрицательную роль, и надо с помощью врача преодолевать его отрицательную алкогольную позицию.

Действенным оказался такой методический прием, при котором больному показывалось, что алкоголизм у него довольно «банальный, типичный» случай. Постоянно прививалась мысль о том, что как врачи, так и окружающие люди судят о человеке по его делам, по поступкам и результатам его действия, а не по тому, как он себя старается показать.

Необходимо было стремиться привить больному желание научиться судить о себе по своим реальным действиям. С этих позиций полезным оказывается проведение анализа с больным истории его жизни. Мы разбирали, в частности, такие вопросы, как: 1) каким он себя считает; 2) каким его считают другие; 3) каков он на самом деле. С целью коррекции самооценки больного до уровня реальной самооценки целесообразным оказалось показывать, что алкоголизм способствует исчезновению способности критически оценивать себя.

Как показали исследователи, не следует представлять больному только факт страдания и мук родственников, а для повышения эффективности воздействия на больного надо подчеркивать, что по его отношениям к родственникам судят о нем самом и его плохое отношение к ним только ставит его в невыгодное положение, негативно влияет на его репутацию.

Перед сеансом групповой психотерапии больному давали индивидуальное задание выработать у себя способность прислушиваться к высказываниям и мнениям других больных, стремление понять их, уметь видеть в высказываниях других рациональное зерно.

Эффективность сеансов эмоционально-стрессовой гипнотерапии повышалась, если, обращая мотивированное внимание к больным данной группы, сначала кратко охарактеризовывались их положительные личностные особенности, тем самым подчеркнув, что все это адресуется именно им, и

переходили к внушениям корректирующего, воспитывающего плана, апеллировали к их чувству собственного достоинства, самолюбию. Например: «Вы обладаете постоянством взглядов, желаний, стремлений, но ваше не критическое отношение к себе, к своему пьянству, поступкам...»

Внушения, адресованные больным данной группы, были более действенными, если носили выраженный характер доказательности, логичности, а выводы из этих внушений были насыщено эмоциональными.

У 25 больных данной группы тошнотно-рвотная реакция вырабатывалась медленнее, чем, например, у больных с инфантильным личностным рисунком, но в сравнении с последними отличалась более выраженной стабильностью. Среди больных с эпилептоидным складом характера нередко встречались больные, у которых отрицательная реакция на алкоголь была не выражена и на 5—6 сеансах. В таких случаях важно было в индивидуальной беседе успокоить их, указать на то, что, хотя реакция вырабатывается медленно, она отличается стойкостью.

Индивидуальная и групповая психотерапия, коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия создавали условия для становления глубокой трезвеннической установки у больных данной группы. Достижение ее — одна из самых сложных задач лечения, так как у больных слабо развита конформность.

Анализ ремиссии больных данной группы подтверждает это положение. Так прослеживается самая высокая разница в продолжительности ремиссий у разных больных этой группы (у 11 — не более 2 месяцев и у 10 больных — более года). Это объясняется, вероятно, в частности и тем, что у 11 из этих больных не была достигнута трезвенническая установка.

Сказанное иллюстрируется приводимой ниже историей болезни.

Наблюдение № 1.

Больной Д., 1946 г. рождения, образование незаконченное высшее, инженер в проектно-институте.

Среди родителей, родственников нет душевнобольных, людей со странностями, чудаков. Родители употребляли спиртные напитки в небольшом количестве только в праздничные дни.

Мать — добрая, мягкая, уступчивая, заботливая. В жизни активная, энергичная, всегда приходила на помощь сыну в разрешении возникших у него трудностей. Преподаватель средней школы.

Отец — строгий, требовательный, педантичный. К сыну всегда был снисходительным, ласковым. Экономист.

Больной родился вторым ребенком, беременность протекала нормально, роды в срок, без особенностей. Матери в это время исполнилось 25 лет, отцу — 27. Вскармливался естественно. Вовремя стал держать головку, сидеть, ходить. Перенес в детстве корь, в 11 лет — болезнь Боткина. Воспитывался матерью и бабушкой, которые никогда не оставляли его одного, играли с ним.

В школу пошел с 7 лет, учился хорошо. Любимые предметы в школе — математика, химия. Активно занимался в школьном математическом кружке, был участником городской математической олимпиады. Увлекался спортом: лыжами, коньками, пятиборьем. Имел первый разряд по плаванию.

Читать художественную литературу не любил, если читал, то приключенческую, детективы. Любил читать популярную литературу по технике. Коллекционировал марки с целью быть обладателем чего-то редкостного. В доме была собака, любил с ней гулять, но ухаживать за ней в домашних условиях не любил. Участвовал в соревнованиях, так как это льстило его самолюбию.

Родители в юности баловали его, покупали дорогие вещи, не по возрасту. Учился не в той школе, где работала мать, но всегда чувствовал внимание, опеку учителей, видимо, по просьбе матери. Окончил среднюю школу и поступил в МВТУ им. Баумана на машиностроительный факультет.

Студенческая жизнь, невозможность для родителей контролировать его занятия — был предоставлен сам себе в посещении лекций — «испортили» его учебу. В ущерб занятиям посещал кинотеатры, вечеринки. На втором курсе в связи с большими задолженностями и подходящим «объективным» поводом (аппендэктомия) больной взял академический отпуск.

По характеру спокойный. Среди сверстников не верховодил, но и не подчинялся. «Был трезвым наблюдателем: чем это все кончится, кто пострадает, кому достанется, кто совершит проступок». Настроение преобладает хорошее, «из терпения вывести трудно», хотя часто внутри страсти бушевали, внешне это больной не проявлял. Он даже гордился этим, считая, что такой тактикой он достигает всегда своего, всегда останется победителем. Часто в таких ситуациях отец говорил больному: «С тобой бесполезно беседовать, я выхожу из себя, а ты сидишь спокойно». В то же время иногда так настаивал на своем, что люди начинали терять терпение. Любил, чтобы окружающие знали его точку зрения. Критика и замечания по его адресу очень обижали его, оскорбляли его. Часто не уступал в чем-либо из-за принципа.

Временами испытывал некоторую неприязнь, злую раздражительность к членам своей семьи (особенно, если его заденут), но чаще относился к близким хорошо, любил их.

Педантичный, с детства любил порядок. Беспорядок раздражал его. Требователен к другим, снисходителен к себе. Выводил из себя не поданный вовремя обед, из-за этого были скандалы. Придавал особое значение приему пищи, гурман. Имел свои изысканные блюда, но готовить пищу не любил. Доставляло удовольствие тонко шутить над другими, но не во вред себе, любил похвастаться. Не допускал шуток над собой. Всегда уверен в себе, решителен. Не мнителен, не стеснителен, не свойственны ему и сомнения. Не осуждал тех, кто стремился взять от жизни все, что можно.

Любил детально, в подробности знать изучаемые им вещи, поверхностность не свойственна. Ему трудно отложить начатое дело, даже ненадолго. Раздражался, если отвлекали его, когда он занят работой. Любил «властвовать без угроз, властвование приносило ему внутреннее удовлетворение собой».

Настойчив, упрям, эмоции стойкие и глубокие. Несмотря на выработанное с детства умение внешне быть сдержанным, бывали сильные аффективные состояния. В жизни преобладают «стремления к удобству и уюту, склонен к роскоши». Любил иметь дорогие вещи. Прилагал к этому большие усилия и усердие, чтобы с помощью родителей приобрести их. Любил быть оригинальным в поведении, в одежде. Никогда не сквернословил, хотя часто внутренне хотелось выругаться. Подозрителен. Если ему делали приятное, то обычно интересовался, что за этим скрывается.

Ленив, любил поспать утром подольше и понежиться в постели.

Половое чувство повышенное. Легко вступал в половые связи, сластолюбив. Женился в 20 лет. Семья не была обузой. Желел ревновать. «Жене в трезвом виде не изменял». К супруге был требователен. Имеет дочь. Сейчас в разводе. Считает, что «жена виновата в его пьянстве, она его спаивала».

В 1967 году перенес черепно-мозговую травму (удар по голове) с кратковременной потерей сознания, находился в больнице 10 дней. Но выраженных патологических изменений личности, которые возможно связать с перенесенной травмой головы, не отмечалось.

Жалоб на головную боль и т. п. не было. После академического отпуска перевелся в другой институт на вечерний факультет, где учился в момент лечения.

Анамнез заболевания. Познакомился с алкоголем в 15 лет. Выпил с ребятами водки. Была тошнота, рвота, сильные головные боли и до выпускного вечера спиртных напитков в рот не брал.

Злоупотреблять начал во время учебы в институте. Посещал вечеринки с обильными выпивками. Сперва тошнило, возникала рвота от спиртного, но постепенно «адаптировался» и стал «эталон» в выпивке для других.

Мольба, просьбы родителей не имели успеха, больной в карманных деньгах был независим от них и тратил всю стипендию на спиртное. Особенно стал сильно злоупотреблять спиртными напитками, находясь в академическом отпуске. После женитьбы постоянно с супругой устраивали у себя вечеринки для товарищей и подруг. В 1968 году в семье возникли ссоры на той почве, что больной стал напиваться до невменяемости. Сам

больной начал отмечать у себя, что после первой дозы возникает жажда к спиртным напиткам, но не видел в этом ничего плохого. Считал себя любителем спиртного, гордился тем, что мог выпить много, до 500 г водки, и быть только во хмелю. Видел в этом свое превосходство перед другими.

С 1968 года после обильных выпивок плохое самочувствие снималось небольшим количеством принятого спиртного, чего не было раньше, хотя по совету других он и раньше пробовал опохмеляться. В состоянии похмелья дисфоричен, злобен. Палимпсесты с 1970 года. Толерантность увеличилась до 750 г водки или 4-5 бутылок вина. Пил 2-3 дня подряд в неделю, обычно в выходные дни. Утром перед выходом на работу «выхаживался» кофе, приемом душа, чередуя горячую и холодную воду. На лечение поступил по собственной инициативе, так как решил окончить институт, а спиртные напитки мешали.

Психический статус. В кабинет врача входил уверенно, с улыбкой на лице, делал вид, что стесняется. Одет был аккуратно, тщательно причесан. Ориентирован в месте, времени и в самом себе. Жалоб не предъявлял. Высказывал желание лечиться, так как нужно было покончить с пьянством и окончить институт. Винит в пьянстве свою бывшую супругу, так как она его якобы спаивала, являясь любительницей спиртного. Свою вину преуменьшал, ставил на первое место обстоятельства, не зависящие от него. Рассказывая о выпивках, вечеринках, устраиваемых с первой супругой, увлекался рассказом, глаза блестели, появлялись глотательные движения. Возражения врача выслушивал не перебивая, но по мимике лица видно, что не соглашался, а, наоборот, возмущался этими высказываниями. Производил впечатление человека, довольного своей жизнью, самим собой. При указании на его положительные черты характера, математические способности, достижения в спорте на лице появлялась слащавая улыбка самолюбования. Упоминания о том, что его сверстники давно уже окончили институт, расстраивало его, но ненадолго. Избегал самобичевания.

Неврологически: без очаговой симптоматики.

Соматически: правильного телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые чистые.

Сердце — тоны ритмичные, АД 115/75 мм. рт. ст. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется. Анализ крови, мочи в пределах нормы. Билирубин в пределах нормы.

Лечение. Во всех индивидуальных беседах в той или иной мере подчеркивались его положительные качества, достоинства — способность к точным наукам, успехи в олимпиадах по математике, отличная учеба в школе, успехи в спорте. В то же время акцентировалось внимание на сегодняшнем его положении, на том факте, что он не окончил до сих пор институт, хотя его сверстники намного хуже успевали в школе, но уже получили высшее образование.

Подчеркивался также тот факт, что окружающие люди судят о человеке по поступкам, реальным проявлениям его действий; мнение окружающих о человеке складывается по констатации фактов его поступков и действий, а не по тому мнению, которое сам он о себе имеет.

На фоне этих бесед проводился анализ его жизни, формы и характера пьянства, снятие механизмов его алкогольной «психологической защиты», которая, защищая его самолюбие в данный момент, вредит ему в жизни, так как способствует неправильному восприятию своих поступков, искажению истинной самооценки. Все это, как известно, роняет его достоинство в глазах других людей.

Такой способ формирования самооценки, мнимой самозащиты ведут к отрыву от реальности, а способный, талантливый человек идет по ложному пути, губит себя. Показывали больному, как он может использовать для формирования правильной самооценки высказывания своих родителей, которые являются его подлинными доброжелателями. Ведь они не преследуют цель указывать ему, руководить им, а пытаются только так корректировать его жизнь, чтобы он не выглядел хуже других, не был объектом насмешек, не утолял бы самолюбие других, менее талантливых людей, своих недоброжелателей, которые в школьные годы относились к его успехам в школе с завистью. Главная цель родителей — чтобы он был положительным в общественном мнении, полностью раскрыл свои способности, утвердил себя в жизни. На листе бумаги отмечали общими с ним усилиями его положительные и отрицательные стороны. Сравнивая его самооценку с оценкой окружения, выводили как действительную оценку его действий, так и оценку в целом как человека, показывали ему, что иметь мнение о себе и быть на самом деле таким — оптимальный вариант.

Была вскрыта прямая связь алкоголизации с падением его достоинств, положительных качеств, затушевыванием их, положением в обществе.

На этом фоне психотерапевтической работы удалось достичь правильного осознания болезни, актуализации болезни. Подчеркивался факт наличия у него в анамнезе инфекционного гепатита, что также является прямым противопоказанием употребления алкоголя.

После проведения курса общеукрепляющей, дезинтоксикационной терапии больной был включен в групповую психотерапию. В беседе на тему об изменении личности при алкоголизме, алкогольной деградации подчеркивался тот факт, что часто алкоголизм губит способных, талантливых людей. Приводились соответствующие «примеры» способных и талантливых школьников, последующая алкоголизация которых приводила их к печальным исходам. Была выработана тошнотно-рвотная реакция на спиртные напитки методом эмоционально-стрессовой гипнотерапии.

После выписки — амбулаторная поддерживающая коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия. Сначала каждую неделю в течение двух месяцев, в последующем 1 раз в месяц в течение полугода. В индивидуальных и на групповых беседах подчеркивались положительные сдвиги и достижения больного.

Прослежена ремиссия в течение года.

Как видно из приведенной истории болезни, больной начал употреблять алкоголь в возрасте 18 лет. В это время у больного угасла защитная рвотная реакция на передозировку

алкоголя, толерантность увеличилась до 500 мл водки. В 22 года сформировался симптом потери самоконтроля над потреблением. В этом же году, спустя 6 месяцев, возник абстинентный синдром, который по своей структуре был характерным для больных данной группы и включал в себя подозрительность, дисфоричность. Менее отчетливо выступали вегетативные дисфункции. Таким образом, спустя 4 года от начала систематического употребления алкоголя у больного произошло становление основных симптомов алкоголизма. В дальнейшем толерантность увеличилась до 750 мл водки. В 24 года возникли палимпсесты. Преобладали псевдозапой.

Личностные особенности, такие как неприязнь, злая раздражительность, еще не выходили за рамки эпитимного нормального характерологического склада, хотя алкоголь и привнес невротическую симптоматику и заострение личностных черт.

Апеллируя к личностным особенностям больного в процессе психотерапевтической работы и уделяя основное внимание идентификации им заболевания путем осознания своих поступков, образа жизни, снятия механизмов психологической защиты алкогольной позиции, удалось сформировать стойкие мотивы трезвенничества у больного алкоголизмом. Выработанная тошнотно-рвотная реакция на алкоголь еще больше стабилизировала трезвенническую установку.

Без систематической психотерапевтической работы, направленной на становление мотивов трезвенничества, невозможно было бы достичь устойчивой ремиссии.

Анализ психотерапевтической тактики у больных данной группы показал, что в тех случаях, когда не проводилось специальной работы по выработке мотивов трезвенничества, результаты лечения были плохими, несмотря на выработку тошнотно-рвотной реакции на алкоголь.

Одну из разновидностей больных алкоголизмом с эпиптоидными чертами характера С.А.Суханов обозначил, как «алкоголики-резонеры». У них выражено до крайности рассуждательство, односторонняя направленность течения представлений, неспособность критической оценки собственных суждений. Все это крайне затрудняло контакт с этими больными и психотерапевтическое воздействие на них. Переориентировка личности на трезвенническую по-

зицию была затруднена. Также с трудом удавалось выработать тошнотно-рвотную реакцию на спиртные напитки как в гипнотическом состоянии, так и с помощью апоморфина и других рвотных средств. Больные часто уклонялись от лечения сенсibiliзирующей терапией тетурамом. Даже имплантация «эспераля» не приводила к положительному эффекту лечения, так как больные нередко прибегали к постепенно возрастающему приему алкоголя, имеющему своей целью литическое выведение из организма этого препарата.

В подтверждение этих слов приводим историю болезни больного Т.

Наблюдение № 2.

Больной Т., 1927 года рождения, высшее гуманитарное образование.

Родился в семье служащих единственным ребенком, в срок, роды без особенностей.

Наследственность не отягощена. Отец строгий, требовательный, пунктуальный, практичный. Мать мягкая, добрая, спокойная, уступчивая, отзывчивая.

Рос здоровым мальчиком, редко болел. В школу пошел с 8 лет, до 5-го класса был отличником. Любимые гуманитарные предметы легко давались в учебе. Любил быть среди детей, в компании сверстников. С удовольствием бегал в парк «на всякие зрелищные мероприятия, аттракционы». В большинстве случаев был предоставлен сам себе. В 10-летнем возрасте переехал с родителями жить на Север, где быстро адаптировался, любил бегать в лес, кататься на нартах. В школе принимал активное участие в жизни пионерской дружины, «от чего получал истинное удовольствие». Больной подчеркивал, что за это получал грамоты, почетные подарки. После пятого класса стал учиться средне, так как более легкомысленно стал относиться к учебе, ленился выполнять домашние задания. С 12 лет на протяжении трех лет обучался игре на рояле, но без успеха. С 15 лет приобщился к драматическому кружку: «Выступал в ролях, соответствующих своему возрасту и несколько старшему, преуспевал на этом поприще и даже стал подумывать, не посвятить ли себя в дальнейшем актерской карьере». После 8-го класса учился в школе-интернате в областном центре.

В январе 1945 года был призван в ряды Советской Армии, участвовал в военных действиях на Дальнем Востоке, контузий, ранений не было. В армии окончил среднюю школу рабочей молодежи.

После демобилизации из армии приехал на постоянное жительство в Москву к бабушке; в 21 год поступил в МГУ. Учился средне: «...малоинтересные лекции не посещал и использовал это время на просмотр кинофильмов, посещение музеев и т. д.».

Характеризуя общую студенческую среду в эти первые послевоенные

годы, когда многие студенты вынуждены были носить военную форму, вместо портфелей использовали полевые военные сумки, планшеты, больной говорит о себе: «На этом фоне я был, как белая ворона среди черных. Родители переводили мне приличные суммы денег. Я часто посещал театры, консерваторию, музеи, кино, рестораны и кафе. В студенческие годы я начал по-настоящему курить и не опускался до курения папирос общего пользования, то есть дешевых. Я часто покупал папиросы “Фестиваль” (одни из самых дорогих в то время) и бравировал ими в студенческих аудиториях, устраивал приличные трапезы с вином».

Больной с гордостью резюмирует свои студенческие годы так: «Таким образом, почти постоянное наличие у меня денег, модный внешний вид (я даже носил кольцо и делал маникюр), дорогие папиросы, предоставление кредита нуждающимся, хорошие подарки, преподносимые мною по случаю дня рождения знакомым, путешествие в каникулярное время в Ленинград, доброе и отзывчивое мое отношение ко всем окружающим — создали вокруг меня “ореол аристократизма”, и я получил прозвища “Князь”, “Граф”. Некоторые завистливые студенты, особенно те, которые имели вид на мою возлюбленную (ставшую затем моей супругой) называли меня “фрайером”. Многие мои сокурсники и сейчас спрашивают: “Ну, как поживает Князь?”»

После окончания университета работал в разных учреждениях по специальности. Устраивал часто попойки: «Я позволял себе обособленные “холостяцкие выступления” — встречи с друзьями, с женщинами. Часто после такого “художества” я не ночевал дома — жена свирепела и бегала на мою работу с жалобами на мое фривольное поведение».

В связи со злоупотреблением алкоголем часто менял место работы.

Женат с 1951 года, двое детей. В год рождения второго ребенка больной не ночевал дома около ста ночей, играл с товарищами в преферанс, организовывал «художества» — и не видел во всем этом ничего зазорного. Были случаи, когда помогал супруге в закупке продуктов питания для маленького ребенка: «Как я не помогал по дому? Я закупал изредка продукты, правда, иногда встречал знакомого или знакомую и приносил продукты утром, но все же я приносил».

В том, что сейчас не работает, не винит себя, считает, что это очередное «вынужденное» бездействие, и он не виноват в том, что его не принимают на работу.

Легко возбудим по любому поводу: «В таких случаях сдержанность меня покидает, и я бурно реагирую на внешние раздражители. Стоит кому-либо в троллейбусной толчее наступить на «любимую мозоль», и я могу этого человека чувствительно толкнуть, сказать ему пару таких редких слов, что он будет переживать неудобство, пока не покинет вагон».

В общении не терпит возражений, сказанной о нем правды: «В словесной дуэли обычно я оказываюсь победителем, и тот, кто меня давно знает (если он умен), предпочитает не участвовать во взаимных словесных выпадах, так как я заставляю его покраснеть от смущения или просто выведу из себя».

Одиночество его обычно угнетает, исключая «часы творчества».

Предпочитает веселые и шумные компании, застолья, вечеринки. В общении с людьми его тянет «к людям творческим, индивидуальным, так как они являются двигателями всего полезного, прекрасного, прогрессивного, и по этой причине в кругу моих знакомых немало писателей, журналистов, художников, композиторов, актеров и видных инженеров». Правда, больной делает оговорку, что среди знакомых имеются «люди случайные, никчемные, ничего из себя не представляющие», и он общается с ними на «почве Бахуса». «Принцип моего общения с ними был следующим: пришел, увидел, напоил, ушел».

Любимые его занятия — это игра в преферанс, выпивка: «В преферанс играл ради времяпровождения — пощекотать нервы, а не ради денег. Преферанс — игра психологическая, и бывает интересно умственно провести партнеров (так называемый армянский снос, например, во время мизера и т. п.). Игра сопровождается трапезой с употреблением бахусных напитков».

В настоящее время больной в разводе, нигде не работает, живет на деньги отца. Чтобы не привлекаться к судебной ответственности, посылает бывшей супруге в качестве алиментов отцовские деньги почтовым переводом, сохраняя на всякий случай квитанции.

Анамнез заболевания. Впервые познакомился с алкоголем в 14 лет. Спиртное сразу понравилось: «Я выпил примерно две рюмки (портвейн) и почувствовал какую-то приподнятость и радужное настроение. Примерно через неделю я сделал то же самое и стал наизусть читать стихи, отрывки из литературных произведений».

В интернате (учился в 8—9-м классах) злоупотреблял спиртными напитками: «...по праздникам, иногда напивался до опоя (...до беспамятства и утром не знал, каким образом я оказался все-таки в своей кровати)». Во время службы нарушал устав, выпивал «для бодрости, когда во время увольнения шел на танцплощадку повальсировать с девушкой». Но иногда эти выпивки «для бодрости» также кончались опоем: «Однажды после посещения ресторана, возвращаясь в воинскую часть в холодную, выюжную погоду, упал на обочине дороги и, засыпанный снегом, стал замерзать, но был замечен людьми, которые доставили меня в казарму».

В студенческие годы также часто устраивал вечеринки, был инициатором выпивок. Нередко прибегал к алкоголю как стимулятору: «Мне казалось, что если я приду на свидание к женщине несколько взбудораженный алкоголем, то это только поможет обворожить предмет моего увлечения».

Начав работать, все чаще прибегал к алкоголю: «Выпивал частенько, но на работе был всегда трезв и бодр. Мои знакомые часто удивлялись, как я мог кутить до 3-4 часов ночи, спать после этого 3-3,5 часа, вставать вовремя и в бодром состоянии являться без опоздания на работу. Но это было, конечно, тогда, когда принимал в течение всего вечера не более 500-600 г водки».

В 1961 году впервые возникло чувство потери контроля: «Выпьешь две рюмки водки, и гнетет жажда только по спиртному». Работа в те годы была связана с организацией и присутствием на официальных приемах,

утраты ситуационного контроля не было: «На приемах у меня выработалась самодисциплина, которая всегда соблюдалась мною. Однако после ухода с приема официальных лиц я позволял себе употребить прилично что-либо из бахусного и возвращался домой уже сильно пьяным».

Видел причину своей алкоголизации во всем, но только не в себе самом. В том числе винит и представительниц прекрасного пола, которые сыграли, по его словам, значительную роль в его алкогольной «эволюции». «Мне нравятся интересные девушки, я обращаю на них внимание, возникают встречи с ними, а где женщины, — говорит больной, — там и вино».

Через полтора года после утраты контроля над выпитым стал опохмеляться после алкоголя, принятого накануне: «Позыв к похмелью меня тогда беспокоил редко, но иногда при головной боли хотелось “подлечиться” хмельным, что всегда удавалось». Изменилось состояние опьянения: «Раньше в состоянии опьянения я был бодр, весел, разговорчив, остроумен, теперь же в опьянении я становлюсь мрачным, появляется глупый вид лица, мне начинают не нравиться окружающие меня лица...» Психотическое состояние отрицает: «Никогда не переживал галлюцинации, чертики не снились, состояния белой горячки не испытывал».

С 1965 года амнезия состояния опьянения: «Никогда не шатаюсь, не задеваю телеграфные столбы, не сваливаюсь на скамейку или тротуар (со слов товарищей), хотя часто не помню, каким образом я добрался домой». Псевдозапой с 1966 года по 3-4 дня, светлые промежутки уменьшились от 2 недель до 1-3 дней.

В 1969 году из-за неприятностей по работе под воздействием родственников и жены лечился в психиатрической больнице: «Я лег по просьбе жены, которая заявила, что это сможет предотвратить наш разрыв». Лечение — апоморфин, антабус. Выпил сразу же после выписки из больницы шампанского, покраснел немного, считал, что тем самым вытравил антабус и через неделю стал пить водку. Возник запой, отсутствовал на работе в течение 5 дней и был уволен. Из-за алкоголизма, прогулов 3 раза увольнялся с работы, понижался в должности, в настоящий момент нигде не работает. Жена развелась с больным, так как дальше так жить не могла. В последние годы стал еще более черствым, эгоистичным, аморальным; интересы больного теперь полностью сосредоточились на чувственных удовольствиях. В 1972 году по настоянию отца поступил на лечение в психиатрическую больницу: «Дабы на новой работе не повторились старые “бахусные” истории я решил в основном по советам, а точнее настояниям, отца пройти курс нового лечения в больнице, в которой и нахожусь».

Психический статус: ориентирован в месте, времени и в самом себе. В беседе с больным поражает односторонность мышления, его умение обо всем рассуждать, осуждать, но в то же время невозможность усвоить, понять простой вопрос, простую человеческую истину, которые доступны для усвоения, понимания даже малограмотным людям, не говоря уже о людях с высшим образованием. При попытке разъяснить простую человеческую истину больной опускает очевидные аргументы собеседника и твердит лишь то, что выгодно его эгоистическим интересам, взглядам и да-

же сердится, если с ним не соглашаются. Полное неумение понять других людей, но в то же время ярко выраженная привычка считаться только со своими интересами, потребностями. Забота только о своих удовольствиях и развлечениях и только с этой точки зрения оценка им всего окружающего. Поражает его неумение критически относиться к себе, к своим действиям, недостаткам, в то же время критикует других, супругу, отца и т. д.

Все это обусловлено не слабоумием, а узостью, односторонностью мышления.

Резонер, может долго рассуждать о «дураках», «серости людей», подчеркивая при этом свою порядочность, интеллигентность. В то же время больной живет на пенсию отца, нигде не работает, под разными предлогами пытается занимать деньги у больных, должен около 300 рублей и уже в течение 2 лет не отдает, не испытывая при этом угрызений совести, не усматривая в этом ничего особенного. Говорит, что любит чистоту, но в то же время больные по палате жалуются на его неопрятность.

Жизненные невзгоды переносит легко: «Неприятности переживаю недолго, вступает в силу “философия” — слезами горю не поможешь, что мое волнение напрасно, что все уляжется, все урегулируется. После таких рассуждений я моментально забываю неприятности и возвращаюсь в обычное свое настроение. Слезы я употребил в переносном смысле — я вообще не слезлив».

Звучали проявления аморальности, например, полагал, что «художества с гризетками», пребывание каждую 3-ю ночь вне дома — дело обычное, ничего в этом предосудительного нет. Резонировал по этому поводу: «Я ее люблю (супругу), но и поглядываю на других ловеласным взглядом, имея целью акт прелюбодеяния». «Подавай тебе каждодневно черную икру на завтрак, так потянет на пшеничную кашку». В то же время, не имея повода, ревновал супругу. В неудачной семейной жизни винит супругу, называя ее «пантерой». Ставит в пример жену своего приятеля, которая, обнаружив в кармане мужа, отправляющегося отдыхать на юг, пачки презервативов, хотя и отругала его, но на юг отпустила.

Высокомерие, эгоцентризм сочетаются с заметной вязкостью, обстоятельностью в разговоре; трудно переключаем в разговоре с одной темы на другую, однако заметной истощаемости, ослабления памяти и других грубых психоорганических расстройств не обнаруживается. Отличается плоским юмором, яркими алкогольными и картежными ужимками.

Заботится о том, как бы вывести в институте красоты прожилки пьяницы на лице и совсем не проявляет интереса к социальной адаптации (устройству на работу, например, и т. д.).

Соматически: правильного телосложения. Сердце — тоны ритмичные, АД 120/80 мм рт. ст. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, живот мягкий, безболезненный.

На фоне общеукрепляющей, седативной терапии (транквилизаторы, нейролептики) проводилась индивидуальная психотерапевтическая работа с больным, направленная на критическое осмысление своего прошлого, своей алкоголизации, осознание всем бросающегося в глаза аморального образа жизни, то есть тунеядства в расцвете сил. Фикси-

ровалось внимание на несовпадении его поступков и образа жизни со стороны окружающих и его собственной самооценкой, на то, что люди судят по реальным делам.

Было достигнуто только знание больным о своем заболевании, то есть наличие у него алкоголизма как болезни, адекватного осознания болезни достичь не удалось, так как больной неустанно твердил, что алкоголизм — не такая страшная болезнь, ведь «многие видные люди на поприще искусства пили и прожили до глубокой старости». Предлагал с целью просвещения врачей в этом вопросе отпускать его в библиотеку для составления специальной картотеки и кратких аннотаций жизни и творчества сильно пивших великих людей.

В какой-то мере удалось актуализировать на этом этапе заболевания тот факт, что он нигде не работает и может быть зачислен в категорию тунеядцев, а поэтому сослан на принудительные работы. Больной со свойственным ему стремлением научного подхода к жизни поставил перед собой, конечно, формально, по-нашему мнению, следующие задачи:

1. Абсолютно прекратить пить, избрать для этого соответствующее объяснение (для окружающих).
2. Срочно устроиться на работу и трудиться добросовестно с выполнением общественной работы.
3. Наладить свою личную жизнь, вернуться к бывшей жене или же найти нового достойного спутника жизни.
4. Продолжить амбулаторное лечение от алкоголизма.

На сеансах гипнотерапии, как впоследствии выяснилось, чтобы не уснуть, больной считал в уме от 100 до 0. Тошнотно-рвотная реакция была выработана лишь на непосредственный раздражитель, то есть спиртные напитки, но не на слово «водка».

После выписки из больницы продолжал принимать поддерживающую гипнотерапию, но уже через месяц больной отказался посещать сеансы, так как он якобы «работал» и по субботам. Был назначен тетурам по 0,5 через день под контролем родителей. Через 3,5 месяца после выписки из больницы — рецидив. Больной устроил себе на вечеринке алкоголь-тетурамовую пробу с целью вытравления последнего, а через 2 дня возобновил пьянство.

В течение прослеженных двух лет больной работал, по словам отца, количество алкогольных эксцессов уменьшилось, но все же бывали случаи, когда пропивал аванс или получку полностью с «товарищами». Мечтал о творческой работе, где бы возможно было являться на работу 2 раза в неделю.

Первое в жизни состояние опьянения у больного возникло в возрасте 15 лет и было окрашено положительными эмоциями. Защитная тошнотно-рвотная реакция на передозировку спиртного была выражена слабо, и уже в 15—16-летнем возрасте он напивался до тяжелых опьянений. В студенческие годы в возрасте 21 года сформировалось систематическое злоупотребление алкоголем. Толерантность возросла до 600-700 мл водки. В 34 года у больного возник симптом потери контроля, а через 1,5 года — абстинентный синдром. Следовательно, в течение 14 лет, то есть

в возрасте 35 лет, произошло становление основных симптомов алкоголизма. В 38 лет стали возникать амнезии состояний опьянения, а изменение картины опьянения проявлялись еще раньше. В 42 года (через 7 лет после возникновения абстинентного синдрома) формы потребления алкоголя приобрели черты истинных запоев, сопровождаясь прогулками на работе, частыми вынужденными сменами работы. В дальнейшем присоединились антисоциальные последствия алкоголизма.

Все планы больного были нереальными ввиду большого объема антисоциальных нарушений.

У больного не удалось выработать трезвеннической установки. Оказалось возможной лишь частичная социально-трудовая реадaptация: больной удерживается на работе, а свои алкогольные эксцессы (пока это ему удастся) строит таким образом, чтобы не потерять работу.

2. Психотерапия больных с неустойчивым, инфантильным типом личности

Личностные особенности неустойчивых психопатов описаны Э.Крепелиным, П.Б.Ганнушкиным, Г.Е.Сухаревой, М.Е.Бурно.

Больные алкоголизмом с неустойчивыми, инфантильными чертами характера (32 больных) еще до формирования алкоголизма в структуре личности отличались психической незрелостью, что проявлялось в основном недоразвитием высших форм волевой деятельности. Отсутствовала или была слабо выражена мотивация волевых поступков. В значительной степени отсутствовала способность сдерживаться, тормозить свои влечения, отказываться от выполнения внезапно возникших сиюминутных желаний. У больных преобладала неустойчивость во всех намерениях, действиях и поступках, неспособность к плановой систематической деятельности.

В результате неустойчивости желаний и намерений их работа нередко была малопродуктивной, они часто не могли довести до конца начатое дело. Их знания были, как правило, поверхностными.

Эмоции яркие, определялись недостаточной глубиной и стойкостью. После очередного проступка у этих лиц нередко возникали тоскливость, страхи, но и эти симптомы носили обычно нестойкий характер. Настроение носило лабильный

характер. Они легко заводили новые знакомства, но привязанность к людям также была нестойкой.

У больных данной группы преобладала невысокая толерантность к алкоголю. В состоянии опьянения эмоциональная лабильность и неустойчивость влечений усиливались.

Начальный этап болезни, то есть становление симптомов потери самоконтроля над количеством потребляемого алкоголя совпало с привнесенными в состояния опьянения раздражительности и агрессивных тенденций. В этих случаях ярко проявлялась и эмоционально-волевая незрелость. Форма пьянства во многом определялась влиянием внешних ситуационных фактов. Так больные пьянствовали в компании, временами в одиночку, придаваясь грезам, фантазии. Однако пьянство почти никогда не носило тайного характера. Абстинентный синдром протекал по астено-невротическому типу с преобладанием вегетативных дисфункций. Больные данной группы нередко в этом состоянии обращались за медицинской помощью, жалуясь на различные вегетативные и соматические расстройства. Они иногда получали лист временной нетрудоспособности с диагнозом «вегето-сосудистая дистония», «гастрит». Степень выраженности абстинентных проявлений была легкой или умеренной и составляла 1-2 дня, реже 3-4 дня.

Данная группа больных по возрасту формирования у них алкоголизма была самой «молодой» из всех остальных групп. Так, заболевание возникло до 24 лет у 9 больных, а до 30 лет — у 20 больных.

Из сравнения видно, что больные алкоголизмом с эпилептоидными чертами характера заметно отличались по этим показателям от больных с инфантильными характерологическими проявлениями по возрасту, в котором они были впервые стационарованы и по показателям возраста начала заболевания. Так, из больных второй группы из 20 человек в возрасте до 30 лет к моменту обследования находились в стационаре 14, тогда как в первой группе из 14 больных только 4 в возрасте 30 лет поступили на стационарное лечение. Это свидетельствует, в известной мере, как о более быстром формировании алкоголизма, так и более быстрой дезадаптации в семье и обществе у больных с инфантильными чертами характера.

Амнезию состояний опьянения у больных данной группы

мы дифференцировали от явлений инфантильной аффективности, сопровождавшихся реакцией «психологического вытеснения» некоторых неприятных ситуаций. В этих случаях важно было установить в анамнезе заболевания такие моменты пьянства, при которых оно проходило в «благоприятной» или нейтральной для больных ситуации. Если палимпсесты или амнезии состояний опьянения проявлялись и в этих ситуациях, тогда с полной уверенностью можно было их диагностировать. В измененных картинах опьянения также проявлялись личностные особенности больных. Так, иногда данные анамнеза указывали на наличие этого симптома.

В отдельных случаях вытеснение из памяти неприятных переживаний, касающихся периода опьянения, служило проявлением состояний эмоциональной неустойчивости, психогенно обусловленной реакции на упреки родных и близких, их попыток бороться с пьянством больного. Иногда больные в состоянии опьянения искали примирения с супругой, родителями. В то же время в «нейтральной» обстановке их форма опьянения оставалась прежней.

Проявлению асоциальности в поведении больных данной группы часто способствовало влияние внешних, так называемых ситуационных факторов, особенно в связи с попаданием больного под влияние асоциальных лиц.

У 10 больных данной группы наблюдалась повышенная чувствительность к «эмоциональным влияниям». Прекрасное в окружающей действительности вызывало восхищение (иногда экзальтацию), отрицательное — негативные переживания. Страдая алкоголизмом, они навлекали на себя отрицательное отношение со стороны окружающих, а их повышенная чувствительность приводила к обостренному восприятию этого влияния.

В данной группе больных в связи с различиями в психотерапевтической тактике мы условно выделили две подгруппы:

1. Неустойчивые ювенильные больные, страдающие алкоголизмом, с душевной аморфностью (конформностью) и тотальной (не избирательной) внушаемостью, а также выраженной самовнушаемостью. Интересы у больных обычно крайне поверхностны, они отличаются капризностью, воля их податлива. Они нередко на-

ходятся в полной зависимости от окружающих. После установления психотерапевтического контакта с больными этой группы не составлял особого труда вопрос достижения у них трезвеннической установки.

У больных этой подгруппы в результате проступков, связанных с употреблением алкоголя, нередко наблюдалась своеобразная эмоциональная неустойчивость настроения. Соответствующими внушениями в сеансах гипнотерапии эти состояния удавалось компенсировать, причем одновременное проведение дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии способствовало выравниванию эмоционального фона. Больные этой подгруппы легко погружались в сомнамбулическую стадию гипноза (из 18 больных — 10), удавалось быстро выработать у них отвращение на внушенное опьянение. Причем тошнотно-рвотная реакция и при лечении апоморфином и другими рвотными средствами носила также нестойкий характер. Также методики с галлюцинаторным «проигрыванием» жизненно важных ситуаций, несмотря на легкость их проведения, оказывались малоэффективными.

Как показали клинические наблюдения, в поддержании устойчивости трезвеннической установки у этих больных решающую роль играло влияние микросреды. Причем характерологические особенности больных в первую очередь способствовали возникновению у них рецидивов после лечения. Для купирования таких механизмов возникновения рецидивов целесообразным оказалось использование психотерапевтического приема, основанного на индивидуальном задании критически оценивать высказывания других больных в отделении, проявить активность и самостоятельность в сеансах групповой психотерапии. У больных воспитывалось умение считаться с мнением других.

В сеансах коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии внушения направлялись в первую очередь на уменьшение конформности больных и тотальной их внушаемости. Важным в этой связи представляется формирование у больных избирательной внушаемости, направленной именно на трезвеннический образ жизни после лечения.

Наиболее распространенной формулой внушений могут служить приемы следующего содержания: «Везде и всю-

ду, где бы вы ни находились, никто не сможет склонить вас к выпивке. В этот момент сразу возникает чувство гордости за себя, самолюбие, которые подсказывают: почему я должен подчиняться другим, ведь они же не считаются с моим положением в обществе, в семье, они только думают о своих желаниях. Возникают мысли, что бы мне в данную минуту посоветовали отец, мать, жена, ведь они по-настоящему хотят мне добра и благополучия. Ярko представьте себе в этот момент родных, их разочарование, страдания, которые возникнут у них, если снова выполните волю и желание своих бывших собутыльников».

Больные этой подгруппы отличались выраженной гипнабельностью. У них от такого рода внушений в алкогольных ситуациях возникали постгипнотические галлюцинаторные переживания, соответствующие характеру внушений. Задачей психотерапевтического воздействия на больного являлось предупреждение возможных срывов в подобных ситуациях. Следует иметь в виду, что часто результаты внушений оказывались нестойкими и поэтому требовали повторных подкрепляющих сеансов гипнотерапии.

Тошнотно-рвотная реакция у больных данной подгруппы возникала обычно сразу, на первом сеансе, но отличалась нестойкостью, поэтому требовались еженедельные поддерживающие сеансы, особенно на первых этапах после выписки из стационара.

В период проведения поддерживающей терапии индивидуальность психотерапевтического подхода к больному требует избегать «морализации». Лучший эффект лечения отмечался в тех случаях, когда применялось восстановление тошнотно-рвотной реакции, проводилось внушение с учетом обстоятельств алкогольного срыва.

Сказанное иллюстрируется приводимой историей болезни.

Наблюдение № 3.

Больной К., 1952 года рождения, фрезеровщик.

Мать больного мягкая, душевная, энергичная, заботливая, страдает ревмокардитом. Отец мягкий, добрый, рассудительный, сдержанный. Психических заболеваний в семье и среди родственников нет. В настоящее время родители алкоголя не употребляют (мать по болезни, отец из-за страдания алкоголизмом сына).

Родился от первой беременности, в срок, роды без особенностей. Вскармливался до 8 месяцев грудью матери. Своевременно начал держать головку, сидеть, ходить, говорить. Материальные условия в детстве средние. Жилищные условия тяжелые, в одной квартире жили еще две семьи родственников, среди которых — брат матери, страдающий травматической эпилепсией. Наш больной картину эпилептических припадков переносил тяжело. Поражали судороги и «отключение» сознания.

Больной воспитывался одновременно родителями и бабушкой, которая жила с ними. В школу пошел с 7 лет, учился средне из-за неусидчивости, невозможности подолгу сосредоточиваться на учебе, повышенной отвлекаемости. Под влиянием улицы часто пропускал занятия, дублировал пятый класс. В 12-летнем возрасте перенес черепно-мозговую травму, которую получил при игре в хоккей (упал и ударился о бортик). Сознания при этом не терял, находился три недели в больнице с диагнозом «сотрясение мозга». После выписки из больницы продолжал учебу, занятие спортом. В 14-летнем возрасте упал с перекладины на уроке физкультуры, сознания не терял, но неделю находился в больнице с диагнозом «сотрясение мозга».

В 8-м и 9-м классах учился также посредственно, так как находился под влиянием улицы, пропускал занятия, начал курить, употреблять вино. Окончил 9 классов дневной школы и пошел работать (трудовая деятельность — с 17 лет), так как хотелось самостоятельности, чувствовать себя взрослым, иметь свои деньги и жить, как захочется.

Легко вовлекался в дурные компании, под влиянием которых злоупотреблял спиртными напитками, вступал в половые связи. Часто ночевал на квартире людей, намного старше себя, страдающих алкоголизмом.

Под влиянием «товарищей» сделал себе многочисленные наколки на теле, на пальцах рук превалировали гроб и крест — символ их группы. Но после разрыва с этой группой (многие переехали в другие районы, некоторые были призваны в армию и т. д.) и под энергичным влиянием родственников стал стесняться этих наколок. Замечал, как люди неодобрительно смотрят в транспорте на его наколки на руках. В связи с этим предпринял меры для их выведения на открытых частях тела. Родители в связи с его разгульной жизнью старались повлиять на него, устраивали ему «сцены» с целью образумить его. Во время очередного воспитательного воздействия родителей больной почувствовал, как под влиянием упреков, которым он не видел конца, возникло у него «сильное эмоциональное состояние», он весь задрожал, ему сделалось дурно. Родители испугались, перестали ругать, мать забеспокоилась и высказала опасения, не приступ ли эпилепсии у него начинается. В дальнейшем эти «припадки» возникали только дома, когда родители его сильно ругали, но проходили без судорог, непроизвольного мочеиспускания, прикусывания языка и падений с ушибами. Больной характеризует это состояние так: когда мать его долго чем-то расстраивает, он чувствует прилив эмоций и тогда специально как-то напрягается душевно, чтобы отключиться, поскольку мать не любит этих «состояний со стеклянными глазами», а отец в этот момент ловит его, чтобы он не упал. При этих состояниях

мать бьет по щекам, он бледнеет и вскоре «приходит» в себя. Всего таких отключений было четыре.

По характеру мягкий, душевный и в выходные дни, когда родители дома, ласковый, проявлял заботу, старался делать все по дому.

Больной легко попадал под влияние отдельных лиц, компаний, особенно, когда они категорически приказывали, угрожали. Увлечения, намерения носили нестойкий характер, легко менялись под влиянием окружения.

В своих убеждениях был не тверд, его легко можно уговорить и отговорить. Общительный, одиночество переносил с трудом. Легко обижался, но быстро отходил, зла никогда не держал в себе. Руководствовался в жизни своими чувствами. Трудно заставлял себя не делать то, что нельзя, но хочется. Читая, мечтая о чем-то, представлял себя в ярких образах, часто воображаемые образы полностью захватывали больного и как будто заслоняли действительность. Имел склонность к художественной работе (художественная вырезка из корней, мастерил куклы, занимался чеканкой). Временами был упрям, особенно, когда кто-то препятствовал осуществлению его желаний. Считал, что родители часто обращаются с ним, как с ребенком, не дают ему возможность жить самостоятельно, как хочется. О своей жизни, судьбе не задумывался, никогда его особенно завтрашний день не беспокоил.

Систематически злоупотребляет алкоголем с 17 лет, пил в основном под воздействием окружения 3-4 раза в неделю. Количество выпиваемого спиртного увеличивалось до 600 мл водки. Поступил в вечернюю школу, но дублировал классы из-за злоупотребления алкоголем.

В 1970 году влечение к спиртному принимает неодолимый характер, своеобразная жажда, желание как можно быстрее напиться.

С 1971 года абстинентный синдром по астено-невротическому типу, после выпивки накануне — по утрам дрожь в теле, головная боль, чувство дискомфорта, тяжесть во всем теле, повышенная утомляемость, раздражительность, которые легко снимаются принятием небольшой дозы алкоголя.

Изменилось состояние опьянения, стал злобным, агрессивным, стал грубить родителям, чего раньше не было. Пил по 2-3 дня в неделю, прекращал пить под влиянием внешних причин. Отмечались раздражительность, вспыльчивость, утомляемость, иногда головные боли.

Психический статус. Ориентирован в месте, времени и в самом себе. В контакт вступает легко, говорит тихим голосом. В беседе мягкий, естественный, уступчивый. Краснеет при обсуждении вопроса о его прическе, соглашается, что чересчур длинные волосы, тут же дает слово привести свою прическу в порядок, что и сделал в ближайшие дни.

Увлеченно рассказывает о своей склонности и увлечении чеканкой, художественной вырезкой из корней деревьев. С серьезным видом на лице и в голосе говорит о том, как он мастерит куклы из скорлупы куриных яиц.

Мышление не вязкое, легко переключается. При исследовании иголкой кожно-болевого чувствительности обнаруживаются типично-истерические мигрирующие понижения болевой чувствительности. При про-

ведении сеанса гипнотерапии погружается в сомнамбулическую стадию гипноза. Внушаем и наяву, легко вызываются каталентические явления.

Соматический статус. Правильного телосложения, АД 120/70 мм рт. ст., пульс — 72 уд. в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Заключение невропатолога: травматическая энцефалопатия. ЭЭГ очаговой симптоматики не обнаруживается. Рентгенограмма черепа — расширение сосудистого русла в коре сегитальной области.

Лечение. Дегидратационная, общеукрепляющая, седативная терапия.

После того как был собран анамнез заболевания, установлен тип личности больного, мы, чтобы с его стороны не вызвать упрямства, негативного отношения к словам врача, путем расспроса выяснили, насколько в данный момент он находится под властью мнений своих бывших собутыльников. В спокойной, мягкой, доброжелательной форме рассмотрели некоторые психологические стороны больных алкоголизмом (их эгоизм, безразличие к делам товарища, к тому, как складывается его жизнь, и т. д.). Вскрыли вместе с ним эти черты и среди его алкогольного окружения и проявление их по отношению к нему. В то же время показали правильную позицию его родителей, которые истинно хотят ему добра, обеспокоены тем, что он еще не получил среднее образование.

Не составляло большого труда добиться адекватного осознания болезни в его переживаниях.

В дальнейшем все усилия были направлены на сохранение, укрепление этих переживаний, на придание им стойкого характера, умение противостоять мнению своих бывших собутыльников. Больной был включен в групповую работу как в бодрствующем, так и в гипнотическом состоянии.

Больной прошел весь цикл бесед, было проведено 12 сеансов эмоционально-стрессовой гипнотерапии. Эмоционально-отрицательная тошнотно-рвотная реакция выработалась сразу, на 1-м сеансе гипнотерапии. Чтобы в связи с постгипнотической амнезией разговоры о сеансе других больных не вызывали недоумения, он был предупрежден, что самочувствие его после сеансов намного лучше, чем у других, благодаря более глубокому погружению в гипноз.

Проводились индивидуальные сеансы гипнотерапии (они не занимают много времени у данной категории больных вследствие быстрого погружения в гипнотическое состояние), где все внушения были направлены на выработку умения противостоять отрицательным влияниям: «Никто не может склонить вас к чему-либо плохому. Везде и всюду, где бы вы ни находились, у вас присутствует чувство правоты, уверенности в своем антиалкогольном поведении. В момент уговоров, принуждения у вас возникает чувство собственного достоинства, гордости — почему я должен считаться с мнением других, подчиняться им, ведь они не считаются с моим мнением, желанием и т. д.».

После выписки из больницы возмущался поведением сотрудников, пристрастных к спиртному, осуждал пьяниц.

Через 4 месяца срыв под воздействием бывших собутыльников — возникла тошнотно-рвотная реакция, это очень обозлило больного, ко-

торый, считая, что опозорился перед ними как мужчина, дома плакал, рыдал в присутствии родителей. На следующий день по настоянию родителей пришел на прием, была проведена беседа, сеанс гипнотерапии. Ездил в отпуск к родственникам, вел себя очень корректно, наливал вино другим, а сам пил лимонад. В первые дни выхода на работу после отпуска срыв под воздействием сотрудников по работе, наступил рецидив, пил 3 дня, после чего явился на прием: проведена беседа и сеанс гипноза, где была восстановлена трезвенническая установка, свойство проявления личностного упрямства, негативизма в алкогольных ситуациях по отношению к своим бывшим собутыльникам; рекомендовано найти себе настоящих друзей, увлечься чем-то. В дальнейшем больной увлекся борьбой, в секции антиалкогольное настроение, прослежена ремиссия в течение года.

Из приведенной истории болезни видно, что становление заболевания произошло через год после начала систематического злоупотребления больным алкоголем. Симптом потери контроля над количеством выпиваемого сформировался в течение одного года, еще через год возник абстинентный синдром, проявляющийся преимущественно по астено-невротическому типу. К концу третьего года систематического злоупотребления алкоголем изменились состояния опьянения, протекающие со злобностью, агрессивностью, сформировались псевдозапой, толерантность достигла высоких значений, до 600 мл водки. Посттравматические последствия исчерпывались в основном редкими головными болями. Своеобразные приступы «отключения» сознания были всегда ситуационно обусловлены и возникали только в домашней обстановке, снимаясь своеобразными «психотерапевтическими» приемами. При исследовании кожно-болевой чувствительности обнаружилось типично истерическое мигрирующее понижение болевой чувствительности.

В структуре личности больного отмечались выраженные черты неустойчивого, инфантильного склада. Установлена высокая степень конформности больного, легкость внушений наяву и самовнушений. Не доставляло труда после установления психотерапевтического контакта с больным путем суггестии достичь трезвеннической установки и выработать выраженную тошнотно-рвотную реакцию на алкоголь в состоянии гипноза. Однако возникали нестойкие ремиссии, не превышающие 4 месяцев.

У больного через 4 месяца наступил срыв под неблагоприят-

ятным воздействием микросреды. Данное наблюдение показывает, что у этих больных основную роль в становлении трезвенничества играет именно влияние микросреды.

2. Вторая разновидность больных алкоголизмом с инфантильными чертами характера — это больные с избирательной внушаемостью, с уязвимым самолюбием, с яркими элементами театральности в поведении. Однако это не эгоцентричные, истерические натуры: неустойчивость и ранимость их аффективной сферы как бы более высокого порядка и связаны с наличием достаточного интеллектуального уровня. Они часто конфликтовали с начальством, с сослуживцами, с членами своей семьи, меняли места работы. Попав в трудное положение, они сами активно пытались исправить его, мобилизуя для этой цели всю свою энергию.

Больные данной группы (14 человек) обычно быстро устанавливали контакт с врачом, если он не «морализировал», не беседовал с больным лишь о его болезни, а давал ему самому возможность проявить познания в области своей специальности. Они легко анализировали ход своего мышления, улавливали механизмы аффективного мышления у других больных, что способствовало закреплению в их сознании понимания имеющегося у них алкоголизма как заболевания. Сомнамбулическая стадия гипноза у больных этой подгруппы возникала реже, тошнотно-рвотная реакция вырабатывалась медленнее, но отличалась большей стойкостью и прочностью.

Особенно большое влияние на больных оказывало проведение сеанса групповой психотерапии на тему: «Алкогольное изменение личности, алкогольная деградация». Больных поражали примеры того, как больной алкоголизмом с далеко зашедшим заболеванием не в состоянии критически осмыслить и исправить своего положения, не понимает того, как он воспринимается окружающими. Эта группа больных, не отличаясь выраженной конформностью, проявляла избирательную внушаемость.

В беседах с больными им разъяснялась невозможность «пить, как все», не опохмеляться, пить меньше критической дозы и т. д. Важно было убедить больных, что механизм бо-

лезни действует независимо от дозы и частоты принимаемого алкоголя.

В сеансах коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии внушения, адресованные больным, должны носить более логичный, доказательный характер, в противоположность первой подгруппе, где они должны быть более императивными. Но в этих внушениях целесообразно использовать эмоциональность, моменты образных, чувственных лечебных внушений. Следует останавливаться на внушениях, раскрывающих трагичность заболевания, того, что грозит больному в будущем.

В этой подгруппе больных достижение трезвеннической установки имело решающее значение по сравнению с таковой у больных первой подгруппы. В поддерживающих психотерапевтических сеансах необходимо было исподволь, методом «психотерапевтического зеркала» актуализировать осознание больным своего заболевания, показывая примеры пагубного влияния алкоголизма на жизнь человека.

В подтверждение этих слов приводим историю болезни.

Наблюдение № 4.

Больной М., 1944 года рождения, старший научный сотрудник.

Мать энергичная, очень волевая, целеустремленная женщина, все свои силы и время отдает работе, домашним делам внимания уделяет мало. Отец очень мягкий, чувствительный, эмоциональный, вспыльчивый, но отходчивый.

Родители употребляют алкоголь в небольшом количестве только в праздничные дни. Бабушка по отцу наблюдается у психиатра по поводу заболевания, возникшего в климактерическом периоде.

Родился от первой беременности, единственным ребенком в семье. Переносимость в пределах допустимого для первой беременности срока. Беременность и роды протекали нормально, без особенностей. Вскармливался естественно. Своевременно начал держать головку, сидеть, ходить, говорить. Материальные условия в детстве средние, воспитывался матерью и бабушкой.

В школу пошел с 7 лет. Учеба давалась легко. В связи с часто возникающими все новыми и новыми увлечениями запустил учебу, но, когда ему ставили это в упрек, быстро наверстывал упущенное в учебе. Любил пофантазировать, часто свои фантазии переносил в реальную жизнь. В связи с неусидчивостью, повышенной отвлекаемостью, баловством на уроках несколько раз ставился вопрос об исключении его из школы.

Среди сверстников не верховодил, но и не любил подчиняться дру-

гим. Не любил заниматься общественной работой, так как все быстро надоедало, а она требует постоянства. В связи с этим избегал работы.

Окончил 10 классов на «отлично», в аттестате имел лишь две четверки. В том же году поступил в технический институт. На выбор института повлияла общая тенденция увлечения техникой, «мода», а не личные наклонности. В институте все предметы давались легко, и, несмотря на прогулы лекций, практических занятий, учился хорошо, так как умел мобилизовать себя в сессию. В 1967 году окончил институт и поступил работать в НИИ младшим научным сотрудником.

Преобладало веселое, жизнерадостное настроение. Плохое настроение, связанное с очередной неприятностью, держалось недолго, всегда что-нибудь интересное, веселое улучшало его. В общении избегал ссор, стремился к хорошему отношению, дружбе. Но в близких, тесных отношениях избирателен. Тянулся к интересным людям, чтобы получить от них интересные, новые сведения, почерпнуть от них что-либо. Тягостно переносил одиночество, тянулся к людям, к интересной научной жизни, общению с людьми. Не подозрителен к людям, не кляузничал, многое прощал. Непристойных для себя людей избегал, старался не вступать с ними в общение, чтобы не испортить себе настроение. Сторонник тонких шуток, не обижался, когда над ним подшучивали. Любил похвастаться, пофантазировать. Память хорошая, все воспринимал легко и быстро. Среди знакомых у больного много медиков, и он, чтобы быть полноправным собеседником в их среде, изучал в доступном для него объеме медицинскую терминологию. Эмоционален, быстро вспыхивал по любому поводу, но и быстро остывал. Эмоции носили нестойкий, поверхностный характер. Всегда уверен в себе, ему не свойственны стеснительность, мнительность, сомнения. Временами упрям, особенно когда им пытались командовать, приказывать в категорической форме, а не в виде просьб.

Самое трудное для больного — справиться с самим собой, обуздать свои желания, страсти. Но, попадая в неловкое положение, всегда мобилизует себя, заставляет себя делать то, что нужно, а не то, что хочется.

Характерны для больного неустойчивость интересов, легкомыслие, легкочувствие, фантазирование, бесхитростное вранье. Любил компанию, преферанс, женщин. Увлекался поэзией с целью иметь постоянно отточенное «поэтическое жало» для очередных побед над женским полом.

Склонен к художественным занятиям; ему нравилось «возиться со словом, формой выражения», и это, как правило, интересовало его в работе, в научной статье, а не результаты экспериментов и сами эксперименты с их прикладным значением.

Женат с 1967 г., дочь 1968 года рождения. Чрезвычайно непримиримо всякого рода стеснению его личности. В настоящее время живет отдельно от жены и дочери, чтобы не стеснять себя семьей; обосновывал это расхождением взглядов, интересов, но старался поддерживать хорошие отношения, «оставаться друзьями», по выходным водил дочь в зоопарк и т. д. Терпеть не может заниматься чем-то, что не нравится, заносчив с родителями, часто конфликтует с начальством.

Познакомился с алкоголем в школьные годы. В 9—10-м классах нравилось выпить хорошего вина и, настроившись на романтический лад, мечтать, фантазировать в тесном кругу знакомых.

Систематически начал злоупотреблять алкоголем в институте, когда появились свои деньги (стипендия), свобода распоряжаться своим временем. Часто вместо занятий в институтском общежитии играл в преферанс, пил спиртное. В то время переносимость к алкоголю увеличилась, заметил, что может выпить 500-600 мл водки и лишь тогда быть в состоянии приятного опьянения.

В 1969 г. заметил, что, если выпьет 100 мл водки или 200-300 мл вина, то появляется неудержимое влечение к алкоголю, желание побыстрее довести себя до состояния опьянения, почувствовать насыщение алкоголем. С 1970 года по утрам, после выпивки накануне — дрожь в теле, повышенная потливость, чувство психического и физического дискомфорта, повышенная раздражительность, вспыльчивость, невозможность сосредоточиться на выполняемой работе, мышечная усталость. «Стоит лишь выпить несколько кружек пива или 200-250 мл вина, и все это проходит».

В настоящее время пьет по 6-7 дней подряд, начиная в дни получек, 2 раза в месяц; иногда и на работу является в легком хмелю.

Наличие амнезии состояния опьянения, психотические состояния отрицает. Отмечает, что в последнее время появились раздражительность, вспыльчивость, нервозность, которые мешают работе. Временами, особенно в похмелье, поднимается АД до 170/100 мм рт. ст.

Психический статус. Ориентирован полностью. Явное стремление казаться лучше, чем есть на самом деле, что проявляется в кокетливых позах, в игре голоса, в том, что явно ему нравится сыпать с легкостью медицинскими терминами с попыткой удивить этим врача.

В то же время в беседе мягкий, душевный, естественный. Речь хорошо модулирована, не склонен к прямому отрицанию слов врача, а пытается подойти к этому вопросу издалека и истолковать свою точку зрения. В доводах увлеченно излагает свои мнения, отстаивая их правоту больше эмоционально, чем логически.

За время беседы несколько раз выражал сожаление, что не избрал своей специальностью ту или иную профессию, которые диаметрально противоположны по характеру и специфике его. Пытается всеми силами выгородить себя из алкоголиков, считая, что просто в настоящее время упустил контроль над выпивкой, в то же время согласен лечиться, вернее «подлечиться».

Заключение терапевта и невропатолога. Вегетососудистая дистония по гипертоническому типу. Внутренние органы без патологии. ЦНС без очаговой симптоматики.

Лечение. Общеукрепляющее, дезинтоксикация, седативная терапия.

Прямо добиться признания наличия у него алкоголизма как заболевания, адекватного осознания заболевания не удалось, так как больной игнорировал синдромы алкоголизма в своих рассуждениях; его мышление носило аффективный характер, цель которого — выгородить себя, соглашаясь лишь на то, что ему нужно подлечиться.

Постоянно апеллируя к нему, как высокоразвитому человеку, способному все быстро усвоить, понять, показывали характер и сущность аффективного мышления, где доминирует желание независимо от того, совпадает оно с реальностью или нет. Подчеркивали, что только радикальное решение вопроса, устранение реальных причин приводит к исправлению положения вещей. В жизни люди не считаются с мнением, сомнением человека, а судят по объективным критериям, реальным его действиям. Используя объективный анамнез, на листе бумаги были расписаны все проявления его заболевания, данные анамнеза жизни, разобрано, где причина, а где следствие. В этом процессе постоянно напоминались больному недопустимость подчинения своего мышления аффекту, недопустимость невключения в предпосылки мышления всех исходных данных, так как цель данного разбора — по-настоящему разобраться в его жизни, а не желание показать, что он плохой. Так, что не надо защищать свою позицию, а осознать форму своих отношений с окружением, к алкоголю. Вытормаживая таким образом механизмы его психологической защиты алкогольной позиции, мы предприняли «штурм» его алкогольной позиции массой доводов из его жизни, примерами из жизни других людей.

После таких бесед с врачом, бесед с больными в отделении о их форме и характере пьянства (это больной активно делал в личных беседах с ними) он признавал наличие болезни, стал усиленно интересоваться, чем это ему грозит в будущем, исходом заболевания и т. п., чем облегчил актуализацию заболевания.

Больной прошел полный курс групповой психотерапии в бодрствующем и гипнотическом состоянии, была выработана тошнотно-рвотная, эмоционально-отрицательная реакция на алкоголь. Ремиссия прослежена в течение 1,5 лет.

Проведенное клиническое наблюдение свидетельствует, что после 6-летнего систематического злоупотребления алкоголем у больного возник симптом потери контроля над количеством выпиваемого, а спустя год — абстинентный синдром с выраженными вегетативными дисфункциями по астено-невротическому типу. Толерантность возросла до 500-600 мл водки, форма потребления проявлялась по типу псевдозапойев.

В структуре личности больного проступали черты инфантильности, неустойчивого склада. Конформность, внушаемость были слабо выражены, вследствие чего больной меньше зависел от влияния окружающей обстановки.

Анализ длительности ремиссий у больных с неустойчивым типом личности, а также изучение причин и механизмов срывов и рецидивов заболевания подтверждают правильность предложенной психотерапевтической тактики.

Прослеживаются большие различия в продолжительности ремиссий: у 11 больных они не превышали 2 месяцев, тогда как у 12 больных — более года.

Анализ ремиссий показал, что психотерапевтическая работа в первой подгруппе больных должна быть направлена на выработку механизмов сопротивления алкогольному окружению, а во второй подгруппе — на достижение трезвеннической установки.

3. Психотерапия больных с синтонным типом личности

В литературе часто употребляется термин синтонность как повышенная общительность, то есть одно из многих свойств личности. Поэтому мы не ставим знак равенства между этим значением и синтонным типом личности, характеризующим личность в целом.

Этот тип алкогольной личности больного алкоголизмом был описан подробно в трудах Э.Кречмера и С.Г.Жислина.

П.Б.Ганнушкин выделял в группе циклоидов конституционально-возбудимых, то есть психопатический вариант такого личностного склада. Он писал, что субъекты эти «малоустойчивы» по отношению к употреблению алкоголя и легко спиваются. Нами наблюдался в данной группе 31 больной алкоголизмом.

Уже в школьные годы они часто пропускали занятия, предпочитали деятельность, не связанную с длительным сосредоточением внимания на чем-либо одном, не требующую усидчивости. Больные посредственно учились, поверхностно усваивали знания, хотя обладали в общем хорошими способностями.

В зрелые годы они покоряли окружающих почти постоянно веселым настроением, гибкостью и многосторонностью своей деятельности, душевной добротой, отзывчивостью, остроумием, приветливостью и открытым характером. Энергичные, предприимчивые, они быстро откликались на все новое. Эмоциональные и волевые реакции не отличались длительностью, стойкостью. Больные быстро усваивали новые знания, но в то же время не отличались глубокими познаниями. Общительность часто переходила в чрезмерную потребность в увеселениях, застолье. Они всегда были довольны собой, любили поесть, еще до заболевания пили спиртное «просто для удовольствия, веселья, для возбуждения аппетита». Часто, вследствие повышенного эмоционального фона настроения они легко проглядывали границу между дозволенным и запрещенным, но, попав в трудную ситуацию, почти всегда проявляли предприимчивость и находчивость. Именно используя доброжелательность этих больных, их душевность, добродушие, нежелание причинять горе родным и

близким, легко удавалось установить с ними психотерапевтический контакт и добиться длительной ремиссии.

Эти больные часто сознательно или неосознанно скрывали патологическое влечение к алкоголю. Поэтому при сборании анамнеза возрастает роль так называемых объективных данных о больном (сведения со стороны родственников, администрации по месту работы и т. д.). Мнение окружающих о больном часто мешало реальному осознанию больным своего состояния.

Больные данной группы часто употребляли алкоголь для веселья, аппетита, так как это являлось одной из основных ценностей в их жизни. Они притягивали к себе людей с различными особенностями.

Трудности психотерапевтического воздействия на больных определялись в первую очередь проблемой неизбежной общительности больных, в том числе и с бывшими собутыльниками.

Высокая толерантность у больных была обусловлена еще и тем обстоятельством, что у них долго сохранялся аппетит при приеме алкоголя в динамике заболевания. Установить точно начало заболевания у больных не всегда было легко. Так, например, диагностировать симптом потери контроля над количеством выпиваемого часто было трудно в силу их личностных особенностей. Показательным в этом аспекте является изучение поведения больного в той обстановке, ситуации, в которой требовалось ограничение потребления спиртного.

Абстинентный синдром проявлялся в основном по астено-депрессивному типу и иногда сопровождался суицидальными мыслями у больных. Длительность абстинентного синдрома быстро достигала 3-4 дней и более. Больные до первого стационарирования с целью смягчения проявления абстинентной симптоматики принимали ванну, пили кефир, кофе. Им иногда удавалось приходиться на работу опохмелившись, не вызывая дисциплинарных мер воздействия со стороны администрации. В абстинентном состоянии больные к врачам обычно не обращались за помощью, так как боялись разоблачить свое пьянство.

Пьянство не носило одиночного характера, так как больные в состоянии опьянения стремились к людям и лишь

только в горе могли пить в одиночестве. Хотя тайное потребление алкоголя иногда имело место, но в состоянии опьянения они стремились к общению с членами семьи, предварительно тем или иным путем «замаскировав» запах алкоголя.

Палимпсесты, или амнезия опьянения, вызывали чувство беспокойства, раскаяния. Эта симптоматика способствовала частичному осознанию больными тяжести своего состояния. Обусловленные алкогольными эксцессами субдепрессивные состояния в течение абстинентного синдрома оживляли патологическое влечение к алкоголю. Алкогольная интоксикация приводила к огрублению личности больного, делала ее еще более поверхностной.

Живость характера и изобретательность больных способствовали тому, что они долго оставались адаптированными к окружающему. Однако возникновение тяжелых состояний острой алкогольной интоксикации, переход псевдозапоев в истинные запои приводили к нарушению социальной адаптации больных.

Для более быстрого осознания больным самого факта заболевания, то есть «идентификации» им своего состояния, важно было выработать у них адекватную, то есть критическую, оценку высказываний их товарищей, друзей, собутыльников, иногда и родственников.

Полезным с этой точки зрения психотерапевтическим приемом оказалось обнаружение перед больным эгоистической сущности высказываний этих «заступников», в которых сквозило зачастую желание увидеть в больном источник развлечения, увеселения.

Эффективное воздействие на больных данной группы оказывали совместный анализ врача с больным в индивидуальной беседе пренебрежения, недооценки, игнорирования им некоторых явлений, которые играют важную роль в его жизни.

В дальнейшем обычно не составляло особенно большого труда добиться адекватного осознания больным своего заболевания. В процессе этой работы необходимо было одновременно показать больному правильный и единственно возможный выход из создавшегося положения. В противном случае сильная первая аффективная реакция больного на осознание им своего заболевания может привести к психогенному возникновению депрессии.

Для повышения эффективности этого вида психотерапевтического воздействия на больного особый акцент сделали на том, каким человеком его считают окружающие, в том числе родные и близкие. Наводящими вопросами больному давали прочувствовать, как тягостно, например, его пьянство для жены, детей; раскрыть их состояние отчаяния т. д.

При проведении групповой психотерапии в бодрствующем состоянии, когда в группе находился больной с синтонным типом личности, важно было подробно остановиться на вопросе о происхождении и неадекватности его шуток. При этом специального освоения требует вопрос о критической оценке таких «шуток».

Перед проведением сеансов коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больным объяснялась в индивидуальной беседе важность этого этапа лечения, учитывая особо негативное отношение этих больных к рвотным реакциям. Эффективность психотерапевтического воздействия на личность больного увеличивалась, если во внушениях раскрывалась сущность переживания родными и близкими их пьянства.

Наблюдения показали, что тошнотно-рвотная реакция на слово «водка» в большинстве случаев возникала к 4—5-му сеансу, в отдельных случаях даже скорее.

К особенностям отношения окружающих к трезвости больного данной группы после лечения относится то обстоятельство, что они всегда оставались желанными гостями на всякого рода торжествах, сопровождавшихся приемом алкоголя.

Приводим пример наблюдений одного из больных данной группы.

Наблюдение № 5.

Больной Е., 1941 года рождения, инженер.

Мать больного мягкая, добродушная, обходительная, жизнерадостная, веселая, подвижная, любит быть среди людей. Больной похож по характеру на мать. Отец выдержанный, строгий, целеустремленный, сдержанный. Психических заболеваний в семье и среди родственников нет. Родители употребляли алкоголь за праздничным столом в небольших количествах.

Больной родился, когда матери было 25 лет, отцу — 31 (от третьей беременности, в срок, роды без особенностей). До 8 месяцев вскармливался грудью матери. Своевременно начал держать головку, сидеть, в конце первого года хорошо ходил, говорил отдельные слова. Больной

воспитывался родителями. С малых лет очень общительный, живой, веселый, добродушный. В детстве перенес корь, скарлатину в легкой форме без осложнений. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, но впоследствии предпочитал занятиям общество сверстников, шумные, веселые ватаги ребят, из-за чего стал учиться посредственно. Умел постоять за себя, когда вынуждали обстоятельства, дрался, отличался веселым, общительным характером. В общении с людьми искал дружбу, всегда был разговорчив и довольно откровенен. Любил, чтобы окружающие знали его точку зрения. Общался с людьми, сверстниками, как из-за желания получить новые сведения, послушать о чем-то интересном, так и просто ради времяпровождения, пустого разговора. Друзей имел много, дружил со всеми, с кем сводили обстоятельства. Дружил и с людьми, поступки которых он не одобрял. К себе и к людям не очень требователен. В общении с людьми никогда не был подозрителен, не искал в них недостатков, а, наоборот, видел прежде всего достоинства человека. Всегда предпочитал и предпочитает личное общение с людьми. По пустякам не раздражался и ко многому относился с добродушным юмором; не обижался, если над ним подшучивали, сам любил подшучивать над кем-нибудь без злого умысла, ради веселья. Всегда легко, без колебаний принимал решения. Скрывать свои мысли и чувства ему было всегда трудно; когда весело, он не мог сдержать смех; когда злился, не мог сдержать гнев, отругав кого-либо, быстро успокаивался. Обиду прощал легко, внутри себя злобы, обиды никогда не держал. Любил безобидно, без злого умысла, без корыстной цели похвастаться среди сверстников, никогда не отмечал у себя робости, стеснительности, даже в незнакомом обществе. Охотно знакомился с людьми, легко с ними сходилась. Находясь в общественных местах, на транспорте, заговаривал с незнакомыми людьми, любил ходить туда, где шумно и весело, предпочитал общество веселящихся людей. Когда скучно, старался устроить что-либо веселое или просто посплетничать, чтобы развеселить себя. Любил читать что-нибудь смешное, произвольно запоминал это, пересказывая затем знакомым. Отношения с родителями всегда были хорошими, уступал из-за нежелания огорчать, причинять им страдания. Никогда не было даже желания «насолить» родителям или кому-либо еще.

К природе, животным в общем относится равнодушно, но никогда жестокостей по отношению к животным не проявлял. Больного больше влекут к себе люди, общение с ними, разговоры. Настроение всегда приподнятое, почти всегда оптимистически настроен. Считал, что по сравнению с большинством людей он достаточно способен и сообразителен. Иногда настроение у него менялось в сторону грусти, без видимых внешних причин. Увлекался спортом (футбол, плавание и т. д.). Любил все подвижные игры, терпеть не мог играть в шахматы. Никогда не беспокоился о состоянии своего здоровья. В школе пропускал занятия, так как не хотелось делать домашние задания, не доставляло удовольствия сидеть на уроках, одолевала скука и т. п. Отношения с одноклассниками были хорошие, его уважали за веселый нрав. Гурман, любил поесть, наслаждался возможностью поспать, понежиться в постели. Половое влечение

пробудилось в 13 лет. К женскому полу относился с уважением, без цинизма. Открыт в своих чувствах. Никогда не стеснялся женского пола, с легкостью вступал в контакты. Окончил 10 классов, поступал в институт, но не прошел по конкурсу. Долго не переживал неудач, веселое настроение, оптимизм, уверенность в том, что рано или поздно он поступит в институт, затушевывали неудачу. По словам больного, его родители больше переживали, чем он. Устроился работать на завод по специальности фрезеровщик. Быстро усвоил специальность, считался неплохим специалистом. На заводе быстро сошелся с людьми, «через несколько дней был со всеми знаком, считался своим», конфликтов с сослуживцами, мастерами никогда не было. Свободное время проводил в компании сослуживцев, сверстников в пустых разговорах, выпивках, продолжал увлекаться спортом. В 1961 году поступил в институт технического профиля. Учился средне. Занимался от сессии до сессии, так как учеба не доставляла удовольствия. Учился для того, чтобы сдавать сессии. Предпочитал проводить свободное время в шумной веселой компании, в застолье, с девушкой. Говорит, что предпочитал находиться в ПНИ («пивной напротив института») и только для сдачи сессии переходил дорогу, т. е. в институт. В группе, на факультете отношение со всеми было хорошее, где его также любили за веселый нрав, озорной характер, постоянные шутки и т. д. Был организатором «культпоходов» с лекций в кино и др.

В 1965 году перенес травму — перелом позвоночника в шейном отделе, прыгнул в мелкий водоем. Около 5 месяцев находился в больнице. Случившегося долго не переживал: «...случилось, так случилось, ведь не вернешь утраченное». В больнице не унывал, не давал унывать и соседям по палате, к гипсовой повязке быстро привык. В связи с травмой взял академический отпуск. После выписки из больницы два года находился в академическом отпуске, но не из-за последствий травмы, а скорее из-за желания «пожить спокойно». Был восстановлен в том же институте на вечернем факультете и одновременно продолжал работать в должности инженера. С работой справлялся, отличался деловитостью, умением ладить с подчиненными. В 1969 году окончил институт, поступил на работу в НИИ. Свободное от работы время опять проводил в шумных компаниях, в застолье. В то время стал жить отдельно от родителей. Организовывал у себя дома выпивки, вечеринки. Обладал веселым, озорным и в то же время добрым характером, способностью быстро сходить с людьми, имел большое количество товарищей, среди них и больших любителей выпивок. Перед поступлением в больницу из-за постоянных кутежей, пьянок, прогулов был уволен с работы. 3 месяца нигде не работал, пьянствовал, избегал встреч с родителями под разными предлогами, так как, по его словам, ему было стыдно им в глаза смотреть, не мог переносить материнских слез. В больницу поступил под воздействием родителей.

Познакомился с алкоголем в 18 лет на выпускном вечере. Выпил около 200 мл водки, появилась эйфория, желание еще выпить, тошноты, рвоты не было. Работая на заводе, начал злоупотреблять алкоголем. Сначала в среднем один раз в неделю с товарищами по работе, но в дальнейшем втянулся и пил около 2-3 раз в неделю. Тогда уже заме-

тил, что количество выпиваемого спиртного возросло до 500 мл водки. В институте пил при каждой возможности, активно стремился к застолию. В 1963 году потеря контроля — «выпью сто граммов водки и появляется жажда к спиртному, невозможно сдержаться». Больной стал напиваться до опоя. В 1966 году абстинентный синдром по астено-депрессивному типу: «...появилась нужда в опохмелении, так как по утрам после выпивок накануне — дрожь в теле, душевный дискомфорт, повышенная раздражительность, резко снижено настроение». С 1970 года псевдозапой по 3-4 дня, прогулы на работе. Толерантность в последнее время не изменилась. Палимпсесты, амнезию в состоянии опьянения, психотические состояния отрицает. Суррогаты не употребляет. Изменился характер в состоянии опьянения, стал возбудим, взрывчат, грубил родителям, раньше же всегда был веселым, балагуром. Родные и близкие отмечают, что в последнее время стал раздражительным, а все остальное в характере (юмор, повышенное настроение, общительность, бахвальство, склонность «приврать», естественность, доброжелательность) остались без изменения.

В кабинете врача естественен, доброжелателен, никого не винит в своем пьянстве, «сам виноват, что с работы уволили, там хороший коллектив подобрался, спортом увлекались», но тут же утешает себя, что, мол, все обойдется, полечится. Настроение повышенное, на вопросы врача, чем увлекается, кроме выпивки, рассказывает с азартом о своих увлечениях горнолыжным спортом, турпоходами, как там было весело. Объем знаний соответствует образованию. Память довольно хорошая, «все на лету схватываю». Шутит по поводу больных в палате, тонко подшучивает и над собой. Настроение снижается при разговоре о родителях, считает, что доставил им много хлопот и неприятных переживаний. Представляет, как им неудобно перед знакомыми, что их сын нигде не работает.

Неврологически: без очаговой симптоматики. **Соматически:** правильного телосложения, средней упитанности. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Сердце — тоны ритмичные, АД 120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется. Анализ крови, мочи, билирубин в пределах нормы.

После того как был собран анамнез жизни и заболевания, установлен тип личности больного, ему было показано наличие у него алкоголизма, с чем больной первоначально согласился: «Да, сходство с тем, что вы говорите, есть». В дальнейшем же, когда больной узнал, что из этого вытекает необходимость полного воздержания от алкогольных напитков на всю жизнь и при анализе его жизни была показана «виновность» алкоголизма в его судьбе, больной стал отрицать это, рассуждая о том, что иногда люди не пьют и тоже не работают какой-то период времени. Игнорировал в своих рассуждениях, в прямом смысле слова, многие факты, противоречащие его алкогольному психическому настрою, исключал их из своих рассуждений. Рассуждал о том, что он не пропойца, просто в последнее время «перебирал». Разговор с больным перерастал в спор, в котором он все больше и больше упорствовал. На вопрос о том, почему он в больнице, больной ответил, что родителям, врачам и некоторым

другим категориям людей кажется, что они всегда правы, и приходится иногда внешне соглашаться с ними, чтобы не портить отношений, не обижать родителей. Больному было высказано пожелание быть с врачом искренним и что в этом споре нет ничего плохого, а это естественный этап при лечении такого заболевания, как алкоголизм.

В последующих беседах нами были затронуты вопросы «аффективного» и «логического» мышления в отвлеченной, не относящейся к больному форме. Были показаны примеры и схемы аффективного мышления, где доминируют желаемые выводы, и под эти желаемые выводы подводятся все рассуждения. В то же время в исходных данных при анализе ситуации исключается то, что противоречит желаемому выводу, заключению. Приводились примеры того, как часто человек видит то, что он хочет видеть, что ему приятно, и не замечает неприятной реальности, а ведь только учет реального положения дел дает эффект, дает возможность настоящего, радикального решения вопроса.

Больной активно включался в разговор на данную тему, подчеркивал преимущества в этом плане логики, стремление многих ученых перевести все на математический язык и т. д.

С больным было условлено отбрасывать в своих рассуждениях критерий желаемость—нежелаемость, а стремление к реальности, с одной стороны, и учет всех предпосылок и степени их важности в анализе явлений жизни, с другой стороны. Брать реальный, свершившийся факт в чистом, неоправданном виде, как, например, переход улицы в неполюженном месте, а не второстепенные факты, то есть многие переходят, а меня оштрафовали, перехода нет и т. п., так же как и факт нахождения на даче и ежедневное пьянство в течение 3 месяцев.

В дальнейшем адекватное осознание болезни, актуализация болезни, осознание самого себя в сложившейся ситуации через анализ отношения с окружением стали реально достижимыми, хотя часто приходилось напоминать больному о том, что он мыслит под влиянием аффекта и что цель его высказываний — желание оправдаться, хотя цель разговора — не осуждение, унижение больного, а желание помочь разобраться, вскрыть реальные зависимости и связи, чтобы этих ошибок не допускать в дальнейшем.

В процессе этой работы акцентировалось внимание больного на переживании родителей его «падения», реально, со всей неприглядностью показывалась компания его собутыльников, которая собиралась у него на квартире, его шансы стать грузчиком в магазине, как и его собутыльники, хотя у него диплом инженера. В то же время в беседах постоянно возбуждались его воспоминания о занятиях горнолыжным спортом, туризмом, о которых он с радостью рассказывал. Совместно с его родственниками был решен вопрос о смене его места жительства при условии сохранения последующего контроля над больным.

Больной был включен в группу групповой психотерапии, как в состоянии бодрствования, так и гипнотическом состоянии. Была выработана эмоционально-отрицательная, тошнотно-рвотная реакция на спиртные напитки.

После выписки ему была назначена амбулаторно гипнотерапия по эмоционально-стрессовой методике. Первый месяц каждую субботу, в течение последующих пяти месяцев — раз в месяц. В дальнейшем только перед праздниками, когда в потребление алкоголя вовлекается большинство людей.

Ремиссия 1,5 года. Рецидив произошел под воздействием сотрудников на новой работе. Больному было сказано за праздничным столом: «Молодой, здоровый и не пьешь, значит, алкоголик, а перед нами хочешь быть хорошеньким, положительным». Больной с целью доказать обратное выпил.

Таким образом, больной «познакомился» с алкоголем в возрасте 18 лет. Его первая реакция на состояние опьянения была «положительной». С 19 лет он начал употреблять спиртные напитки систематически 2-3 раза в неделю. Толерантность увеличилась до 500 мл водки. В 22 года сформировался симптом потери контроля над количеством потребляемого алкоголя, а в 25 лет — абстинентный синдром, проявляющийся преимущественно астено-депрессивным вариантом, то есть через 6 лет систематического употребления алкоголя сформировались основные симптомы алкоголизма. В 29 лет потребление алкоголя протекало по форме псевдозапоев. Наступила дезадаптация его в обществе и на работе.

Опираясь на личностные свойства больного, в процессе психотерапевтической работы удалось сформировать у него мотивы трезвенничества. Результаты этой работы благоприятно сказались на исходе лечения (ремиссия продолжалась свыше 1 года).

Анализ деятельности ремиссий подтвердил правильность выработанной в процессе лечения больных с синтонным типом личности психотерапевтической тактики, учитывающей психологические особенности больных этой группы.

4. Психотерапия больных с астеническим типом личности

В данной группе больных наблюдалось 9 человек. Это были робкие, застенчивые, нежные, чувствительные люди, страдающие от всякого грубого прикосновения. Часто они падали в обморок при виде крови. Больные с трудом сходились с людьми, неловко чувствовали себя среди малознакомых людей. Больные, как правило, оказывались не способными к отстаиванию своих интересов, проявляли робость в общении. В одиночестве скучали, а в обществе чувствовали себя неуютно. Легко ранимые, обиду помнили долго, но не были злопамятными или мстительными. Их замкнутость была часто следствием чрезмерной чувствительности (Г.В.Морозов, Н.К.Шубина, 1973).

Вспыльчивые и раздражительные (особенно при каком-

либо недомогании, усталости, они в то же время легко истощались).

Главной особенностью больного алкоголизмом с астеническим характером являлось сочетание ранимого болезненного самолюбия с чувством неполноценности.

Нередко в наркологическом стационаре они стремились скрыть свой внутренний душевный мир за искусственной развязностью, показными заносчивостью и холодностью.

Больные данной группы не отличались высокой толерантностью к алкоголю. В большинстве случаев первое в жизни опьянение переносили тяжело. При этом возникали тошнота, рвота, головокружение, разбитость в теле и т. п. Поэтому становление систематического злоупотребления происходило медленно. Но со временем состояние опьянения превращалось в своеобразное компенсаторное состояние личностных особенностей. Оно снимало застенчивость, робость, неуверенность в себе, чувство собственной неполноценности. Больные увеличивали частоту традиционных для их микросреды употреблений алкоголя.

При формировании симптома потери самоконтроля над количеством потребляемого алкоголя больной, чувствуя, что не управляет процессом выпивок в такой степени, как раньше, терзался по этому поводу в трезвом состоянии и под влиянием окружения становился еще более робким, застенчивым, неуверенным. В связи с этим больные пытались какой-то промежуток времени не пить, но очередная неприятность приводила к оживлению первичного патологического влечения.

Абстинентный синдром протекал в основном по астено-невротическому или астено-ипохондрическому варианту. В структуре абстинентного синдрома обострялось чувство малоценности, неуверенности, виновности перед родными и близкими. Возникали идеи отношения (люди над ними смеются, взглядами показывают — вот, мол, пьяница идет, трясется, вот какой никчемный человек). Склонность к тонким, достаточно глубоким эмоциональным переживаниям не страдала в начале заболевания, а, наоборот, иногда усиливалась душевное страдание больных. В то же время их плохая способность выражать свое душевное переживание вовне усиливалась под влиянием изменившегося отношения род-

ных и близких. Больные еще больше замыкались, уходили в свои душевные переживания, терзания.

Состояния опьянения нередко сопровождались взрывчатостью, злобой против лиц, которые в какой-то мере «тиранили», «унижали» их, особенно против жен, которые нередко насмехались над их нерешительностью, неумением постоять за себя. В дальнейшем состояния опьянения иногда изменялись по дисфорическому или апатическому типу. Дисфория носила оттенок раздражительности, готовности к вспыльчивым реакциям.

Амнезии состояния опьянения усугубляли переживания больных, их внутренний дискомфорт, чувство тревоги.

Присутствие инфантильного радикала способствовало появлению истерических реакций.

В данной группе больных, при условии проявления к ним искреннего желания помочь и искреннего сочувствия, можно было добиться установления тесного психотерапевтического контакта. У больных легко возникало осознание заболевания. Механизмы «психологической защиты» носили нестойкий характер и в большинстве случаев разрушались врачом. Полезным приемом оказалась демонстрация больному на примерах его жизни, к чему приводит оправдание себя взамен решения реальных проблем радикальным образом.

Как показал анализ эффективности психотерапевтической работы, у больных с астеническим личностным складом выработку осознания заболевания необходимо сочетать с правильным и критическим пониманием больным своих особенностей.

Существенно, что при разборе врача вместе с больным его жизни и заболевания (при этом напоминалось, что такой разговор преследует цель не унижить больного, а помочь ему) следует подвергать анализу следующие вопросы: а) каким он себя считает; б) каким он хочет, чтобы его считали; в) каким его считают другие; г) каков он на самом деле; д) какой ущерб ему приносит алкоголь и т. п. Необходимо было показать положительные стороны их личности и те отрицательные моменты в жизни, которые присоединились в связи с формированием алкоголизма. Как правило, такие больные завидовали тем, кто не испытывал затруднения в общении с

людьми, был активным, деятельным, в обществе не испытывал угрызений совести по пустякам. Показывали больным, как приятны окружающим людям их душевные свойства, которых они стеснялись, из-за которых они страдали, в то время как повышенная общительность была часто тягостна для окружающих. Степень внимания к этим вопросам соответствовала интенсивности звучания их в переживаниях больного. Использование их в психотерапевтическом воздействии прямым образом влияло на исход лечения, приводя к увеличению длительности ремиссии.

В сеансах групповой психотерапии помимо темы беседы важно было давать больным индивидуальное задание проявлять активность в высказываниях своих точек зрения по всем вопросам, поднимаемым в беседах, в целях возможности последующего их коррегирования, оценивать положительные и отрицательные стороны личности других больных, их ошибочные мнения. Все это воспитывало у больного активность, а адекватная оценка других больных делала его смелее, смягчала чувство «неполноценности» и неуверенности.

При проведении сеансов коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии наиболее эффективным оказалось внушение больным чувства собственного достоинства, уверенности в себе, в своих силах и способностях. Раскрывалась сущность того положительного, что есть у них в характере, их способностей, те преимущества, которые эти черты характера дают больному перед другими людьми. В то же время разъяснялось, что те черты характера, которые приносят больным тягостные переживания, не являются отрицательными в глазах окружающих. Как показал анализ клинических наблюдений, внушения должны носить характер заботы о больном, о его будущем, в то же время подчеркивать уважение к нему как к человеку.

Предварительное разъяснение больному необходимости выработки тошнотно-рвотной реакции на спиртные напитки предотвращало возникновение обиды, сопротивления после первого сеанса гипнотерапии. Тошнотно-рвотная реакция на слово «водка» возникала быстро — на 4—5-м сеансе.

Как показал анализ, своеобразным кризисным моментом, возникающим у больных после выписки из стационара, особое внимание должен уделять проблеме подготовки больных

к возможной насмешливой реакции пьющего окружения на их трезвенничество. Этим больных особенно тяжело ранили соответствующие насмешки и намеки. Напротив, необходимо было выработать у них чувство гордости своей выдержкой и сопротивлением уговорам некоторых окружающих лиц.

В процессе работы с родственниками обращалось особое внимание на высокую чувствительность больных ко всякой неискренности, на их стеснительность. Так, например, фраза «Он у нас трезвенник», произнесенная с насмешливой ноткой, могла глубоко ранить больного.

Приводим пример истории болезни больного данной группы.

Наблюдение № 6.

Больной К., 1923 года рождения, образование высшее, преподаватель в институте.

Среди родителей и родственников душевнобольных, странных людей, чудаков нет. Родители употребляли спиртные напитки в небольшом количестве только в праздничные дни. Мать мягкая, добрая, заботливая, отзывчивая, спокойная по характеру. Отец строгий, но справедливый, уравновешенный, во всем рассудительный. Материальные условия жизни в детстве и юношеском возрасте тяжелые. Родился в срок, тринадцатым ребенком, роды без особенностей. Раннее развитие правильное. Во время стал держать головку, сидеть, ходить.

В школу пошел с 7 лет, учился на «отлично». Из предметов легко давалась физика, математика. Со знакомыми и сверстниками был общительным. Предпочитал дружить с ребятами, которые моложе его на один-два года, так как считал себя малого роста, был ниже всех своих сверстников, об этом ему неоднократно «напоминали» ребята и взрослые. Это очень ущемляло его самолюбие, делало общение со сверстниками нежелательными. Много читал, особенно Чехова, Джека Лондона, Купера, а потом рассказывал с увлечением товарищам, которые поэтому относились к нему с интересом и уважением. Научился играть на гармошке и баяне. Пробовал рисовать, перерисовывать репродукции картин, и получалось. Окончил среднюю школу с отличием.

По характеру с детства стеснительный, легко ранимый. Неловко чувствовал себя среди незнакомых людей, застенчив. Часто приходилось бороться самим с собой, чтобы не показать свою застенчивость. Переживал часто чувство стыда, испытывал угрызение совести от одной только мысли, что не так что-то сказал, сделал или что его могли не так понять. В то же время больному не присущи болезненные сомнения, самокопание, которые причиняли бы ему страдания. Не эгоист, но и не совсем альтруист, самокритичен. Имеет тенденцию к самоанализу, самокопанию. Часто заступался за других, защищая их права, иногда даже во вред себе.

Искал среди людей только дружбу. К людям тянулся, так как «каждый человек по-своему интересен». Любил иногда побыть один, посидеть, подумать наедине с самим собой. Боялся крови, и ему становилось плохо при виде ее. Любил шутку, но без злобы, злого умысла. Не упрямствовал, никогда не кляузничал, многое людям прощал. Не властолюбив, командовать не любил. Больной подчеркивает, что любил организовывать, активно в этом деле участвовать, но не командовать. Бывал раздражителен, иногда испытывал чувство усталости. Не склонен преувеличивать свои несчастья, чтобы добиться сочувствия, помощи у других. Считался с мнением других. Не любил подвергать себя опасности из-за чувства риска. К родителям, родственникам отношение теплое, дружественное, любил природу и животных. Держал собак, кошек, кроликов, любил ухаживать за ними. К вещам отношение бережливое, но культа из них никогда не делал, довольствовался имеющимся у него в наличии. Влиянию моды не подвержен. Скучал при разговоре о моде. Всегда аккуратен и пунктуален в работе, но не всегда по отношению к самому себе, к своей внешности и образу жизни. О своем здоровье заботился мало, мнимых болезней никогда не искал. Легко устает.

В 1941 году был призван в армию. Окончил среднее авиационное училище, потом высшее. Совершал боевые вылеты. В полетах был смелым, волевым, робости, стеснительности не испытывал, чего нельзя сказать при общении с сослуживцами. В армии слыл дисциплинированным, исполнительным. Пользовался уважением сослуживцев за добросовестное отношение к службе и среди близких людей — за умение ободрить, развеселить, за игру на баяне. При обращении с девушками был стеснительным, с будущей супругой познакомился на танцах, когда был приглашен на «дамский танец».

В 1947 году был демобилизован из армии. Поступил в институт гуманитарного профиля, который в 1952 году окончил с отличием. Был оставлен в аспирантуре. После защиты диссертации работал на практической работе (преподавателем в институте).

Женат с 1947 года. К детям относится с любовью, но требователен к ним, по мере надобности проявлял строгость. «Женой формально командует, но она умудряется всегда делать по-своему».

Познакомился с алкоголем в 17 лет. Выпил 50 мл водки. Пить было противно, но не хотел опозориться в глазах людей. Выпивка не понравилась, была тошнота, рвота, в течение двух дней мучила головная боль. После этого случая отказывался от приема спиртного. С 1944 года стал изредка употреблять спиртное с сослуживцами. Постепенно втянулся в выпивку. Заметил, что выпивка смягчает, снимает стеснительность, застенчивость, облегчает обращение с людьми. Стал прибегать к алкоголю, как к «растормозителю». С 1946 года стал злоупотреблять по 3-4 раза в месяц. Толерантность увеличилась до 400 мл водки (раньше была 200 мл).

Потеря контроля с 1946 года, но напивался до опоя в очень редких случаях. Абстинентный синдром с 1947 года по астено-невротическому типу.

За время учебы в институте, в аспирантуре злоупотреблял алкоголем очень редко — 2-3 раза в год, так как видел цель своей жизни в получе-

нии образования. Нравилась учеба, был отличником, его ставили в пример другим в институте. Чувство ответственности перед семьей, перед коллективом института заглушали влечение к спиртному. Работая на практической работе, снова стал злоупотреблять алкоголем.

В 1960 году лечился по поводу алкоголизма в больнице. Ремиссия 2 года. Срыв произошел на банкете, так как больной в ту пору работал на административной работе и приходилось организовывать банкеты. Пил почти ежедневно по 300 мл водки, с явлением алкогольной анорексии. В 1963 и 1964 годах лечился амбулаторно рвотными смесями, ремиссии по 6 месяцев.

В последнее время изменился по характеру, стал еще более стеснительным. Отмечает повышенную раздражительность, вспыльчивость, истощаемость, нарушение сна по типу затруднения засыпания.

В связи с педагогической работой (невозможность опохмеляться утром) у больного выработался отставленный абстинентный синдром, который возникает к концу рабочего дня: «Сосет под ложечкой, дрожь в руках, подозрительность», кажется, что все на него смотрят, как на пьяницу, хотя запаха изо рта нет. Больной почти ежедневно за ужином выпивает по 250 мл водки. Сейчас часто применяет алкоголь как стимулятор, чтобы «снять с себя усталость», «заниматься в вечернее время наукой».

Палимпсесты, амнезию состояния опьянения отрицает. Изменилось состояние опьянения, стал злобным, агрессивным по отношению к родным. Наблюдаются не резко выраженные явления алкогольной анорексии. Психотические явления отрицает. Больной поступил в больницу в связи с тем, что «не в силах самостоятельно побороть стереотип своего поведения и не пить после работы спиртное».

Психический статус. В кабинет врача входит неуверенно, в движениях неловкость. В контакт вступает с оттенком нерешительности, краснея, говорит о том, что его привело в больницу. Ориентирован в месте, времени и в самом себе. Адаптировавшись, охотно рассказывает историю своей жизни, при этом особенно акцентирует свое внимание на том, что он нерешителен, стеснителен.

С чувством горечи и сожаления говорит о том, что есть такие «толстокожие», которых ничто не может вывести из себя. Рассказывая о злоупотреблении алкоголем, оживляется, краснеет. Интеллект соответствует полученному образованию.

К своему заболеванию относится с полной критикой, высказывает желание лечиться.

Психотической симптоматики не выявлено. Явления абстиненции, тремор рук, дрожь в теле, гипергидроз.

Сомато-неврологический статус без особенностей.

Лечение. Общеукрепляющая, дезинтоксикационная, седативная терапия.

После того как был собран анамнез жизни и заболевания, установлен тип личности, психотерапевтические условия были направлены на правильное, реальное осознание самого себя, своих поступков, образа жизни, положения в обществе. В процессе этой работы было особенно обращено внимание на его положительные качества, в частности на те, которых он

стеснялся, считал себя человеком малоценным, незначительным, в какой-то мере даже незначительным по сравнению с другими. Было показано, что его малый рост, который в детстве доставлял так много недовольства и разочарований, никак не отразился на его жизни в отрицательном смысле. Его стеснительность, затруднения в общении способствуют в какой-то мере внутреннему развитию, и его стеснительность в противоположность развязности в общении приятна для людей и т. п.

Усилия были направлены на то, чтобы больной знал и правильно оценивал свои черты характера, видел в них положительные стороны, сознательно относился к этому, иногда заранее предвидел проявления своих черт характера и понимал, что все эти стеснения, чувство неуверенности исходят не от реального положения дел, а от его личностных особенностей. Параллельно этому обращали внимание больного на его истинно отрицательные стороны, которые привнесены алкоголизмом, на то, как он выглядит в глазах родных и близких людей, товарищей по работе вследствие его пристрастия к спиртному. Была показана обманчивость стимулирующего эффекта спиртных напитков, кажущийся подъем творческих возможностей. Больной согласился с этим анализом его работы в нетрезвом состоянии, так как выяснилось, что больной часто переделывал свою работу.

После полного снятия явлений интоксикации больной был включен в группу больных для проведения групповой психотерапии, как в состоянии бодрствования, так и в гипнотическом состоянии. Эмоционально-отрицательная, тошнотно-рвотная реакция на алкоголь выработалась на 7-м сеансе гипнотерапии. Наряду с гипнотерапией по эмоционально-стрессовой методике проводились сеансы удлиненной гипнотерапии по В.Е.Рожнову.

После выписки из больницы в амбулаторных условиях проводились подкрепляющие сеансы гипнотерапии: первые 3 месяца — 2 раза в месяц, в дальнейшем — раз в месяц, при этом в фазе мотивирующего внушения уделялось внимание констатации положительных результатов.

Ремиссия прослежена в течение года.

Из истории болезни видно, что больной с 21 года начал систематически злоупотреблять спиртными напитками. Состояние опьянения компенсировало некоторые его личностные особенности (стеснительность, застенчивость). Толерантность увеличилась до 400 мл водки. В 23 года возникла потеря самоконтроля. В 24 года сформировался абстинентный синдром, который протекал по астено-невротическому типу. Изменился характер состояния опьянения.

Таким образом, через 3 года от начала систематического употребления алкоголя развивались основные симптомы алкоголизма. Микросреда, ее требования определенным образом влияли на интенсивность пьянства. Личностный склад больного представляет собой вариант нормы с астеническими психологическими чертами. Прослежена ремиссия свыше года.

Данный раздел взят из ранней работы, когда еще не была завершена разработка, технология, конкретное содержание психотерапевтической работы, превращение больного алкоголизмом в трезвенника, то есть не завершена разработка алкогольной позиции больного, модели трезвенника, но такое положение вещей помогает показать более выпукло личностный подход, логику психотерапевтического воздействия, сообразуясь с личностными особенностями больного.

5. Особенности общения врача с больным алкоголической зависимостью

Данный уровень развития психотерапии повысил внимание к малоизученным методологическим аспектам общения врача и больного алкоголизмом во время лечебного процесса. Большинство наркологов вынуждено строят свою тактику общения с больным, исходя только из своего личного опыта, наблюдений. Между тем от того, как врач подходит к проблеме общения с больным, от глубины и всесторонности методологического построения психотерапии зависит во многом перестройка больного на трезвенническую позицию, успешность выработки трезвеннической установки, что, в конечном счете, определяет успешность лечения.

В обычной клинической практике врач в первую очередь ищет объективные признаки заболевания, в то время как для больного в центре внимания всегда стоит его субъективное личное переживание болезни. Эти особенности очень рельефно выступают в наркологии. Важно не ограничиваться на первых же этапах взаимоотношений с больным выявлением объективных симптомов алкоголизма и установлением диагноза, но и учитывать субъективную сторону болезни, внутренний мир больного. Ограничение общения врача с больным только задачей объективизации симптомов и синдромов болезни — постановкой диагноза сводит психотерапевтическое влияние на больного до минимума.

Степень индивидуализации и связанной с нею действительности рациональных психотерапевтических построений за-

висит прежде всего от того, берет ли врач в расчет в процессе общения с больным его субъективные переживания, умеет ли он показать больному, что эти субъективные ощущения, переживания (для больного они «объективны, реальны, достоверны») важны для врача, и он понимает душевное состояние больного, его тревоги, заботы. Глубина использования субъективных переживаний пациента обеспечивает особое психотерапевтическое «качество общения» врача и больного.

В наркологии общение, взаимодействие личности врача и пациента, можно сказать, выступают как основной, ведущий метод и способ профессиональной деятельности.

Как происходит обмен информацией между врачом и больным алкоголизмом? По каким закономерностям осуществляется обмен мнениями, суждениями, знаниями, переживаниями, интересами, личностными ценностями и т. д.? Как уточняются и согласовываются в процессе психотерапевтического общения задачи, потребности, цели больного с профессиональными задачами, целями врача, как устанавливается общность стремлений, взаимопонимание? Как происходит усвоение больным нужных с точки зрения терапии образа мышлений, установок, поведения? Знание врачом этих вопросов существенно влияет на ход лечения.

Больной при обращении к наркологу может преследовать различные цели, нередко далекие от задач излечения: 1) улучшить психосоматическое самочувствие; 2) прервать запой; 3) с врачебной помощью выйти из трудной семейно-бытовой или производственной ситуации; 4) немного подлечиться и пить умеренно; 5) «откупиться» пребыванием в стационаре за проступки перед родственниками; 6) не пить какой-то промежуток времени; 7) наконец, достичь полного, «настоящего» излечения от алкоголизма. В соответствии с этим у больных могут быть разные установки на встречу с врачом, разная степень подготовленности к ней: 1) явка без предварительной подготовки, продумывания ситуации («что будет, то будет, там, на месте ориентируюсь»); 2) открытое желание переложить свои беды на врача («каким есть, таким и представляюсь, что и как есть, то и выложу — пусть все делает, что считает нужным, пусть помогает»); 3) безразличие — «много таких бесед было, знаем мы вас, все вы на одно лицо («не пей»), и эта беседа ничего не изме-

нит»; 4) стремление ввести всех, в том числе и врача, в заблуждение, выгородить себя; 5) быстрое и «покорное» включение в привычную ситуацию лечения с явным стремлением использования прошлого опыта для получения поблажек и поощрений.

Не подлежит сомнению, что из встречающихся вариантов отношения врача к больному и процессу лечения (а) доброжелательного, оптимистического по отношению к результатам лечения; б) доброжелательного, сочувственного, но с оттенком пессимизма в лечении; в) формального, шаблонного: «алкоголик — провел курс лечения и выписал», г) пренебрежительного) право на жизнь имеет только первое.

Важное значение для проведения успешной психотерапевтической работы имеет установление психотерапевтического контакта.

Психотерапевтический контакт — это в первую очередь взаимодействие с душевным миром больного, с его переживаниями, чаяниями, заботами. Это «сцепление» сути нашего воздействия с содержимым его психической сферы (интеллектуальной, эмоциональной, волевой), с компонентами его личностной структуры, с его «Я». Для установления психотерапевтического контакта важна близость установок врача к внутреннему миру больного, к структуре и форме его отношений к окружающей действительности (хотя бы в чем-то одном, может быть, и неглавном для больного); опираясь на эту близость, можно влиять и на другие сферы внутреннего мира пациента.

Уже при изучении анамнеза жизни и заболевания существенно важно проследить путь самоутверждения больного в жизни, форму и содержание его на разных этапах жизни и, в частности, в болезни. Используя эти знания в общении с больным, мы можем открыть для него иной путь самоутверждения — неалкогольный, общечеловеческий, общепринятый — взамен того образа, в котором он существовал в среде собутыльников. Раскрывая путь положительного самоутверждения, проявляющегося поначалу только в контакте с врачом, мы и углубляем контакт с больным, и закладываем основы трезвеннической перестройки личности.

Больные алкоголизмом в общении часто с большим трудом отрываются от стереотипов поведения и мышления, образа действий и общения, свойственных группам пьяниц. Ино-

гда это обусловлено тем, что они и не видели в своей среде другого способа общения, у них не было достаточного количества обстоятельств, чтобы внутренне прочувствовать жизненную значимость и достоинство положительного стиля общения (быть заодно, соглашаться, присоединяться к мнению людей с общепринятыми положительными установками, которые по-настоящему хотят ему добра, хотя и препятствуют удовлетворению некоторых вредных чувственных побуждений). Наоборот, часто у больного в наличии имеются только приемы оппозиции, борьбы, сопротивления, защиты, и он начинает их проявлять там, где не следует, тотально, во всех случаях, в том числе и в контактах с медицинскими работниками.

Некоторые больные особенно чувствительны и нетерпимы ко всяким воспитывающим воздействиям (вследствие особенностей микросоциальных условий, воздействия администраторов и родственников — чрезмерного, но неумелого, неглубокого, или даже опыта пребывания в колониях). Поэтому врачу важно бывает научиться строить общение с больным таким образом, чтобы в беседе активная роль периодически переходила от врача к больному. Необходимо, не давая больному доминировать в сфере нашего воздействия, нашей компетентности, создавать искусственную ситуацию для доминирования больного (его специальность, увлечения, познания). В некоторых случаях важно бывает создавать обстановку интимности и доверительности в общении с больным (в разумных пределах), так как больные в такой обстановке раскрываются гораздо глубже, что имеет важное значение для проведения успешной психотерапевтической работы. Наблюдения показывают, что особенно важна обстановка доверительности в ситуации браводы больным своей самоуверенностью, душевной мощью, «безразличием» к своей судьбе и т. п. В таких случаях в дальнейшем нередко выявляется защитная роль такого поведения больного, заключающаяся в создании заслона от проникновения врача в его проблемы и заботы. Иногда такое защитное поведение принимает своеобразную форму внутреннего диалога больного, при котором производится внутренний пересказ слов врача, часто с определенной импровизацией, интерпретацией, своеобразным опредмечиванием, иной трактовкой целей: «Ага, говорит об этом!.. Ага, родители сказали и о пропитой получке!.. Ага,

врач упрасивает, уговаривает — давай, давай, ничего у тебя не получится» и т. д., и т. п. И как раз доверительное отношение больного к врачу помогает снимать такой внутренний диалог, оставляя только непосредственное, прямое восприятие.

Общение — это больной и врач лицом к лицу, процесс общения врача с больным является своеобразной позиционной игрой, коммуникативным процессом с соответствующими тактическими задачами и целями. По одну сторону стола — врач со своим душевным миром, профессиональными знаниями, установками, а по другую — больной со своим душевным миром, особым восприятием внешнего мира, оценкой своего образа жизни, со своими чаяниями, стремлениями и т. д. У врача эта встреча с больным — работа, его профессиональная деятельность. У больного: а) желанная встреча, потребность во врачебной помощи; б) нежеланная встреча с отсутствием внутренней потребности, мотива к этой встрече, когда только внешние обстоятельства заставили его «явиться» к врачу. Все это существенным образом предопределяет характер общения. Необходим тщательный анализ мотивов и побуждений, которые в данном конкретном случае объединяют или разъединяют, удаляют их позиции (врача и больного) друг от друга. Исключительно полезно при общении с конкретным больным научиться создавать в воображении образ, обобщенную модель того, что имеется (больной в его жизненной ситуации, с его личностными особенностями, установками, мировоззрением, жизненным опытом, наличием определенных эмоций, настроений и т. д.) и того, что нужно достичь в процессе общения, как в каждой отдельной беседе, так и в сумме нашего воздействия в процессе психотерапевтической работы с больным.

Клинические наблюдения показывают, что нередко у больных алкоголизмом внешнее поведение, объявленная позиция не отвечают их сугубо внутреннему состоянию (внешняя и внутренняя позиции больного). Обычно у таких больных внешняя позиция бывает положительной, а внутренняя — негативной по отношению к антиалкогольному лечению. Такой больной со всем охотно соглашается, с большой готовностью «идет» навстречу пожеланиям врача, в то же время его внутренняя, сугубо личностная позиция остается интактной. Важно бывает за такой маской готовности к психотерапевтическому воздействию увидеть и распознать ин-

тактную внутреннюю позицию больного, неподатливость его алкогольных стремлений. Вскрыв для себя это явление (или хотя бы предполагая его наличие), правильнее адресовать психотерапевтическое воздействие к отрицательной позиции, «игнорируя» внешнюю соглашательскую, не «замечая» ее. Иногда, чтобы не вызывать негативизма, полезно тему беседы перенести на других больных, поделиться воспоминаниями о своих бывших пациентах, искренне стремившихся к излечению и, исходя из необходимых сопоставлений и сравнений, адресовать нужные коррегирующие воздействия.

Нередко больной в процесс общения с врачом вовлекается только на отвлеченном, абстрактном уровне, безотносительно к его собственным жизненным проблемам, без переноса своих высказываний и слов врача на собственную душевную жизнь. В данном случае не затрагиваются его эмоциональная и волевая сферы, личностная сущность, его «Я» с ценностями и значимостями. Таким образом, когда чувственные влечения противоположны и влечение к спиртному доминирует — налицо чисто рассудочное, безличностное, отвлеченное, абстрактное восприятие общепринятого, мнений и желаний окружающих. Требования ситуации в этих случаях не воспринимаются образно, в них не вовлекается внутренний мир больного. Соответственно этому психотерапевтическую работу надо начинать с уровня общих исходных представлений о сущности и значимости трезвеннических позиций, «антиалкогольных чувств», восстанавливать их ценностную значимость. Изменением тактики воздействия на больного эти исходные данные последовательно связываются со значимыми явлениями его реальной жизни, с его представлениями о ценностях, с эмоциональными и волевыми проявлениями. Влечение к алкоголю — это в значительной мере чувственное, эмоциональное проявление психической жизни, и необходимо на этом уровне пытаться его затормаживать.

Психике больных алкоголизмом свойственно противоположное применение одних и тех же явлений, понятий, их смысловой сущности в разных сферах отношений: в общении с врачом, оценка явлений жизни и окружающего происходит у больного по одному, а, например, в среде пьянствующих лиц они меняются в противоположном направлении — больной квалифицирует эти соотношения не по их конкретному

содержанию, а по уровню межличностных отношений. Важно указывать больным на необходимость борьбы за стабильность намерений, сопротивления зависимости от некоторых людей, ситуаций (в данном случае от собутыльников, алкогольных ситуаций). В связи с этим врачу в процессе общения с больным алкоголизмом необходимо учитывать его умение и особенности самоподачи.

Психотерапевтический процесс должен заинтересовать больного, убедить его в необходимости этой работы. Проблема изменения человека в процессе его развития, эволюция его эмоций, чувств, представлений, понятий конкретно увязывается с его собственной эволюцией, с оценкой направления, в котором она шла и в чем сейчас больному нужно изменить себя, чтобы соответствовать сложившейся ситуации (наличие болезни, необходимость излечения и т. д.). Доброжелательно и доверительно подтверждается трудность отказа от привычного, укоренившегося, когда этого потребовала ситуация, здравый смысл, обращается внимание на роль самоотчета и контроля над своим состоянием: «что я в данный момент делаю, чувствую, что испытываю, к чему стремлюсь».

Успеху психотерапии способствует откровенное обсуждение многообразия и многогранности жизни, в процессе которой люди нередко оказываются неправыми, в чем-то ошибаются, заблуждаются, вынуждены в каком-то вопросе переоценивать и сдавать свои позиции. В этом нет ничего необычного, и если в процессе общения с врачом больной обнаруживает себя в таком положении, то это нормальное явление человеческой жизни. Небезынтересно, испытывал ли больной в прошлом желание или потребность сдать свои позиции в каком-либо вопросе, видел ли в этом деле целесообразность, умеет ли он их пересматривать. В этих обсуждениях больной учится проявлению гибкости, адаптируется в роли человека, осознающего свою неправоту (в которой он оказывается в результате наступления врача на его алкогольную позицию). Но при этом необходимо активное противодействие лечебному иждивенчеству и беззаботности пациентов — они должны сами за себя думать, решать трудности и проблемы. Больного желательно подвести к возникновению у него потребности во врачебной помощи, нужды во врачебных советах.

Врач управляет процессом общения и всегда имеет возможность прервать контакт с больным (по соответствующему поводу), если это целесообразно с точки зрения сложившейся ситуации. В некоторых других случаях достаточно только переключить общение с одной темы на другую с целью снять нежелательную эмоциональную реакцию больного, затушить ситуационно обусловленные негативизм, упрямство.

В зависимости от сложившейся ситуации, целей, задач врач в общении может выступать с разных позиций. Так, для установления более тесного психотерапевтического контакта можно выступать в общении с больным с сугубо личностной, своей индивидуальной человеческой позиции, отбросив ролевые позиции специалиста, администратора и т. д. В некоторых конфликтных ситуациях требуется более нейтральная личностная позиция делать акцент на административный статус (лечащий врач, зав. отделением). Такая тактика, несмотря на санкции, способствует сохранению личностного контакта с больным, создает ситуацию, способствующую осознанию больным своей неправоты («Как человек я вас жалею, вы же знаете и видите мое отношение к вам, но как зав. отделением я вынужден...»). Требование соблюдения законов, распоряжений, распорядка дня в общении нередко снимает излишнюю эмоциональность реакции больных, их межличностную обусловленность.

В работе с пациентами, тяготеющими к логическим доказательствам, целесообразно шире использовать профессиональный статус (наука говорит; медицинский опыт показывает; история наркологии констатирует). В результате этого врач как человек (которому можно возразить) нейтрален, но как представитель специальности, науки особенно весом. В некоторых ситуациях, возможно, строить общение с больным как с членом одного общества, представителем одного пола или жителем одного города. Опираясь на эти статусы, положения, есть возможность вести более эффективное воздействие на больного («Если все люди нашего города будут исходить из такого мировоззрения, так поступать, то...; если алкоголь, пьянство — важнейшие понятия счастья, счастливой жизни, тогда просто надо построить массу спиртных заводов и пить, ничем не занимаясь, не увлекаясь, — что будет тогда с обществом, а вы ведь исходите в реальной жизни из таких понятий!..») и т. д., и т. п.

Периодически врачу важно уметь посмотреть на себя, свои действия, высказываться с точки зрения больного, с этой позиции представить всю ситуацию, свои врачебные действия, их возможную эффективность. Чем полнее это удастся сделать, тем эффективнее наши воздействия, так как они в этих случаях максимально адаптируются к конкретному больному. Необходимо учитывать типы больных, их характерологические особенности (например, эгоизм, высокое мнение о себе, самолюбие, чувство своей непогрешимости) и строить сообразно им внушения, воздействия, доводы, стараться предвидеть, как больной расценивает тот или иной жест, слово, фразу врача, оценивать убедительность высказываний, распознавать ответные мысли, переживания при лечебном воздействии. Большое значение имеет уровень и полнота моделирования системы взглядов, мнений, установок пациента по всем вопросам многогранной человеческой жизни, и в особенности по отношению к проблеме пьянства.

Мерой доверия пациента к врачу и предпосылками успеха психотерапии служат полнота представлений о мыслях и чувствах больного, которые ему наиболее свойственны (суждение о пьянстве, склонность к угрызениям совести, стеснительность, романтичность или, наоборот, чувство превосходства, злобы и т. д.). Знание жизненного опыта больного — что пришлось ему пережить, перечувствовать, что усвоил, как воспринимает окружающее, те условия, в которых ему приходилось жить, работать, учиться; влияние на него семьи с ее ценностными установками, особенности влияния микросреды; как учился в школе, как реагировал на хорошие и плохие оценки, как исправлял трудные положения, в которые ему приходилось попадать, и т. д.

Общение должно помочь в высказываниях, выражении лица, мимике больного увидеть и изучить его личность, уяснить для врача исходный уровень, на котором нужно будет воздвигать трезвеннический образ мыслей, жизни. Путем клинического анализа важно находить скрытые мотивы и тенденции в целостной системе взглядов, сложившейся у больного, и на этой основе вскрыть ход его осознанных и неосознанных душевных движений. Речь идет о том, как данный больной моделирует окружающий его мир, что главное он выделяет в жизни (понятия, ценность представления и т. д.), на чем зиж-

дется его понимание и чувство жизни. Наблюдения показали, что у больных алкоголизмом, как и у всех людей, складываются осознанные модели окружающей реальности (понятия, представления и т. д.) и неосознанные. Последние, приводя к подражанию окружению, микросреде без достаточного осознания, осмысления, понимания явлений, их взаимосвязи к усвоенному в готовом виде, тормозят развитие способности к критической переоценке жизненных установок. Все эти явления надо учитывать в проведении психотерапевтической работы, способствуя процессу трезвеннической перестройки.

Что больному придает такую сильную субъективную уверенность в правомерности его установки на пьянство? Прямо выяснить эти вопросы бывает трудно, и на прямые вопросы больной обычно ответит: так принято, так заведено среди людей, все взрослые люди пьют и т. д. В одних случаях это личный эмоциональный опыт решения своих душевных трудностей, выход из определенных состояний, излюбленная привычка, от которой трудно отказаться. В других случаях решают впечатление детства, представление об употреблении спиртного как о пути самоутверждения, необходимом атрибуте самостоятельного человека.

Из вышесказанного видно, что в процессе психотерапевтического общения необходимо углублять и расширять уровень взаимопонимания между врачом и больным, не ограничиваясь поверхностными представлениями (врач — передо мной находится больной, страдающий алкоголизмом, у которого есть патологическое влечение к алкоголю, а больной — передо мной находится врач, борющийся с пьянством).

Вопрос «понимания» в психотерапии в целом и в психотерапии алкоголизма в частности является актуальным и важным, но, к сожалению, относится к разряду малоизученных. Общеизвестно, что одно и то же явление окружающей действительности разные люди воспринимают по-разному; особенности, характер понимания каждого больного зависят от его системы знаний, представлений, опыта предшествующей жизни. В то же время понимание — сложный мыслительный процесс. В его структуру входит задача вскрывать истинные, подлинные связи, отношения, существующие между явлениями реального окружения, задача постижения сущности явлений и предметов.

Как показал анализ клинического материала, понятийный аппарат больных алкоголизмом формируется особым путем. Обычно понимание явлений окружающей действительности строится на синтезе простых, элементарных понятий, приводящем к пониманию более сложных явлений, предметов. У больных алкоголизмом процесс понимания перестраивается, формируясь на основании удовлетворения или неудовлетворения патологического влечения к алкоголю, эмоциональных влечений, желаний.

Одна из причин некурабельности больных алкоголизмом при проведении психотерапевтической работы — это трудность перестройки понятийного аппарата, его структуры, прочное вытеснение из сферы психических процессов общепринятой структуры понимания. Происходит застывание, консервация понятийной сферы, нарушен процесс образования новых понятий и представлений, развиваются соответствующие изменения в интеллектуальной сфере (отсутствует потребность, желание анализировать, синтезировать, различать, сопоставлять, сравнивать и т. д.).

У больных алкоголизмом образуются особые истины, своеобразные «аксиомы» — прямой продукт алкогольной мотивации, под влиянием которых процесс постижения явлений окружающей действительности в той или иной степени затруднен или строится своеобразно. Часто происходит смысловое искажение неприятной для больного информации, он нередко вкладывает в сказанное врачом другие понятия, в одних случаях суживает, а в других расширяет категорию, к которой относится их значение. Типичный пример — больные часто сопоставляют по смысловому значению «право» на употребление спиртных напитков с понятиями «свобода», «свобода личности» и т. д.

Нередко врач, пытаясь повлиять на больного, стремится вызвать у него угрызения совести, а пациент приводимые врачом примеры своих действий не относит к категории аморальных, скорее наоборот. Например, пропитая получка на уровне общечеловеческих понятий прежде всего наносит ущерб по отношению к жене и детям. В представлении же больного — это справедливый и честный поступок: «Какая это нечестность, аморальность, ведь я пропил свои деньги, я ведь их честно заработал» или «ведь я угостил своих собутыльников, так же, как

и они меня угостили когда-то, поступил как товарищ, человек с душой» и т. д. Отсюда — понятия о явлениях, действиях соотнесены к разным смысловым уровням, не получается нужного психотерапевтического воздействия на больного, не вызывается в его психической сфере необходимый эффект.

Наш понятийный аппарат зафиксирован в толковых словарях, энциклопедиях. Но нам для психотерапевтического воздействия важно знать наличный, активный понятийный аппарат больных алкоголизмом. Конечно, у каждого из них есть сугубо личный понятийный аппарат, формируемый в зависимости от развития, образования, микросреды, однако возможно выделить некоторые общие особенности понятийного аппарата больных алкоголизмом и трансформацию его в процессе развития болезни.

Специальные исследования показывают, что для больных алкоголизмом, например, типично искаженное, формальное истолкование таких понятий, как «выдержка», «самообладание». Подавляющее большинство больных не характеризовало их как умение осуществлять контроль над своими чувствами, способность преодолевать трудности, умение подавлять в себе влечения ради более высоких целей и т. д. Своеобразной трактовкой отличаются также такие понятия, как «достоинство», «сознательность», «мужество», «горе», «бедствие», «веселье», «свободное время», «досуг», «друг», «недруг», «радость» и т. д. Анализ поведения больных, находящихся в естественных для них условиях пьянства, показывает, что это своеобразие проистекает из особых личностных и групповых норм и понятий должного, общепринятого, «морального», свойственных компаниям пьющих.

Психотерапевтическое воздействие на больного происходит в борьбе между понятиями, представлениями, существующими у больного, и теми, которые старается привить врач. Прямое давление (нередко с оттенком, который раздражает больного, с оттенком открытого принуждения) часто дает лишь временный эффект, ограниченный временем пребывания в кабинете врача. Вне его больной часто остается при своих старых мыслях, мнениях, реальная действительность восстанавливает старые ассоциации, ставит все на обычное, привычное место. Более того, при такой форме воздействия у больного,

спустя какой-то промежуток времени, возникает озлобление, недовольство тем, что он сдался в чем-то врачу против своей воли, отказавшись от свойственного ему понимания жизни. В таких случаях важно бывает вначале сформировать сознательный преднастрой, осознание необходимости пересмотра своих жизненных позиций для избавления от алкоголизма.

В процессе психотерапевтического воздействия больной должен приобщиться к пониманию не только необходимости, но и реальной возможности для него лично переоценить особенно значимые факторы жизни, на которые он опирался в своем самопредставлении, в формировании чувства своего престижа, усвоить неизвестные ему представления о свойствах окружения, явлениях жизни, опыте других людей, опираясь на которые он сможет перестроить свое отношение к действительности на трезвеннический лад. Известная больному информация, сведения представляются в связи с более высокими мотивами, с более высокими иерархическими явлениями жизни.

Каждый психотерапевтический ход должен иметь определенную цель: убедить больного в чем-то, показать ему иную точку зрения, положить начало спору, выяснить позицию в каком-то вопросе, побудить к определенному действию, изменить взгляды больного. Воздействуя на систему алкогольных ценностей, врач стремится заменить ее другой, нужной для становления трезвенничества, путем раскрытия истинного смысла алкогольного образа жизни. Важно всегда, в каждом конкретном случае, чтобы больной принял точку зрения врача глубоко лично, взял бы ее в соответствующую структуру своего «Я», что бывает возможно только, когда удастся распознать истинные побуждения — состояние неудовлетворенности существующими у больного положением дел, ситуацией, установками, желание изменить ход жизни, самому перестроиться.

У больных алкоголизмом в большинстве случаев (хотя они часто затрудняются об этом сказать, не осознают полностью) существует своя престижная группа людей (в большинстве случаев из их же микросреды), мнение которой оказывает существенное воздействие на мотивационную сферу больных, формирует своеобразное «сознание» окружающей действительности. Обычно представителями этой престижной группы являются больные алкоголизмом или неумеренно пьющие люди.

Проведение психотерапевтической работы предусматривает выяснение наличия и особенностей этой престижной группы, вскрытие ценностей, ради которых больной примыкает к этим людям и последующее коррегирование представлений об этой группе, низведение ее до надлежащего уровня.

В процессе общения врача с больным у последнего происходит своеобразное «самопознание» самого себя, которое способствует соответствующему адекватному пониманию того или иного своего поступка, действия. Постепенно происходит изменение внутреннего мира больного, его душевных качеств, меняются запросы по отношению к внешнему миру, сам характер и представления об особенностях целесообразного отношения с окружающей действительностью. Обычно особенно трудно усваивается представление о запретах, о том, что «что-то нельзя» и этим он должен отличаться от других. Отсюда понятна необходимость обсуждения вопроса о роли самодисциплины, самоограничения в жизни человека. Возможна разработка совместно с больным оптимальных вариантов его поступков, стиля поведения в разных ситуациях, особенно в тех, где есть опасность срыва, рецидива (полезно задавать определенные условия и намечать цели, которые должен преследовать больной, предоставлять ему возможность составлять варианты своих действий, своей линии поведения или, наоборот, по ситуациям определять цели и т. д.).

Нередко необходимо бывает убедить больного в возможности пренебрежения мнением некоторых небезразличных ему людей, отмечая распространенность этого механизма душевных процессов в обыденной жизни, и особенно необходимость такой решительности по отношению к бывшим собутыльникам — недоброжелателям, которые будут пытаться его «соблазнить». Поэтому «потеря лица» у бывших собутыльников — недорогая плата за выигрыш в стратегической (трезвеннической) линии своей жизни. Следует буквально тренировать у больного умение опираться и руководствоваться своими новыми (трезвенническими) понятиями о жизни, своими принципами, способствовать становлению у больного умения посмотреть на себя, как на обычного члена общества, как на человека, который может следовать законам биологической и социальной жизни, памятуя о наличии у него некоторых особенностей (алкоголизма как болезни).

Если в процессе контакта врача с больным общение носит узкий, односторонний характер, то у больного складывается впечатление, что врач или не может воздействовать на него, или может действовать только на уровне дисциплинарных санкций, и мера наказания — единственное воздействующее начало. Поэтому важно расширять сферу общения до уровня морального воздействия.

В процессе развития человека формируется комплекс морально-нравственных представлений о ценности и значимости тех или иных явлений, предметов, прошлой жизни. У некоторых больных еще до становления алкоголизма микросреда прививает ценность алкогольного стиля жизни (например, ценность общения с выпивкой и безнравственность жизни без спиртного; стыдно, позорно не угостить друзей «с полочки»; отношение к бутылке спиртного как «кусочку человеческого счастья»). У других больных моральные, жизненные ценности соответствовали общепринятым в обществе, но в процессе развития заболевания созревают своеобразные алкогольные ценности. У больного на определенном этапе идет борьба мотивов, в дальнейшем же в процессе развития заболевания полностью происходит становление алкогольного стиля жизни с соответствующими ценностями. Часто недостаточный жизненный опыт, непонимание процесса становления общепринятых, общечеловеческих ценностей и их роли в жизни общества способствуют более быстрому становлению сугубо алкогольных ценностей. Для успеха терапии необходимо способствовать восстановлению общепринятых ценностей, вскрывать глубокий смысл нравственных понятий, их значения, нужность, историю возникновения (ведь они характеризуют положительную сущность человека, его отношение к другим). Важно, чтобы больной прочувствовал и задумался над ролью нравственных понятий в жизни общества, над их ролью регуляторов взаимоотношений (пусть больной вспомнит те случаи, когда с ним поступали не по-дружески, безнравственно, что он чувствовал, испытывал, какие мысли, чувство у него эти явления вызывали).

Нередко нравственные воздействия сводятся к попыткам элементарно пристыдить больного («Как вам не стыдно делать так, какой позор»). Но в данном случае те, кто пытается вызвать у больного чувство стыда и позора, исходят из своих

нравственных понятий, представлений. Поэтому такое воздействие часто незначительное, и стыд, позор (как мощные рычаги, как мотивы, на которые можно опереться в своем воздействии на больного) бывает трудно вызвать таким прямым путем. Воздействие более действенно, если сперва сформировать, восстановить понятия, представления и чувства, соответствующие должному, хорошему, порядочному (хороший, порядочный отец, сын, муж и т. д.), и учить измерять действия и поступки в свете этой оценочной шкалы, в свете общепринятых этических категорий добра, долга, справедливости, великодушия, милосердия, сожаления, преданности и т. д.

Можно отметить, что в настоящее время в процессе развития, воспитания и трудовой деятельности человека активнее развивается его интеллектуальная сфера, а эмоциональная, волевая относительно отстают; алкоголизм в ряде случаев еще более примитивизирует последние. Задача психотерапевта — исследовать эмоциональные установки больных, проблему, дефицита эмоций, а также указывать пути их реализации на трезвенническом уровне, адаптировать больных к трезвенническому состоянию, самоощущению.

С целью достижения изменения жизненных установок, отказа от алкогольного стиля жизни больным алкоголизмом прямо показывается их тяжелое, беспросветное, бесперспективное положение в семье, на работе, в обществе — вопреки ложно-оптимистическому алкогольному самосознанию, самоощущению, самопредставлению. Создается атмосфера, которая дает больным почувствовать свое трагическое положение, и на таком эмоциональном фоне врач пытается помочь больному встать на трезвенническую позицию. Такое направление психотерапевтической работы с больным может вызывать в его душе ряд неприятных переживаний, состояние душевного угнетения. Но это не значит, что он сразу сдаст свои алкогольные позиции, что он не будет защищать свой стиль жизни — иногда в форме прямой открытой оппозиции, или скрытого упрямства, негативизма. Как один из видов психологической защиты алкогольного стиля жизни можно трактовать алкогольный юмор — своеобразную компенсацию за дефектное положение, временный выход из этого положения без изменения алкогольных жизненных установок.

С точки зрения психотерапевтического воздействия на больного различаются две формы проявления алкогольного юмора: 1) юмор гласный, оправдывающий в глазах других людей, своеобразный аргумент в споре; 2) юмор «про себя», оправдывающий внутреннюю точку зрения, эмоционально подкрепляющий внутреннюю уверенность. Этот второй вариант алкогольного юмора в большинстве случаев не учитывается в процессе психотерапевтической работы с больным, а зачастую его существование и не предполагается. Но он-то как раз наиболее труден для врачебного воздействия, поскольку скрыт и в процессе общения не подвергается воздействию. С «алкогольным юмором вслух» всегда можно вступить в спор, показать его несостоятельность, низвести его эмоциональное воздействие до нуля. Предполагать существование алкогольного юмора «про себя» обычно приходится на основе тонких нюансов поведения — пауза в беседе с врачом, воодушевление на фоне разговора, внезапный эмоциональный подъем, возрастание уверенности в правильности алкогольного стиля жизни (не фоне наметившегося было спада настроения под воздействием врача).

Нередко алкогольный юмор, смех, своеобразное самоутешение отражают внезапные мысли, «подкрепляющие» превосходство алкогольного стиля жизни над трезвенническим, и вносят (на фоне наступления врача на алкогольную позицию больного) дополнительный энергетический заряд в алкогольную установку. Такой момент внезапного, неожиданно осознаваемого превосходства (разумеется, по ничтожному, малозначительному, маловероятному в действительности поводу) над трезвенническими установками, возникающего на фоне антиалкогольного врачебного воздействия (которое вызывает состояние угнетения, чувство «краха» алкогольных позиций), является существенным фактором, разрушающим врачебное воздействие. Так, например, внезапная про себя мысль: «Я пил, гулял, а сосед копил на машину, жил почти трезвенником, но когда купил — тут же разбил ее и сам пострадал» — дает больному чувство своего «превосходства», «преимущества», уверенности и создает ему внутреннюю разрядку в возникшем напряженном состоянии. Врач, не учитывая подобного хода мысли больного, ожидал изменения в его жизненных установках, но этого не произошло; бороться с алкогольным юмором, опро-

вергать его воздействие нелегко, так как он всегда «эмоционально выгоден» больным. Учитывая вероятность такого изворота мышления больного, следует упорно противодействовать его существованию, сопоставляя маловероятные и несущественные случаи со сложностью реальной жизни, ответственностью борьбы за положение человека в семье, обществе, на работе, полноценную судьбу. Ведь настоящее решение больным своего положения, выход из ситуации, в которой он оказался, — это перестройка себя на трезвеннический лад, необходимость глобального решения проблемы взамен временного облегчения своего душевного состояния алкогольным юмором.

Больные алкоголизмом нередко переходят на уровень комической трактовки окружающей действительности, стараются настраивать на этот лад и других людей, создают обстановку «приятности», «естественности», легкого восприятия жизни и соответствующего к ней отношения. Все это делается с осознанным намерением или интуитивно, с целью достичь «легкого», «юмористического» отношения к алкогольному образу жизни, чтобы снять у окружения неприятное отношение к себе и получить взамен этого снисходительное.

Анализ образа мышления больных алкоголизмом обнаруживает своеобразное оперирование категориями прекрасное — безобразное, справедливость — несправедливость, особенно понятием «скупость». Больные безоговорочно высмеивают ее у непьющих, не разделяющих их мировоззрение. Но ведь скупость — это нежелание учитывать материальные интересы своих родных и близких, проявлять нечеловечность в реализации своих материальных возможностей. Разве можно человека считать не скупым, если он пропивает деньги, проявляя «щедрость» к своим собутыльникам (в надежде, что они его когда-то угостят также — своеобразная ссуда), а семья, дети в прямом смысле обкрадываются. С этих позиций полезным бывает рассмотреть и такие родственные понятия, как эгоизм, черствость, бездушие. Не быть скупым, эгоистом — значит, учитывать интересы и нужды прежде всего родных и близких, неукоснительно исполняя обязанности сына, отца, мужа, поэтому необходимо выявлять и разоблачать своеобразное стремление алкоголиков выдавать эгоизм, черствость за душевную широту, щедрость, человеколюбие.

В процессе работы с больным с целью выработки у него трезвеннических установок необходимо учитывать эволюцию становления систематического пьянства, индивидуальных психологических особенностей, которые привели к пьянству. К внешним факторам, способствующим началу пьянству, относится влияние микросреды в течение жизни больного, раннего детства, внутренние факторы обусловлены процессами в личностной жизни больного. У каждого человека есть определенное мнение о самом себе, о своей сущности, потребностях, стремлениях, чаяниях, т. е. определенная концепция самого себя, концепция своего «Я». Анализ показывает, что если человек привыкает реализовывать свою концепцию «Я», свои чаяния, стремления, жизненные потребности не только в состоянии трезвости, но и в состоянии опьянения, то он в большинстве случаев рано или поздно начинает злоупотреблять алкоголем. Состояние опьянения становится все более и более желанным, потому что реализация концепции «Я» смещаясь в состояние опьянения, все более облегчается, ускоряется и упрощается. Эйфория и снижение критики в состоянии опьянения легко «реализуют» такие общечеловеческие понятия, как чувство собственного достоинства, гордость самолюбие — иногда даже и повышенное, личностная значимость. Более того, человек продолжает жить сообразно своей концепции «Я», своей сущности, образованной еще до начала злоупотребления алкоголем, но лишь с той особенностью, что она реализуется в состоянии опьянения. При этом в состоянии опьянения удовлетворяются все личностные ценностные потребности — и нет личностного кризиса, кризиса личности в субъективном понимании больного. Со всей очевидностью это подтверждается и выявляется тем фактом, что злоупотребляющие алкоголем и больные алкоголизмом в психологических тестах, в беседах постоянно переоценивают себя, свои возможности, свое реальное положение в семье, обществе.

При работе с больными важно всегда иметь в виду, что возможность реализации своей концепции «Я» в состоянии опьянения является одним из краеугольных камней начала систематического злоупотребления алкоголем и в дальнейшем становления алкоголизма. Важно в лечении алкоголизма учитывать и этот его аспект. Более подробная разработка

профилактических и воспитательных мер, дискредитирующих желанность реализации больным своей концепции «Я» в состоянии опьянения, по-нашему мнению, явится важным моментом в решении вопроса более эффективного лечения больных алкоголизмом, а также и профилактики алкоголизма. Но и на настоящем уровне состояния разработки этого вопроса важно показывать больным призрачность, суррогатность такого пути реализации своей сущности.

Нужно учитывать и тот факт, что сам ритуал, момент участия в застольях (даже до возникновения эффекта действия спиртного на психику) дает возможность самоутверждения себя как человека с определенным статусом, выражения своего душевного состояния, отношения к другим — ритуал выпивки несет определенную ролевую эмоциональную нагрузку как способ реализации душевного состояния вовне. Поэтому в процессе общения с больным нужно находить индивидуально более приемлемые для него как для человека, которому нельзя выпить ни грамма спиртного, формы выражения определенных своих состояний, т. е. искать новые символы — эквиваленты внутренних душевных состояний его «Я».

Вообще почти все вредные привычки и, в частности, употребление спиртного, живучи потому, что несут определенную эмоциональную нагрузку, а невредные их эквиваленты недостаточно изучаются, разрабатываются и активно не внедряются.

Не освещены в наркологической литературе роль и место эмоций опасения и страха в клинике и терапии алкоголизма, присутствующих в клинической картине в рамках вторичной алкогольной невротической симптоматики или в случаях сочетания алкоголизма с фобическим неврозом. Более того, лечение алкоголизма в ряде случаев рассчитано на психологическое возникновение опасений, на страх перед неприятными ощущениями, на возможность наступления смерти при приеме алкоголя. У больных в необходимой мере важно формировать опасения, страх потерять уважение общества, родных и близких, страх потерять трудоспособность, семью, работу, деградировать, преждевременно умереть. Важно уметь формировать эти опасения (которые естественны для всех людей, являются нормой, играют регуляторную, защитную роль) у больных, раскрывать их высокоценную сущность.

Назначая сенсibiliзирующие препараты опосредованной, чрезпредметной психотерапии, мы должны во всей полноте запечатлеть у больного последствия нарушения лечебного режима. Важно учитывать и то, что у одних больных выработано, сформировано на психическом уровне стремление к защите своей жизни, сохранен инстинкт самосохранения, у других в силу личностных особенностей, жизненного опыта они выражены слабо, не сформулированы (не было нужды самому заботиться о сохранении своей жизни — везде за них беспокоились, ограждали и т. д.). Поэтому часто приходится самым энергичным образом разъяснять опасность нарушения режима лечения, превращая заботу о том, что не пьет, в стремление не сорваться, не запить. В этом случае чувство обеспокоенности, страха объективно является положительным чувством, которое тормозит влечение к алкоголю. Как можно более образно обрисовывается ситуация возможного срыва, борьба мотивов (выпить — не выпить), возникновение страха смерти («сердцебиение, дрожь в теле, перехватывает дыхание, руки и ноги не слушаются, паралич волевых усилий, путаница мыслей»). Беззащитность перед реакцией при нарушении режима должна твердо осознаваться пациентами.

Особенно настойчиво необходимо исследовать склонность больных к риску, наличие таких черт характера, проявление их в прошлом. Нельзя забывать, что есть больные, для которых, риск ценен ради самого риска, как путь получения положительных эмоций, как возможность самоутверждения.

Проявления риска с целью ревизии лечения должно быть предусмотрено, выявлено и всеми мерами психотерапевтического воздействия пресечено.

Вообще в процессе психотерапевтической работы в неожиданном аспекте выявляется такая завуалированная, часто неосознаваемая, но в то же время такая важная сторона жизни, как ее смысл. Это очень наглядно проступает в процессе психотерапевтического наступления на алкогольную позицию больного, когда врач вправе ожидать от больного сдачи его позиций, а больной вдруг заявляет: «А если не пить, так зачем же тогда жить, ради чего?». В субъективном плане смысл жизни начинает более явно осознаваться в минуты душевных

надломов, крушения идеалов, надежд, а также их смены, что и происходит в процессе психотерапевтической работы.

У больного алкоголизмом цели, идеалы, и особенно способности их достижения, часто оторваны от реальных условий, от реальной жизни с ее трудностями. Более того, человеку порой крайне трудно ответить на прямой вопрос: каков смысл вашей жизни, какова цель вашей жизни? Да и вопрос в такой форме не вскрывает всю гамму оттенков переживания человеком своей сущности и ее реализации в окружающей действительности, осознаваемых и неосознаваемых ее нюансов.

Больному нельзя привить убежденность в правильности того или иного смысла жизни, просто указав на него, так как этот смысл прежде всего должен прочувствоваться, пережиться — в большей мере, чем осознаться, вступить в соответствующие соотношения со значимыми переживаниями. Смысл жизни в большей мере раскрывается в делах больного, в отношениях к ним, в оценке целей, в чувственной интерпретации этих целей для себя. Если больной говорит о каком-то смысле жизни, а его повседневные цели, дела, поступки этому смыслу не соответствуют (что нередко наблюдается в наркологической практике), то речь идет либо об отговорке при соблюдении внешне почтенной позиции, либо о знании при недостаточном прочувствовании, когда другие чувства (часто неосознаваемые) реально определяют поведение.

Важно показать больному, что как бы он ни искал алкогольного варианта смысла жизни, он все равно рано или поздно придет к общепринятому понятию: смысл жизни в самой жизни, только в трезвой жизни, а не в суррогатном алкогольном извращении смысла жизни, не имеющем никакой ценности в обществе.

Успех психотерапии предопределяет осознание больным, что жизнь сама по себе благо, ценность, имеющая высокий морально-нравственный потенциал, со всеми заботами и ответственностью современного человека, что нахождение своего места в обществе приносит ощущение подлинного счастья.

На характер общения врача с больным влияет и личность врача. Выдающимися отечественными психиатрами необходимые качества врача-психотерапевта описывались неоднократно в литературе. На наш взгляд, наряду с другими

особенностями и качествами, необходимыми врачу-психотерапевту, важное место занимает уверенность, вера в возможность жить трезвенником, вера в возможность влиять на больных. Убежденность врача, искренность и доброжелательность его поведения порождают доверие у пациентов, больные по уверенному тону врача прогнозируют саму возможность наступления положительных перемен, о которых он говорит. Всегда нужно помнить, что в процессе беседы больной с надеждой или разочарованием смотрит на врача, и такие качества душевного облика врача, как уверенность, доброта, робость, сомнения, колебания, надменность, высокомерие, самоуверенность и т. д. важны для его оценки.

А.А.Певницкий писал в этой связи: «Чтобы проповедь врача была убежденной и действенной, необходимо чтобы она опиралась на личный пример. Нельзя с рюмкой в руках проповедовать трезвость».

В то же время раздаются голоса (вряд ли обоснованные!), что идеальным наркологом, познавшим всю суть, глубину алкоголизма как болезни, был бы врач, сам страдавший ранее алкоголизмом и ставший впоследствии абстинентом; именно он якобы мог лучше всего оперировать своим личным опытом трезвенничества, до глубины души прочувствовав тяжесть пьянства.

На наш взгляд, однако, в подобные крайности вдаваться не следует, учитывая реальную действительность. Но нам кажется, что для врача есть необходимость хотя бы непродолжительно испытать на себе, что значит быть абсолютным трезвенником. В этих целях следует выбрать наиболее трудные в «алкогольном» отношении торжества, праздничные дни и провести их без спиртных напитков, наблюдая за собой, за окружающими, за их реакцией на его поведение, прочувствовать на себе весь механизм отказа от спиртных напитков. Опыт, чувства, мысли, возникшие в это время, дадут богатый материал, незаменимый реальный эмоциональный фон для повседневной психотерапевтической работы с больными алкоголизмом.

Главным в работе с больным, и это следует подчеркнуть еще раз, является большая уверенность нарколога в возможности подлинного и длительного трезвенничества, его истинная вера в благоприятный исход лечения.

7. Культуральный аспект алкогольной зависимости

Больной алкогольной зависимостью рассматривается с точки зрения клинических проявлений (симптомы и синдромы), с позиций среды (сколько употребляет, какие напитки, где, с кем, как часто, даже какой объем одного глотка и т. д.), с точки зрения социального статуса (профессия, возраст, материальное, жилищное и семейное положение и т. д.). В последнее время начато рассмотрение этого проявления (алкогольной зависимости) с точки зрения самого больного (И.С.Павлов), но нет исследований, которые рассматривали бы это явление как вообще особую сторону культуры или как вид особой субкультуры. В лучшем случае, этот феномен упоминается под углом степени выраженности алкогольной деградации. Культуру рассматривают, как порожденную обществом систему приемлемых способов удовлетворения потребностей, защиту человека от стихии и природы и урегулирование отношений между людьми. Культура не только предоставляет приемлемые для общества способы удовлетворения потребностей человека, но и сама порождает новые потребности. Девиз «хлеба и зрелищ» приобретает все новые, более утонченные, более разнообразные оттенки.

Природа и характер общения с алкогольными напитками — это способ реализации природы человека или особая культура, то есть то, что создано человеком (мир явлений и вещей, искусственно созданных человеком).

Здесь важна ценностная природа отношений с алкогольными напитками, которая создает особые материальные и «духовные» ценности. В одной микросреде ценно то, что человек содержит в своем баре, чем владеет в принципе, а в другой — сколько употребил, в одной — какие напитки стояли на столе, что пробовал, или если даже не пробовал, то что другие попробовали, то есть в одних случаях ритуал, присутствие, времяпрепровождение, в других — потребление, опьянение, пребывание в опьянении как ценность.

В одних случаях предварительная фиксация состояния внутреннего комфорта, уравновешенности, спокойствия, установка на здравый ум, здравомыслие предполагает участие в ритуале и разумное, умеренное потребление с подтек-

стом отсутствия потери здравомыслия, нет желания забыться, отрешиться от повседневной реальности.

Для таких людей повседневная реальность приемлема в принципе, они осознают и адаптировались к тому, что жизнь такова, что чего-то необычного или сверхнеобычного нет, и состояние опьянения его не даст, а только изменит состояние и поведение в нежелательную сторону. У таких людей сформировано своеобразное табу на выраженное состояние опьянения, своеобразная внутренняя установка не напиться (головная боль, чувство разбитости в теле, общий дискомфорт, осознание того, что был в состоянии, осуждающемся в микросреде). Наоборот, взвинченность, душевный надлом, своеобразное комплексование вообще, а не свое реальное положение, то есть не в главном, своеобразный «общекультуральный настрой» (а не отдельных людей) предполагает потребление, создает ценность, культ количества употребленного спиртного, опьянения.

Особой группой стоят люди самодостаточные, которым не нужны спиртные напитки, состояние опьянения, и они являются трезвенниками. Важно присутствие особой культуры самоконтроля, наличие культуральной установки, выражающей сущность человека в данной микросреде: нельзя больше, так как будет плохо, завтра будет болеть голова, если напиться, то все это будет неприлично.

Именно наличие личностно и культурально обусловленного самоконтроля, самосознания даже в состоянии легкого опьянения в плане: выраженное опьянение неприлично, неприемлемо. Категория приемлемого — неприемлемого исходит из концепции «Я», каким я себя допускаю быть, не сколько по-удальски выпил, а как выглядел, как вел себя, то есть нормативная сторона культуры — нормы и правила, определяющие отдельные стороны жизни людей. В этом вопросе важно уделять внимание культуре повседневности, обыденной культуре, что сейчас не делается или делается формально, без глубокого понимания культуры как приобретенного «инстинкта самосохранения». Ведь культура — общественно унаследованная совокупность практики и верований, которая определяет структуру нашей жизни.

Отсутствие культурологического «инстинкта самосохранения», астенизация, недостаточный жизненный тонус вслед-

ствие экологии (средовой и психологической), отсутствие привычек уделять должное внимание главному ведут к недооценке повседневной бытовой культуры, ее ценностей, и как результат этого — ритуал общения со спиртным приводит к культу потребления, а не к культу экзистенции в присутствии спиртного на столе, своеобразного времяпрепровождения.

Важно помнить, что ценностью являются не сами предметы, а свойства этих предметов, явлений удовлетворять потребности людей. То есть в данном случае символический аспект застолья играет решающую роль и порождает установку на легкую эйфорию, повышение аппетита в одних случаях и желание напиться, забыться, испытать алкогольный шок — удар по психике в другом случае. Пьяный, шатающийся человек для одних — уже набрался, как нехорошо, какое варварство по отношению к себе, а для других — он уже пьяный, ему хорошо, самоидентификация с ним.

Алкогольный ритуал, событийная алкоголизация в общей структуре культуры это одно, а алкогольная культура это другое. Категории принято — непринято, прилично — неприлично, хорошо — плохо размыты, не работают в алкогольной культуральной повседневности и часто носят ситуационный характер. Алкогольная культура порождает соответствующие символы, знания, значимые данные о жизни, о мире. Поэтому люди с алкогольной культурой что-то определяют и соотносят как знания, которые влияют на их выбор, поступки, а что-то просто как сведения, и наоборот. Люди с обычной культурой воспринимают какие-то явления алкогольной культуры как просто сведения, не имеющие для них значения, а другие явления, события — как знания, как реальность, имеющие для них значение и определяющие их поступки, то есть данности реальной культуры.

Алкогольная культура выполняет интегративную функцию, «мы принадлежим к одному и тому же культурному сословию», то есть функцию «свой». Такие люди разных базисных социально-психологических культур и сословий узнают друг друга по признакам этой культуры, малозаметным для представителей реальной культуры, симпатизируют друг другу, даже транскультуральные базисные факторы не являются для них преградой. В то же время можно наблюдать людей, ко-

торые уже заболели алкоголизмом, но не полностью усвоили алкогольную культуру (в силу влияния их окружения), и люди с алкогольной культурой нередко подсмеиваются над ними.

К сожалению, имеющая место массовая алкоголизация в некоторых микросредах, а иногда и в поселках, деревнях, становление этого общепринятым является результатом распространения алкогольной культуры. Ощущение человеком своей причастности к алкогольной культуре порождает чувство правоты в этом деле, сознание себя наследником, продолжателем этого дела, чувство единения с другими на этой почве (мы такие и я такой, я должен быть таким).

Алкогольная культура имеет свою мораль, свои моральные нормы, но ситуационно обусловленные. Кто сомневается в существовании алкогольной культуры, пусть проведет несколько дней с группой больных с алкогольной зависимостью. Он испытает скуку, бессмысленность, бесцельность такого проведения времени, хотя больные считают, что они провели время интересно. Нам может показаться, что они чего-то ждут, а они пребывают в своей ситуации, это их жизнь, даже если нет выпивки. Здесь речь идет об своеобразных символах жизни, своеобразном алкогольном жизненном контексте.

Жизнь в контексте алкогольной культуры, в состоянии опьянения становится данной реальностью, а реальная жизнь становится как бы миром «вторичной реальности» так же, как для нас художественная литература, кинофильмы.

Как состояние опьянения в частности, так и алкогольная культура в целом влияют на восприятие времени, формируется состояние потери чувства времени. Человек как будто бы живет вне времени, забывает о времени, но без увлеченности чем-то, как бывает в норме. Именно снятие актуальности ощущения времени. По сути дела жизнь в алкогольной культуре, это экзистенция без ощущения давления на нас чувства времени.

Прагматическое отношение ко времени в алкогольной культуре дезактуализируется, то есть время для чего-то, время, которое планируют, которым располагают, наличное время в алкогольной экзистенции теряет смысл. Время, как ресурс, как ощущение ресурса отсутствует. Пустое время. Время, которое стараются чем-то заполнить, занять тоже отсутствует и только вне этой культуры активизируется. Только

экзистенциальное время, то есть оттенок чувства времени, что живу, что жизнь имеет смысл актуализировано. Только моменты просветления, то есть выхода из рамок этой культуры могут создавать кратковременное ощущение кризиса экзистенциональности времени и экзистенции в целом. Ведь проблема времени — это проблема самочувствия, настроения, переживания определенного периода своей жизни.

Алкогольная культура порождает у своих представителей своеобразную алкогольную утопию, иногда недостижимое становится достижимым (как часто говорят родственники, «они все могут, только на водку денег не хватает»).

Алкогольной культурой выдвигается утверждение, аксиома исторической почвы пьянства на Руси, а люди с алкогольной культурой являются носителями этой традиции. При этом они переносят факт эпизодического, ситуационно обусловленного употребления спиртного в небольшом количестве на систематическое пьянство. Здесь наследие выступает как совокупность образцов и правил поведения. Эти наследия и традиции выступают как ценность, привязанность к прошлому (даже воображаемому, кажущемуся), уважение к нему, идеализация того, что «было». Естественно, с целью обеспечения себя в какой-то мере ориентацией в своем мире и культуре, формирования чувства безопасности, что имеет тенденцию укореняться в прошлое. История в большей мере — это история культуры, бытовая история развития, это история развития бытовой культуры. История бытовой культуры является учителем жизни, селекцией житейской мудрости, даже такой, как «русский — не дурак выпить». Конечно, алкогольная культура способствует формированию соответствующих подтекстов, контекстов, и человек неалкогольной культуры часто их не понимает (в их понимании), и даже в этом проявляется их единство в совокупности с другими факторами.

Проблема алкоголизации — это не только проблема медиков, но и общественности в целом, и культурологов, работников культуры, историков, философов, антропологов, педагогов в частности. Правильно говорит В.В.Макаров об алкогольной экологии. Важна целенаправленная селекция одних культуральных ценностей, способов удовлетворения жизненных потребностей и низведение других; изучение осознова-

ния нашей обыденной культуры, того, что мы сейчас делаем, как живем и как все это какому-то этапу развития цивилизации соответствует, к чему ведет; налаживание конструктивной жизнедеятельности взамен бегства в состояние опьянения, в свое воображаемое «историческое прошлое». Историю культуры можно рассматривать как исходную позицию для оценки настоящего и как мост от настоящего к будущему.

Важен вопрос взаимодействия культуральных факторов, а также культур в целом. Некоторые авторы говорят о смешении культур, что не отражает тонких механизмов взаимодействия культур в реальности. Культуры не смешиваются в прямом смысле слова, как, например, не смешиваются вода и жировые жидкости. При их смешивании получаются суспензии, которые без внешнего физического воздействия снова разделяются на фракции. Так происходит и в культурах, что можно наблюдать на макроуровне в отдельных странах бывших республик нашей страны, где быстрыми темпами восстанавливается их традиционная культура.

Так что вернее говорить как при взаимодействии культур, так и субкультур об фрагментарном заимствовании, выгодных людям, но не всегда положительных, элементов других культур с сохранением скелета, остава основной культуры или субкультуры, частичного взаимопроникновения. Здесь имеет место не смешение, слияние, а дисперсия другой культуры. Поэтому важно в процессе психотерапевтической работы с больными апеллировать к его культуральному периоду до становления увлечения спиртным, низводить те культуральные фрагменты, которые в первую очередь формировали у них алкогольную субкультуру.

Разумеется, эту работу важно проводить на фоне опережающего лечебного процесса, то есть превращения больного алкоголизмом в трезвенника, так как внутреннее состояние человека поддерживает определенные культуральные факторы, делает больных тропными к ним.

Глава 3

Формирование полноценной жизнедеятельности как заключительный этап психотерапевтического процесса

В последнее время часто счастье трактуют как достижение чего-то. В данном случае речь идет о радости достижения, которая вскоре перестает быть радостью, переходит в разряд повседневности. Счастье — это переживания полноты бытия. Иногда человек достигает многого, а ощущения счастья нет, и, наоборот, мало достиг, но счастлив в своей жизни. Поэтому так важен процесс налаживания полноценной жизнедеятельности. Жизнь конкретна, проявляется в конкретных действиях, явлениях, переживаниях. Даже необычное для человека, чудесное проявляется в обычном, но в неожиданной форме, с неожиданной стороны. Чудесное, неожиданное больше зависит от внутреннего настроения человека, чем от внешних атрибутов, хотя и они немаловажны. Поэтому важно не ждать чуда, необычного, а жить в реальных проявлениях жизни и своими необычными ожиданиями не привносить в свою жизнь разочарования.

В некоторых случаях важна интенсификация переживаний своей внутренней жизни, насыщенность жизнью через придание внутренней яркости бытия, осознанности — общение с детьми, понимание, что этот ребенок, будущий взрослый человек, твой, дорогой тебе, твое не безразличие к нему и его развитию отношение и т. д.; общение с женой, любимой женщиной, матерью твоих детей, материальным и бытовым партнером, источником радости; строю дом, воспитываю детей, живу, то есть экзистенция, подтекст смысловых значений ощущения своей жизни.

Расширение границ своего бытия, экзистенции, ее интенсификации не только за счет насыщенности текущей жизни,

то есть по принципу «здесь и теперь», но и за счет актуализации, присвоения своего прошлого — детство, юность, их опыта переживаний, сравнение тех экзистенций и настоящих, соотношение их в будущем, как они будут переживаться в будущем, учет исторического прошлого человека, страны, народов, переживание «я в будущем».

Дезактуализация настоящим своего нежелательного прошлого, его реконструкция, извлечение из него положительного в дальнейшей жизни. Осознание и переосознание своего прошлого опыта, переструктуризация, в чем-то дезактуализация, а в чем-то актуализация, стимуляция своего личностного опыта, душевных качеств, роста, замещение прошлых значимых эпизодов настоящим.

Чувство жизни во времени, осознание своего бытия во времени. Ведь только человек знает, что было время, когда он не существовал, и будет время, когда он не будет существовать. Жизнь безвозвратна, и не только абстрактное знание этого, но и повседневное переживание с целью придать значение жизни текущего момента.

Формирование полноценной жизнедеятельности способствует осознанности жизни, остроте переживания текущего момента, повышает чувство удовлетворенности, полезности жизни.

Опыт, наблюдения, анализ жизни людей показывают, что человек обедняет свое переживание жизни, свой душевный мир, недооценивает то, что имеет, что ему дано. Только при угрозе потери всех или части атрибутов своей жизни он начинает больше их ценить, чем до того их ценил, обостренное чувствовать ценность многих явлений своей жизни. Именно с подтекстом компенсировать это явление Швейцер выразил в своем принципе «благоговения перед жизнью». Все люди не могут строить свою жизнь подобно Швейцеру, что и не нужно, но именно этим феноменом «благоговения перед жизнью» на своем уровне люди могут обогатить чувство бытия. Именно раскрыть человеку богатство жизни, многоцветную гамму его экзистенции. Противостоять тенденции упрощения, автоматизации процесса восприятия своей повседневности, а с осознанными установками переживать свою экзистенцию во всей гамме чувственных восприятий

повседневности (как феномен впервые увиденного и в то же время с глубоким проникновением в понимание его) и таким способом повышать степень переживания богатства и ценности своей жизни. То есть за кажущейся рутинной повседневной жизни чувствовать ее неповторимость, ценность, данность атрибутов жизни, чувствовать свое неповторимое «Я», его индивидуальность, особое своеобразие взаимодействий «Я» с окружающим миром.

Естественно, самая важная ценность — это жизнь, потому что (как известно) потеря жизни исключает все остальные ценности, делает невозможным ими пользоваться, но сама жизнь данного человека может оставаться ценностью для других.

Важно разграничивать жизнь человека в целом, вообще и жизнь в рамках какой-то концепции. Человек может потерпеть крах в какой-то концепции своей жизни, но это не значит, что это крах жизни в целом. Он может, используя базис своей жизни вообще, опровергнуть или сменить концепцию своей жизни, начать «новую» жизнь, что является немаловажным фактором для психотерапевтического процесса.

В то же время жизнь — самая главная, самая большая цель, которой человеку нужно овладеть. Как результат этого важно, что человек в процессе своей жизнедеятельности производит не только в материальном плане, но и в социально-психологическом и духовном для себя, для обогащения своей же жизни, для родных, близких, микросреды, общества в целом.

Сущность жизни в самой жизни. Жизнь человека — это то, что он узнал, познал, чем овладел. Жить — значит, постоянно иметь желания, знания того, к чему стремиться, осознавать важность этого, иметь и видеть смысл жизни, устраивать свою жизнь, сочетая желания и возможности. Как говорил А.Швейцер: «Я есть жизнь, которая хочет жить».

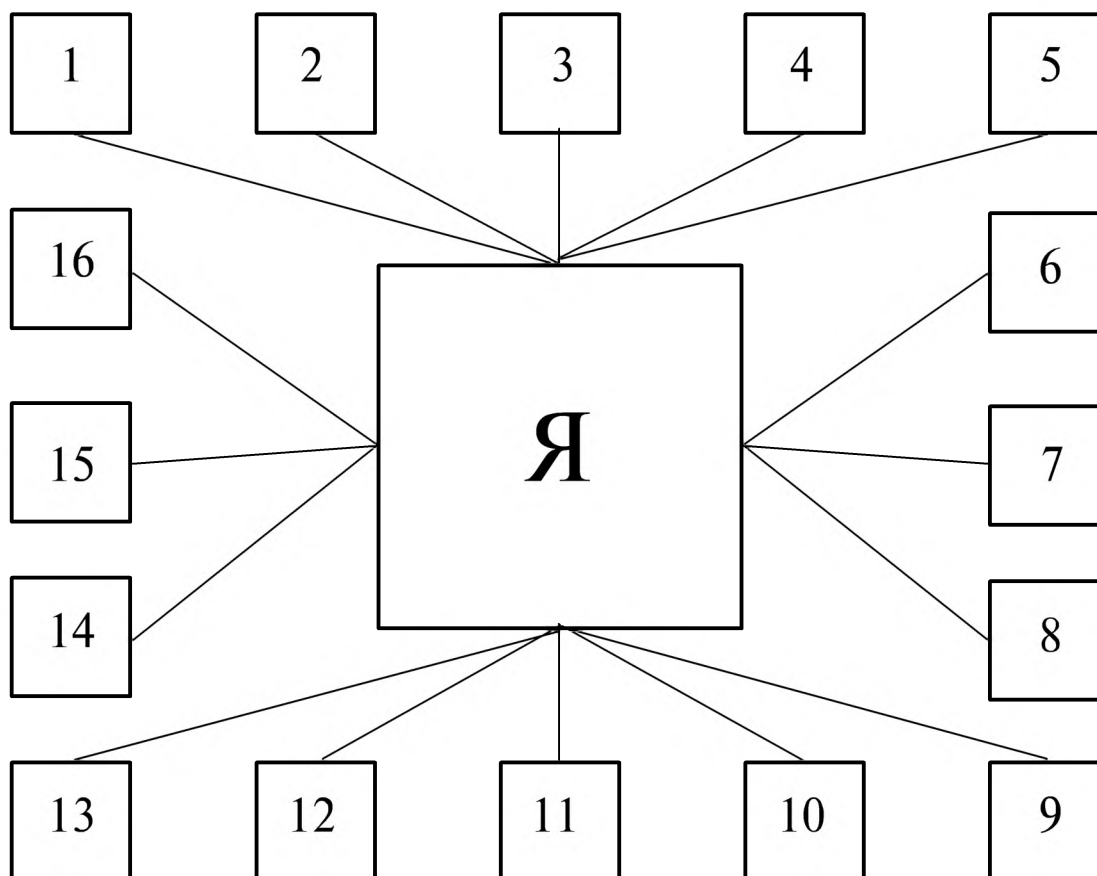
Человек осваивает окружающий мир (материальный, социально-психологический, духовный), наделяет его определенным смыслом, представлениями, символами, а через них научается условностям жизни. В этом процессе формирует потребности, реализуя свои ресурсы, потенциальные возможности. Все действия человека, его стремления опираются на представления об окружающей среде, о мире, о возможностях человека в этом мире, его жизненных проявлениях.

Их-то и надо расширять, добиваясь полноты знаний в жизнедеятельности, исходя из индивидуальных особенностей, давая человеку самому выбирать стиль и форму своей жизнедеятельности.

Налаживание полноценной жизнедеятельности предполагает анализ наличествующей жизнедеятельности не в общем, а в конкретном анализе. Показать, проанализировать, какому уровню это соответствует, к чему ведет, насколько он полноценно использует свою жизнь, в чем он себя ущемляет и т. д. Гармонизировать сферы жизнедеятельности, расширять и углублять их. Впоследствии, если человек будет себя в чем-то ограничивать, все равно полноценная жизнедеятельность будет латентно присутствовать в его жизни, арсенале и при возникновении дисгармонии, определенного вакуума он сможет это реализовать.

Конечно, сферы жизнедеятельности сосуществуют вместе, они перекрещиваются, сливаются в единое, как едина и целостна сама жизнь (во всяком случае, должна быть таковой). Вычленение носит оттенок искусственного, но преследует цель акцентуации, придание отдельным механизмам жизнедеятельности выпуклого характера для их более целесообразного развития, коррекции. Повторение некоторых феноменов в других сферах, например, эмоциональные проявления, пронизывают всю жизнь, все сферы жизни, только подчеркивают ее важность, но под другим углом, жизнь целостна.

Немаловажным является факт осознания человеком своей жизнедеятельности, овладения своими жизненными ситуациями, формами их проявления, программирования своих форм жизнедеятельности в каких-то ситуациях, подняться до определенного контекста жизненных ситуаций. Узнавать и представлять атрибуты своего личностного существования, выделять их, осознавать. Именно осознавать, как он сам себя творит, какие особенности у себя культивируют, например, хороший отец, муж, сын и т. д., и что он делает в реальной жизни для этого. Осознание этого и ранжировка осознаваемого в общем контексте жизни, как утверждение в чем-то, так и отрицание в другом смысле и ценности.



Сферы жизнедеятельности

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. Эмоциональная сфера. | 9. Эстетическая сфера. |
| 2. Сфера общения. | 10. Сфера родственных чувств, связей. |
| 3. Сфера вовлеченности в жизнь микросреды. | 11. Престижная сфера. |
| 4. Морально-этическая сфера. | 12. Сфера культуры. |
| 5. Интеллектуальная сфера. | 13. Сексуальная сфера. |
| 6. Сфера материального обеспечения. | 14. Сфера отдыха. |
| 7. Волевая сфера. | 15. Сфера свободного времени. |
| 8. Сфера реализации себя в каком-то деле. | 16. Время как фактор жизни. |

1. Эмоциональная сфера

Эмоциональный компонент присутствует во всех сферах жизнедеятельности, и диагностика с последующей модификацией ее функционирования играет одну из главных ролей. Исследовать опыт эмоционального восприятия окружающей действительности и особенностей эмоционального взаимодействия с ней, давая задачу перечислить чувства, эмоциональные состояния, знакомые пациенту, пережитые им за день, неделю, месяц, год, сопоставлять их. Включать в этот процесс и феномен самосознания, т. е. не только осознавать, что испытывает, но и осознавать, что он осознает их. Здесь особенно важно и на уровне налаживания полноценной жизнедеятельности сделать попытку перевода существования пациента на более высокую ступень бытия — самосознания, то есть (еще раз подчеркиваем), чтобы он не только знал, чувствовал, осознавал, но и осознавал, что он знает, чувствует, осознает. То есть, чтобы он в какой-то мере отделял свое «Я» от своих чувств, переживаний, а не полностью был поглощен ими. Осознавая это, повышать степень насыщенности эмоциональных переживаний, их более полную очерченность, яркость и в то же время не быть полностью ими поглощенным, поработанным. Наоборот, возвысить свое «Я» над эмоциональными состояниями.

Именно анализ с больным его эмоционального функционирования, эмоциональных потребностей, как он живет на эмоциональном уровне. Все это важно делать не столько в плане реконструкции, сколько в плане расширения, дополнения, обогащения эмоционального функционирования, сделать его более полноценным. Человек активен — что он продуцирует, какие эмоции, на какой основе, какие тенденции проявляются в этом деле. Какие эмоции человеком легче воспринимаются, к каким более тропным, каким эмоциональным желанием потворствует, какие эмоциональные состояния старается «потреблять»? Каких эмоций он предпочитает избегать, но не на словах, а в реальной жизни? Какие эмоции, чем вызываются, какими явлениями?. Человек больше выражает свою сущность в том, что и как чувствует, а потом уже — что думает, ведь часто чувства заставляют думать в определенном направлении.

Совместно с больным исследовать содержание эмоциональных реакций, то есть, что волнует, трогает, не оставляет безразличным или, наоборот, делает равнодушным, безразличным. Пути и формы приобретения эмоционального опыта, его характер (где, когда, в каких ситуациях и т. д.), совпадает ли он с желанием.

Часто переживаемые больными чувства, эмоции являются их «картотекой» жизни на эмоциональном уровне. Анализ конкретного содержания этой «картотеки», того факта, какие эмоциональные переживания больного возвышают, продвигают его в прогрессивном направлении, а в чем-то — в негативном. Какие чувственные переживания делают его зрелой, здоровомыслящей, уравновешенной личностью, а какие, наоборот, инфантильной, незрелой.

Анализ отношений больного к своим чувствам, какое и к каким, какие важные ценные, какие укрепляют их ценность, влияют на хорошее самочувствие. Анализ в чувствах особенностей отношений человека к явлениям действительности. Корни того, что не нравится или нравится, действительно ли какое-то явление безобразно или прекрасно, или просто не устраивает человека, задевает его «Я», носит ситуационный характер.

Важно формирование, тренировка проявления определенных чувств, обговаривание, обрисование их проявления, нахождение аналогий. Проигрывание формируемых нужных чувств, уяснение их познавательного и функционального значения для человека, их роль в успешной адаптации в микросреде для своего прогресса, личностного роста. Значение имеет процесс изживания ненужных чувств, «нормализация» эмоционального реагирования. Совместными усилиями попытаться расширить компоненты, потенциальные возможности эмоциональной жизни.

Сопоставление «каталога» чувств пережитого больным, то есть чувств, которые он пережил, с тем, что он проявляет в реальной жизни. То есть то, что больной о себе не знает или знать не хочет, а окружение знает, видит и соответственно реализует. Показать человеку его неиспользованный резерв в эмоциональной сфере, анализируя его эмоциональный «каталог». Какого характера чувства преобладают: радость, любовь, доброта, милосердие, нежность, обаятельность, отзыв-

чивость, сострадание, уважение, симпатия, признательность, преданность, привязанность, долга, данного слова, удовольствия, наслаждения, великодушия, снисходительности, спокойствия, уверенности, удовлетворенности и т. д. Или чувство гнева, раздражительности, ненависти, зависти, подлости, жестокости, садизма, злорадства, черствости, эгоизма, цинизма, проклятия, отвращения, презрения, негодования, слабодушия, антипатии, мстительности, подозрительности, холодности, нетерпимости, обмана и т. д. и т. п.

Какой удельный вес в жизни человека занимают огорчение, скука, тоска, отчаяние, разочарование, боль, страдание или, например, оптимизм, уверенность, блаженство, гордость и т. д. То есть преобладающая душевная мелодия, душевный настрой, который дает человеку жить полноценной жизнью, полноценный заряд жизни или, наоборот, унижает его, не дает ему удовлетворения от жизни, которая носит суррогатный характер. Что нужно изменить в его эмоциональном функционировании, чтобы его жизнь стала более приемлемой для него.

Имея «каталог» чувств человека, можно без особого труда сделать вывод о нужных для гармонизации жизни чувствах, их культивировании, учитывая дихотомию чувств вообще:

удовольствие — неудовольствие
любовь — ненависть
радость — огорчение
симпатия — антипатия
нежность — черствость
доброта — злость
забота — равнодушие
привязанность — безразличие
вдохновение — угнетение
восторг — ужас
терпение — раздражительность
солидарность — мелочность и т. д.

Насколько эта работа актуальна, можно увидеть на примере того, что женщина может улучшить свой имидж через культивирование, прививание привлекательности, женщина от природы может быть не очень красива, а привлекательной быть обязана. Прелесть — это свойство, которое может носить характер при-

обретенности, тренируемости, наживного, ведь это внешнее выражение внутренней гармонии, состояние прелести, так как это мелодия души, на которую нужно настраиваться.

2. Сфера общения

С процессом становления зрелости у человека происходит становление и самодостаточности, при которой уменьшается потребность в постоянном общении, присутствует большая степень автономности, независимости от микросреды, как результат предшествующего накопления опыта жизни окружения. У зрелой личности общение носит избирательный характер, она избегает одного характера общения и стремится к другому. Даже в процессе общения зрелая личность что-то приемлет, принимает, что-то вытесняет, пренебрегает, не дает партнерам по общению возможности выводить его из себя, подталкивать его к чему-то нежелательному. То есть он сознательно включается в общение с нужной и полезной для него стороны. Соблюдает вежливость, то есть не всегда высказывает категорически свою жизненную позицию, чувствует, что это приведет к ненужному конфликту, уходит от каких-то решений, проблем, заключений, обобщений и резюме в общении, проявляя деликатность в общении с людьми. Зрелый человек такой, он неизменен в чем-то, независим и нередко некоторых людей такие личности раздражают в силу невозможности повлиять на них. Ведь его нельзя «использовать» в своих каких-то неблагоприятных целях, вывести из себя, унижить, оскорбить и т. д. Такой человек знает, что есть личности-манипуляторы, которые только и делают, что пытаются манипулировать другими, им это доставляет удовольствие, а не реальное дело, результат. То есть не дело, не какие-то практические общие достижения, а манипуляции, унижение других, демонстрация своей власти, своеволия и т. д. Главное для таких людей — реализация своих комплексов, компенсация своего «Я».

Обычно поддержание человеком своей внутренней жизнедеятельности, внутреннего равновесия, смысла жизни осуществляется через достижение чего-то реального, успехов в чем-то, развитие в целом, жизни самой по себе. Жить сво-

ей жизнью, обогащая ее из примеров других людей и жить в процессе соперничества с другими — это разные вещи.

Варианты общения могут быть различными. Общение (с определенными группами людей или отдельными личностями) может носить напряженный ими раскрепощенный характер, а также переходящей с одного в другой в процессе одной беседы.

При напряженном варианте человек старается быть интересным для собеседника, не разочаровать его в ожиданиях от общения, подтвердить в разговоре свою неординарность, держать себя на определенном уровне, или это беседа с недоброжелателем, от которого можно ожидать всего.

При раскрепощенном типе общения собеседники держат себя раскрепощенно, не боятся предстать друг перед другом такими, какие они есть сами по себе, проявляют свою самость, так как присутствует чувство безопасности (собеседник не осудит, внутренне не критикует, не передаст нежелательную информацию о нем другим и т. д.).

Одна из главных задач межличностного общения — познание субъективного мира, понимание его, «овладение» этим состоянием для обогащения своего душевного мира, самообособления, которые будут обеспечивать адекватное общение, правильную линию на определенный стиль общения с учетом своих пожеланий (от полной вовлеченности своего внутреннего мира в атмосферу общения до обособления, эмоциональной или интеллектуальной изоляции, прерывание общения, ссылаясь на что-то важное).

Познание, понимание смысловых образований собеседника, какой смысл он придает тому или иному явлению. Часто у двоих или одного из собеседников нет навыков, умений понимать других людей, войти в их положение, постичь сущность жизненного момента собеседника в его экзистенции. Наоборот, существует предвзятость, определенная установка, неправильная тенденция смотреть на других, воспринимать их под определенным, заранее сформированным углом зрения (враждебность, то, что другой заранее недоброжелатель или неумный человек и т. д.). В данном случае важно заново сформировать установку на адекватное восприятие собеседника, стремление понять его. Если он в чем-то раздражитель-

ный или даже агрессивный, то это часто результат фрустрации, чувства своей внутренней несостоятельности и т. д., или это черта характера, постоянное свойство этого человека.

Именно воспринять то, что есть, то состояние, в котором находится собеседник, а не проецировать свои какие-то состояния, установки.

Что человек в его обыденных общениях проявляет: взаимопонимание; сопереживание; сочувствие; определенную степень эмпатии, то есть эмоциональный отклик на переживания другого; эмоциональный резонанс; принципиальность; вежливость; деликатность; избегание конфликта; конфронтацию; противодействие; внутреннюю установку на борьбу; негативизм ко всему; соперничество; уверенность в своей абсолютной правоте и т. д. Анализ конкретных проявлений и содержания того, на что были направлены эти реакции, их характер вскрывают сущность человека. То есть важно в процессе общения отрешаться от своего «Я», своего состояния и увидеть другого человека с его собственных позиций (что он переживает, чувствует, какие идеи, замыслы овладели им). Проявление доверительности, созвучия, теплоты отношений создает тенденцию к открытости у собеседника, быть тем, кто он есть, проявление индивидуальности. Совместимость людей — внутренняя удовлетворенность характером и содержанием общения, культуральная преемственность. Дружба выступает как специфическая форма общения (открытость, интимность). Доверие своего внутреннего мира, сокровенного другому; открытое выражение своих чувств; привязанность; созвучие, резонанс внутреннего мира почти во всем; совпадение личностных предпочтений по сходству или дополнению — мой друг, мое второе «Я», «найти себя в другом». Дружба по сходству в идентичности в чем-то (мировоззрении, увлечении, профессии, культуральных факторах, землячестве, даже в определенной ущербности и т. п.). По дополнительности — другой дает то, чего человеку не хватает, то есть дополняет его.

Удовлетворенность общением заключается в том, находит ли в беседе человек подтверждение концепции своего «Я», ресурса для своего развития, душевного обогащения и т. д.

Важно совместно с большим анализом того, с кем он общался за день, неделю, месяц, какой характер носили эти обще-

ния? Что следует изменить, то есть, какие общения надо корригировать в сторону усиления или изменения их характера или, наоборот, избегать.

В общении важно учитывать фактор и механизмы психологической защиты. Попытка преодоления механизмов психологической защиты, по нашему мнению, сделаны в НЛП по поводу каналов доступа, но здесь важно учитывать не столько процесс понимания, сколько внутреннее желание его воспринимать и понимать.

Конфуций об ощущениях писал: «Возможность беседовать с кем-либо является главным мерилем ценности личности», и если не общаться с человеком, «с которым можно вести беседу», то делать большую ошибку.

3. Сфера вовлеченности в жизнь микросреды

Жить интересами окружения, микросреды, испытывать чувство обеспокоенности за этих людей, их судьбу, сопереживать им, испытывать чувство участия в их судьбе, быть преданным им, осознавать, что это люди его, из родной ему среды.

Именно не внешняя, формальная вовлеченность, а внутренняя, вовлеченность внутреннего мира больного. Бывает нередко, что человек живет среди людей, а чувствует себя внутренне одиноким. Как сказала одна женщина: «Жизнь, как на вокзале, — ты сидишь, люди проходят мимо, занимаются своими делами (уезжают, приезжают, их встречают, они встречают), а ты одинока, конечно, если тебе станет плохо, то люди окажут тебе помощь».

Человек развивается в первую очередь в его микросреде, то есть среди людей, которые его непосредственно окружают. Что значит для человека его изолированность от микросреды и что для него его «Я» дает вовлеченность в жизнь его микросреды, возможность жить интересами среды. Микросреда под углом зрения значимости, какие потребности реализуются в микросреде, какие потребности удовлетворяются в своей микросреде. Анализ и коррекция характера взаимоотношений со средой, с ее нормами, быть принятым—не принятым.

4. Морально-этическая сфера

Моральные чувства являются тем, что испытывает человек, оценивая те или иные явления, собственные действия при согласовании или рассогласовании с его концепцией «Я». Общеизвестно, что это не нормы приличия в прямом смысле этого слова, не просто подчинение нормам общества, а его внутренние нормы (исходящие из его концепции «Я»), соблюдение которых значительно для человека влияют на его самочувствие, престиж.

В то же время внутренние, личностные нормы могут совпадать с общепринятыми, а могут и не совпадать.

Моральные чувства это также образования в его «Я», которым он обязан подчиняться, следовать им и при совершении действий, противоречащих им, испытывать дискомфорт, угрызение совести, раскаяние, т. е. внутренний фактор потребности. Недаром говорят, что в том, какой смысл придается тому или иному явлению, отражается сущность человека. То есть совесть в какой-то мере является атрибутом смысла. Что имеет для человека смысл, и какого он характера, а что не имеет, коррекция этого играет большую роль в психотерапевтическом процессе.

Исследования показали, что многие не задумываются над тем фактором, что было бы в повседневной жизни, если бы среди людей каждый делал все, что ему вздумается, хочется, не учитывая того фактора, что рядом такие же люди, как он. Что было бы, если бы не существовал оценочно-нормативный, поведенческий язык в обществе, если бы он не был сформулирован в виде нравственных норм? Общество не смогло бы существовать, все разрушилось бы. Любая система (тем более общественная) не может функционировать, не объединяясь какими-то закономерностями, нормами функционирования. Для совместных действий, жизни людей нужен не только разговорный язык, но и нормативно-оценочный (как на общепринятом, так и на личностном уровне), поведенческий «язык», регулирующий поведение людей в их совместной жизни. Все это возникло из необходимости самозащиты общества в целом, всех его членов отдельно. Исключить такие формы взаимоотношений, которые приводили бы к саморазрушению общества, а также тенденции, которые направляли бы его развитие по

разрушительному пути. Наоборот, направлять по такому пути, который способствовал бы прогрессу в развитии и прогрессу каждого человека. Так что в моральных нормах закреплена потребность общества в целом, и отдельных людей в частности обеспечить безопасность существования справедливости между людьми, в сохранении жизни, они дают возможность в той или иной мере в саморазвитии, реализации своих потенциалов.

Нравственный фактор входит в процесс самообособления человека, дает ему возможность выделять себя из окружения, участвует в формировании его «Я». Голое морализирование (ты должен, ты обязан, как тебе не стыдно) вызывает часто раздражение, так как нет понимания роли морали в обществе в целом и в жизни отдельного человека в частности. Роль нравственных факторов в становлении самого человека (его самообособление, выделение из окружения и в то же время чувство общности на определенном уровне его самосознания) проявляется в формировании его концепции «Я».

Самое главное то, что мораль в первую очередь является механизмом самозащиты личности. Даже тот человек, который всегда нарушает нормы морали по отношению к другим, начинает апеллировать к совести (как вам не стыдно, имейте совесть, опомнитесь), если сделать это по отношению к нему. Так что мораль отстаивает разумные интересы человека и сочетается с интересами общества.

В процессе психотерапевтической работы по нормализации жизнедеятельности в целом и нравственной сферы в частности важно привить больному знание того фактора, что если человек придерживается хотя бы основных норм морали, если развито у него нравственное сознание, то он может допускать отдельные промахи в жизни, но не может сбиться с правильного пути в целом. Осознание человеком для своей сущности, своего «Я» моральных норм, их назначения играет важную роль правильного формирования «Я» концепции, воплощение их в реальную жизнь, признание его «Я» окружением. Моральная зрелость человека придает ему силу, устойчивость в обществе, способствует реализации своего смысла в жизни. Стыд, опасение перед самим собой за свой престиж, присущее чувство общественного контроля в нас самих, осознание под этим углом зрения своего неправильного, неприличного поступка. Стыд —

это страх бесчестия, это «Я» в некрасивом свете в глазах других людей, переживание за свое «Я», за себя, свою сущность, даже если другие не знают об этом, а только мысль «если бы узнали» (другие в нас самих). Стыд — своеобразная форма самооценки, когда затрагиваются «Я» человека, его сущности. Если моральная сущность человека не задевает его концепцию «Я», то возникает только чувство неудобства из-за того, что другие узнали («номер не прошел»). Стыд, чувство стыда — это мост между нашим сущностным «Я» и окружающей средой, обществом.

Нравственный опыт приобретается в общении с микросредой (что дало ему окружение, при этом не в отвлеченных формах, а в повседневной жизни).

Чувство стыда, понятие добра, зла, чувство долга, ответственности и нравственный опыт являются основой совести.

Совесть — это ответственность перед самим собой, понимание нужности реализации каких-то моральных принципов для поддержания «Я», функционирования самоуважения, самоутверждения, самореализации. Совесть, нравственное самосознание являются важными мотивирующими факторами человека, порождают чувство «я не такой, я не буду таким даже при мысли о чем-то недозволенном, как отнесутся к этому другие, в плане, что обо мне будут думать». Важно конкретное исследование системы нравственных понятий, представлений и норм, которые реализуются в повседневной жизни человека, отражают его личностные особенности, в то же время и защищая их. Действительно, сформированные нормы, которые не одинаковы по содержанию у разных людей и зависят от их позиции, особенностей их престижной группы, прошлого опыта, понятий о себе, оберегают человека в окружающей его среде.

Важно рассматривать морально-этический фактор, сферу его функционирования, как особый способ освоения мира и особый прием ориентации человека в его микросреде и в обществе в целом.

5. Интеллектуальная сфера

С тех пор как у человека в процессе развития началось абстрагирование, то есть переход от манипулирования реальными вещами к манипулированию в уме образами, представлени-

ями об этих вещах, явлениях, переход к словам, которые вызывают и замещают представления об этих вещах, образах, мышление стало необходимым атрибутом жизни человека. В реальной жизни нет немыслящего человека, есть только люди, мыслящие спонтанно, произвольно, нецеленаправленно. Их мышление стимулируется и вызывается текущими внешними явлениями, по отношению к которым они пассивны, безынициативны, или, наоборот, внутренними ощущениями. Второй тип — люди мыслящие целенаправленно, по своей инициативе, которые в процессе мышления решают какие-то осознанные задачи, и часто содержание мышления не имеет непосредственного отношения к восприятиям и ощущениям.

Интеллектуальная деятельность характеризуется двумя факторами: 1) конкретное содержание интеллектуальной деятельности; 2) качественный показатель этой деятельности (ясность или смутность мысли, сомнения, уверенность, интерес, любовь к истине, к знаниям и т. д.). Какие сведения, какую информацию человек получает за прожитый день, неделю, месяц, год. К какому рода информации он тропен, к чему у него интерес, а к чему инфантилен, равнодушен, безразличен.

В настоящее время человек стремится быть в курсе многих дел, компетентным во многих областях знаний. Люди очень большую часть времени проводят у телевизора, радио, за чтением газет и т. д., что часто идет во вред их жизнедеятельности в целом. Общество гармонично тем, что в общей массе есть отдельные группы людей, которые очень компетентны в какой-то одной сфере знаний и средне или малокомпетентны в других. Сочетание таких групп создает ситуацию высокого уровня компетенции общества в целом, повышение компетенции других групп населения в не их сферах деятельности. В то же время надо констатировать тот факт, что многие люди переносят свою жизнедеятельность во внешнюю информацию, поступающую по телевидению, радио и мало уделяют жизни в своей микросреде, в семье, на уровне своей внутренней жизни. К.Хорни недаром пишет о том, что, если бы одновременно перестали выходить газеты, работать радио, телевидение, то начался бы всеобщий невроз, так как наблюдается всеобщий феномен бегства от себя. Писатель Юрий Юбогий высказал удивление тем, что наши люди больше интересуют-

ся жизнью других народов, чем своей собственной. Он привел пример того, как мужчины в поселке леспромхоза с упоением рассуждали о жизни в Южно-Африканской Республике, в то время когда у них между домами сплошные заросли сорняков, нет детских площадок, нет дорожек, и они ходят по грязи. В наличии у них и песок, и необходимая техника.

Именно анализ с большим функционирования его интеллектуальной сферы, то есть, какие сведения, знания он получает от других, что отдает в свою среду, какую информацию. Как он удовлетворяет свой интеллектуальный голод и заполняет его у других. Какого характера эта информация — негативного, подавляющего или, наоборот, положительного, ободряющего, повышающего компетенцию в какой-то сфере жизни, и т. д. Формирование установок на получение информации, повышающей компетенцию в жизни. Интенсивность получения информации, то есть чтобы не было перенасыщения и не возникал бы голод, а только потребности, и не возникала бы скука.

Интерес, его устойчивость в противовес сиюминутному увлечению, любопытство, удивление, ясность, уверенность, убежденность, любовь к системе, к знаниям, правдивость, самоочевидность, сравнение, сопротивление, аналогия, противопоставление, обобщение, выделение, вычленение, здравый смысл, аксиомы отдельных сторон жизни, критичность, понимание, хитрость, ловкость. С другой стороны, смутность мысли, безынтересность, равнодушие, безразличие, абсурдность, непонимание, иллюзия, жизнь, как в полусне, пребывание в неведении, разочарование, скука.

Образование формирует у человека определенные образцы понимания жизни, по которым тот организует свою жизнь, действия. Важен анализ этих образцов, их соответствующая коллекция.

Общее образование, тем более высшее, дают не только определенную специальность, знания специалиста, а, что, может быть, более главное — повышают интеллектуальные способности человека в целом, навыки усваивать и приобретать знания. В подтверждение этому в настоящее время много людей с высшим образованием работают не по своей специальности и их с удовольствием берут потому, что они

получили высшее образование, прошли хорошую школу интеллектуальной деятельности, определенного уровня культуры мышления, компетенции.

Здравый смысл — результат подсознательного сопоставления, сравнения, анализа прошлого опыта таких ситуаций, суммирование опыта в понимании сущности вещей, явлений на уровне интуиции, эмпирического опыта. Компетентность специалиста, компетентность в жизни предполагает большой, разнообразный и глубокий опыт в данной отрасли знаний, стороне проявления жизни, умение схватывать сущность явлений с учетом своего опыта и неповторимости, уникальности данного явления. Так что здравый смысл — это не шаблон, а творческая адаптация прошлого опыта, знаний к уникальности и неповторимости данного явления, это аналогия с творческим подходом.

Крайнее выражение положительного опыта здравого смысла — в примере того, как ученые мужи не смогли заставить теленка зайти в сарай, а малолетняя девочка взяла зеленый пучок травы и завела его туда. Крайнее выражение негативного опыта здравого смысла проявилось в действиях служанки Казановы. Она испортила часть его мемуаров, рассудив, что завернуть масло в чистые листки бумаги нехорошо, так как на них еще можно писать, а в исписанные можно, так как их уже использовали.

Древнекитайская поговорка говорит: «Безмолвствуй, но помни истину, учись, но не пресыщайся».

6. Сфера материального обеспечения

Трудовая деятельность мотивирована кроме интереса к своей профессии, вовлеченности в жизнь трудового коллектива еще и возможностью материального обеспечения себя, своей семьи на достаточном жизненном уровне. Права одна учительница, когда сказала, что если «умственный труд ценится намного меньше физического, то такое государство обречено». Трудиться, не имея достаточной отдачи, очень трудно и со временем производительность такого труда падает, даже если человек несмотря ни на что, сознательно хочет хорошо трудиться. Здесь должен работать принцип «достаточной до-

статочности», то есть психологически человек должен чувствовать, что ему более или менее достаточно для удовлетворения хотя бы минимального, необходимого материального уровня. Именно, чтобы человек чувствовал достаток в материальном плане, чтобы он не был очень актуальным, не мешал, не вытормаживал жизнедеятельность в других сферах. В работе с человеком, касаясь материальной сферы, важно помнить, что экзистенция, ценность жизни прямо не зависят от успехов на материальном уровне.

7. Волевая сфера

Одной из важнейших способностей и сфер деятельности является волевая, то есть способность и возможность совершать преднамеренные действия и поступки, воплощая их в реальность. Понуждения к их реализации исходят из разума, понимания целесообразности ситуаций с оттенком отстаивания их, противодействия препятствиям как внешним, так и внутренним. Волевые действия необходимо отграничивать от автоматически выполняемых, необходимых, неосознанных действий, поступков под влиянием непосредственных желаний, побуждений. Главные факторы проявления волевых действий — это участие сознания, ясное осознание всех условий, сознательная постановка цели, сознательное включение всех психических механизмов по достижению этой цели, преодоление внешних и внутренних препятствий. Осуществляется это через процесс мышления, с помощью которого человек оценивает, осознает, познает ситуацию, соизмеряет ее со своей потребностью, целью, поставленной перед собой, соотношение этой цели со всей совокупностью проявления жизни, ее тенденций.

Важен факт осознания самой потребности, степень ее важности, ясное и яркое представление того, к чему приведет удовлетворение этой потребности, то есть дает ему результат достижения цели. Проанализировать с больным функционирование его волевой сферы, где, в каких случаях он проявляет волю, насколько она у него эффективно функционирует. Определить с ним конкретное содержание проявления волевых действий, важных и нужных для него. Пусть больной потренируется настраивать себя на соответствующий

образ мышления («я должен это достичь, я буду проявлять настойчивость, постоянство, терпение, выдержку и сосредотачивать все свое внимание на выполнении этих действий, не отвлекаясь на второстепенное, пренебрегая трудностями внутреннего характера — желание покоя, расслабленности, избавиться от внутреннего напряжения, переключиться на другую деятельность, проявление других влечений и т. д.). В этом деле важную роль может сыграть АТ, техники рефрейминга, наложения (НЛП). Важно показать больным тот факт, что люди, у которых сильная воля, не тратят много усилий, они просто сосредотачиваются на нужном, концентрируют на нем все свое внимание, и все противоположные тенденции исчезают. То есть концентрированное внимание оставляет только нужный аспект действий, а в представлениях преобладают образы этих действий. Главная цель — стать, быть решительным, активным, испытывать понуждения к деятельности определенного характера, своеобразного энтузиазма, чувства достижения, волевого напряжения, энергии, жизненности, испытывать желание делать, выполнять, а не проявлять волю, как отдельные эпизоды, то есть способность, а не усилия. Именно культивирование чувства побуждения, умение актуализировать определенный смысл данной ситуации с подтекстом действовать в ней. Изживание у себя чувства бессилия, тупика, внутренней неготовности и нежелательности действовать. Культивировать у себя проявления волевых задержек, умение отказать себе в чем-то ради более важного, престижного и т. д.

8. Сфера реализации себя в каком-то деле

Жизнедеятельность человека не сводится к престижной сфере или сфере материального обеспечения, она богаче и шире их, и человек может реализовать свои способности в каком-то другом деле. Например, женщина — прекрасный собеседник, знаток литературы, поэзии, прекрасный специалист, с большим желанием, упоением любит готовить — просто ради занятия этим делом и не считает это своими какими-то способностями, не рекламирует. Это дело просто для себя, для души, не обижается, если критикуют ее кулинарные способ-

ности. Черчилль любил делать кирпичную кладку и т. д. Анализ того, что человек любит делать для себя, для своей души, что он просто любит делать.

9. Эстетическая сфера

Наличие эстетических установок порождает на уровне сознания готовность к эстетическому восприятию, оценке, формирует эстетический компонент познания. Эстетический компонент проявляется во всех сферах жизнедеятельности, выражает сущность человека, степень его «очеловеченности».

Эстетический компонент познавательной деятельности играет важную роль в оценке окружающей действительности, превращает эстетические переживания в ценность саму по себе и играет такую же роль в оценке окружающей действительности, как и эмоции. Именно совершенство чего-то, гармония, целесообразность, порядок, нужность воплощаются в красоте, в эмоциональном переживании красоты.

Большую роль играют эстетические переживания в самоутверждении человека, в его самоусовершенствовании, способствуют осознанию своей самооценности. Эстетические восприятия, переживания выступают в роли оценки, сравнения степени совершенства, в том числе и своего, то есть самооценности (ценность не для себя, не для других, а именно ценности самой по себе, без оценки).

Самоценность — внутреннее богатство человека, его развитость и совершенство, ощущение внутреннего ценностного веса, значения (не должность, не статус, а ценность сама по себе), наличествующая, потенциальная полезность сама по себе еще без его реализации, его возможности и способности в силу присутствия особых качеств.

Вопрос самооценности как феномена еще не раскрыт до конца, тем более ее роль в психотерапевтическом процессе. А.Чехов писал: «Дайте человеку сознание того, что он есть, и он скоро научится тому, чем он должен стать».

Эстетический компонент присутствует в потребностях и необходимых атрибутах существования, познания и самоутверждения. Важно исследовать, как эстетическая сфера жизнедеятельности развивалась у данного человека, под влиянием каких

факторов формировалась, чем актуализировалась или, наоборот, примитивизировалась, тот чувственно-эстетический опыт, который получил человек в своей жизни. Были ли этапы эстетической перенасыщенности, пресыщенности. Именно исследовать систему эстетических ценностей, ориентаций человека, которые были усвоены человеком, включены в его «Я» и через которые он реализует свою сущность. Как освоен эмоционально-чувственный опыт красоты, прекрасного, гармония? Как и в какой степени было сформировано понятие о прекрасном, совершенном, гармоничном, благородном, изящном? Чувство красоты, прекрасного активизирует, делает богаче и глубже дальнейшее развитие человека, так как красота выступает в роли системообразователя наилучшего, ценнейшего для человека. Делает в целом жизнь человека богаче, разностороннее, заставляет испытывать чувства радости, восхищения, сострадания, печали, возмущения и т. д. в его повседневной жизни, а не чувство серости, посредственности, скуки, бессмысленности. Дает возможность строить свои отношения к действительности, учитывая законы прекрасного, гармоничного, упорядоченного.

Сформированные эстетические чувства пронизывают все сферы жизни, заставляют человека всюду вносить в свою деятельность гармонию, определенный порядок, понимать и стремиться к красоте человеческих отношений. Они дают особый эстетический настрой на восприятие действительности и таким способом генерируют особый эмоциональный заряд. Формируется эстетический вкус как способность суждения о явлениях действительности под углом зрения прекрасного. Хотя Гегель и считал, что красота — низшее проявление истины, но она не менее значима самой истины даже самого высокого проявления.

Еще раз подчеркиваем важность нацеливания больных на осознание эстетического богатства окружающего нас мира, именно эстетического его освоения. Иногда у человека бывает повышенный порог восприятия прекрасного, он видит только особо прекрасное, в прекрасном замечает только какую-то особенность, а окружающая действительность — посредственность, или, наоборот, другой тип людей почти во всем видит прекрасное и даже в безобразном — утонченность, особую деликатность.

Действительно, в чем человек видит прекрасное, прелестное, чудесное, возвышенное, комическое, трагическое, безобразное, низменное, ужасное? Особенности восприятия гармонии и дисгармонии в жизни, что для человека — гармония, а что — дисгармония. Фактор одухотворенности человека, то есть более высокий уровень ассоциаций, представлений, чем в предмете просто представлены. Фактор прелестного — чувственно-привлекательного, чувственно-красивого, одновременное наслаждение и радость жизни, то есть одухотворенность явления или предмета. Важен анализ эстетического компонента природы, культуры (то есть созданного человеком, не существующего в природе самого по себе), как специально существующего, так и уже перешедшего в повседневность. Искусство как часть культуры — по сути дела это внушение определенного строя мыслей и чувств. Следует акцентировать внимание на том, что эстетический процесс восприятия действительности двусторонний: с одной стороны, свойства явлений жизни, предметов, природы; с другой — свойства, навыки, умения, готовность человека воспринимать их. Поэтому наряду с прививанием навыков эстетического восприятия важно настраивать человека воздействовать на окружающий мир с целью включения в свою жизнедеятельность больше эстетического переживания, строить свое поведение, поступки, тип функционирования в микро-среде с учетом желаемых эстетических нюансов. Что красивые предметы, явления предполагают? Конечно, существует единство формы и содержания, структуры и функции. Красота предполагает совершенство, а потребность в совершенстве в свою очередь подразумевает наиболее полное, наилучшее удовлетворение потребностей. Важно помнить, что в форме и содержании бывают артефакты, можно сказать «принцип мухомора». Важно подчеркнуть, что в эстетическом чувстве выражается совершенство, то есть то, что мы ожидаем в данном случае, что оно соответствует тому, в чем нуждается. Недаром говорят, что красота это воплощение любви.

Учитывая все это, можно сказать, что опыт эстетического восприятия способствует более глубокому осознанию явлений и предметов, углублению и расширению уровня и характера знания о них, их потенциальных возможностей,

улучшает способность к ассоциативному видению мира. Попытайтесь рассмотреть прекрасное как благородное, то есть, как влекущее нас своей внутренней силой и пленяющее своим достоинством.

Любая из сфер жизнедеятельности, в том числе и эстетическая, может испытывать состояние пресыщенности, если не соблюдаются меры предохранения от истощаемости, отсутствия фазы отдыха.

В функционировании эстетической сферы важно соблюдать гармонию, соразмерность в отношениях с другими сферами, гармонию между интеллектуальной, волевой, эмоциональной и эстетической сферами.

Большое значение имеет формирование и таких антиэстетических понятий, как безобразие, жестокость, непристойность, низменность, омерзительность, отвратительность, пошлость, абсурдность. Разобрать, что это такое и в каких ситуациях проявляется в общечеловеческом смысле, формировать желание избегать этого, вести более избирательную линию жизни.

Совместный с больным анализ функционирования его эстетической сферы вскрывает возможный потенциал, показывает больным упущенные возможности, обогащение своей душевной жизни, создает ситуацию для налаживания, формирования более полноценного, «обогащенного» образа жизни человека.

Знакомое, близкое, родное вызывает определенные эстетические переживания. Именно поэтому важно стремиться делать многие атрибуты жизни (с определенным подходом к ним) знакомыми, близкими, родными и чтобы такой подход, восприятие родного им, их внутреннему миру вызывал определенный резонанс переживаний положительного характера.

10. Сфера родственных чувств, связей

Никто не знает и не описаны достаточно переживания человека, выросшего в детском доме и являющегося круглым сиротой, да и он сам старается убежать от этих мыслей, переживаний. Воспитатели пытаются компенсировать этот факт, и действительно воспитанники часто считают их в своем внутреннем мире родителями. Мы часто не ценим то, что дано,

и не понимаем, как важно ценить данное нам без сопоставления с теми случаями, где это не дано или потеряно.

Какую роль играют в жизни человека его родственники, для его «Я», для его функционирования, наличие их что ему дает? Сущность более поверхностного факта родства в том, что человек чувствует себя не одиноким (именно на уровне родства), что родственники поддерживают его хотя бы морально в трудную минуту или, если они не рядом, то мысль о том, что они будут сочувствовать ему, играет немаловажную роль в жизни человека. Такой старый обычай крестных отцов и матерей также играет стабилизирующую роль в жизни человека, так как в трудную минуту приходят по сути дела чужие люди или дальние родственники с помощью, а если какие-то проступки, то стараются привести в чувство. В ироническом высказывании: «От родственников нельзя избавиться» — заложена суть и сила родственных связей, самоидентификация с ними на определенном уровне. Фраза «Жена не родственница, а вот дети родственники» на первых порах может вызвать протест, но именно жена должна быть брачным партнером, а не родственницей. Если психологически жена стала как бы родственницей, то эротический партнер появляется на стороне. Поэтому важно в процессе формирования полноценной жизнедеятельности и в этой сфере обеспечить функционирование соответствующих чувств, переживаний, так как они обогащают внутренний мир человека, придают ему своеобразную устойчивость, пополняют его душевный мир определенными переживаниями, увеличивают его душевные силы. Недаром люди, потерпевшие неудачу в какой-то сфере жизнедеятельности, часто сами начинают восстанавливать более тесные родственные связи, переносят центр своей жизнедеятельности в среду родственных отношений и чувств.

11. Престижная сфера

Положительная самооценка для человека очень важна, придает ему смысл жизни через выраженность себя в чем-то, какими-то свойствами, явлениями, действиями. Самооценка человека с оттенком престижности в чем-то дает человеку уверенность в себе, силы и мощь для своей жизнедеятельно-

сти, улучшает самочувствие, положительный тонус в жизни, прилив сил, положительный характер взгляда на себя.

Каждый хочет чувствовать себя человеком, чувствовать свою значимость в своих глазах и глазах других людей, особенно в глазах престижной, эталонной группы. Эта группа (реально существующая или только в воображении), чья система взглядов определяет его критерии, эталоны жизни, которая ожидает от него и определяет его тенденции, направленность действий в престижной сфере. С какими людьми он себя идентифицирует, в чем он видит поддержание своего социального статуса, что придает ему психическую устойчивость, самоидентификацию.

Важно отметить то, что для одного человека с его престижной сферой и соответствующей престижной группой что-то является непрестижным, а, наоборот, уничижительным, то для другого человека с его престижной сферой, престижной группой является гордостью.

Деятельность человека в престижной сфере может носить разный характер, например, просто ради чувства престижности или как реакция на чувство своей неполноценности, как реакция гиперкомпенсации. Нередко деятельность в престижной сфере может носить сверхценный характер (например, владеть чем-то — библиофил и т. д.).

Важно проанализировать с большим конкретное содержание его престижной сферы. В чем деятельность в престижной сфере дает чувство престижа, а в чем наоборот. Анализ факторов, влияющих на формирование чувства престижности.

12. Сфера культуры

Многие понимают под культурой искусство. Искусство входит в культуру народа, страны, эпохи и т. д., но культура не исчерпывается только искусством. Культура богаче и шире, чем искусство. Не все факторы, явления, вещи культуры могут считаться искусством. В противоположность природе культурой является все то, что создано человеком, то есть совокупность продуктов его деятельности, включая и духовные, и материальные ценности, нормы и правила жизни людей. Культура как способ, стиль жизни, который формирует и

удовлетворяет потребности человека, в том числе и культурные. Культура, как наиболее целесообразная, гармоничная, адекватная форма жизни человека в обществе и жизни общества в целом. Важно рассматривать культуру как духовное совершенствование человека во всех сферах его деятельности. В культуре проявляется степень развитости, гармонии, совершенства общества, человека (культура быта, отдыха, производства и т. д.). Понимать культуру — значит, понимать ее семиотику, значение элементов, проявляющихся в культуре.

Часто, когда на бытовом уровне говорят о культуре человека, имеют ввиду только нравственную и эстетическую стороны развития человека. Культура тоже выступает как фактор социального регулирования поведения людей в их микросреде (например, как принято что-то делать, а как не принято, и т. д.). В культуре отражено и аккумулируется многообразие человеческого опыта как возможности земного бытия. Анализ с больным всего того, что он «производит» в процессе своей жизни в его микросреде, обществе, как на материальном, так и на духовном уровнях. Какой культуральный фактор он вносит в свою микросреду, степень его совершенства в этом деле, гармонии, целесообразия, адекватности, приемлемости.

13. Сексуальная сфера

Любовь — это единение внутреннего мира одного человека с миром другого с сохранением своей идентичности, его расширения, с возрастанием своей самооценности, возвышение индивидуальности. Он с радостью обладает и с радостью воспринимает то, что им обладают, и в этом единении жизней — взаимопроникновение, взаимоблаженствование от взаимообладания, общности переживаний. Общность в том смысле, что влюбленные телесно и душевно отдаются друг другу безоговорочно, снятие чувства стыда, взаимоиндукция сладострастия, утонченной и облагороженной сексуальной чувствительности, своеобразное «безудержное» стремление к соединению во всем, эротическое взаимоприятие. Именно дурманящее, опьяняющее сладострастие. Аффективное сужение эмоциональных и интеллектуальных процессов на эротических переживаниях, восприятие всего под углом эро-

тических представлений, эмоций, эротической настрой во всем (голос, мимика, пантомимика) признан эротическими желаниями и энергией.

Брачное счастье в большей степени зиждется на крепких эротических отношениях, то есть эротизация брака (видеть женскую прелесть под углом эротики, культивирование желаний, ощущений).

Еще раз повторяем: но с другой целью, жена не родственник — она брачный и сексуальный партнер. Об этом, к сожалению, часто забывают, стесняются ее в своих эротических стремлениях, фантазиях и по этой причине пытаются иногда реализовать все это на стороне. Все сказанное подтверждается тем, что снижение собственной сексуальности ставится в вину сексуальному партнеру, особенностям брачной жизни, и появляется желание освежить сексуальность за счет смены партнера. Здесь важна периодичность, освежение сексуальности за счет перерыва.

14. Сфера отдыха

Фактор необходимости поддержания хорошего самочувствия, жизненного тонуса актуален, но не всегда решается с учетом природы этого явления. Наличие или отсутствие фазы пассивного отдыха, особенно необходимого для восстановления хорошего физического и психического самочувствия, влияет на жизненный тонус, разумеется, при отсутствии психотравмы. Важен анализ с больным его состояния, самочувствия, которое преобладает, способов снятия усталости, поддержания хорошего физического и психического тонуса. Какие факторы влияют на плохое самочувствие и состояние в плане пассивного отдыха, что мешает, действие самого пациента. В силу тенденции интенсификации жизни (все успеть, все сделать), которая существует в настоящее время, надо нередко вырабатывать, формировать настрой на пассивный отдых (достаточный сон, просто отдых без озабоченности и желания что-то целенаправленно делать, никаких забот, одна цель — пассивный отдых, настрой на отдых). Попытка максимализировать свою жизнь, все успеть не дает должного эффекта, если страдает самочувствие, жизненный тонус. Люди не всегда учитыва-

ют особенности функционирования своего организма, своей психики. Поэтому, как ни парадоксально, подчеркивать, что организм — не машина, хотя и она тоже имеет ресурс. Очень важно в некоторых случаях осознание человеком роли отдыха, фазы восстановления организма в целом.

Немаловажное значение играет и активный отдых — отдых от переключения своего внутреннего мира с одного вида деятельности на другой, где присутствует элемент игры, как физического, так и психического характера, увлечений, любопытства, а иногда и азарта.

15. Сфера свободного времени

К сожалению, его не многие чувствуют и выделяют, но оно (свободное время) играет немаловажную роль в деле жизнедеятельности человека, так как человек для внутренней гармонии должен какое-то время быть предоставлен самому себе, побыть, как говорят, со своей самостью. В старых книгах, по сути дела касающихся психогигиены, рекомендовали вечером 20-30 минут побыть наедине с самим собой и вспомнить, пережить, проанализировать прожитый день, сделать выводы: где проявил излишнюю эмоциональность, несдержанность, где пассивность.

У некоторых людей свободного времени нет, так как его поглощает сфера отдыха, так как организм не успевает восстановиться.

Свободное время — это время, предоставленное человеку на его усмотрение, то есть свободное от любых обязанностей, требований отдыха, требований членов семьи. Акцентировать внимание пациента на этом факторе с целью включения его в свою жизнедеятельность.

16. Время как фактор жизни

Жизнедеятельность происходит и во времени, имеет временной характер. Все эту истину знают, но не все, к сожалению, чувствуют ее в своей повседневной жизни. Обычно люди живут не во времени, а ждут наступления чего-то (конца рабочего дня, выходных, отпуска, каникул, лета, осени, когда дети повзрослеют, вырастут и т. д.).

В восточной культуре время вращается по кругу, циркулирует периодически, например, годы по зодиаку, то есть, как циркуляция природы (зима, весна, лето, осень или день — ночь, и снова все сначала). В европейской культуре время носит поступательный, не повторяющийся характер. Безвременность для большинства людей утомительна, а отрезок времени придает любым факторам жизни актуальность, ощущение остроты этого события. Именно ценность, важность возникают и из-за временного, проходящего характера любых действий, явлений, их неповторимости. Диалектика жизни — в переживании временного фактора своей жизни, жизни других людей, явлений, процессов и т. д.

Жизнь во времени реализуется в какой-то мере в принципе «здесь и теперь». Включенность в жизненную ситуацию, восприятие, осознание жизни сейчас, как этим переживания жизни сейчас будут нами восприниматься потом. Что запомнится, что будет цениться, какие переживания будут иметь ценность из переживаемого теперь, такой вопрос создает полноту этих переживаний. Особое чувство контекста ситуаций в связке с временным этапом жизни человека, его возрастных особенностей. Субъективный фактор времени, переживание чувства времени, его ускорение, замедление (внутренний темп жизни), его соответствие психофизиологическим особенностям индивида, законам душевной жизни (работа чувственной, волевой, интеллектуальной и других сфер). Замедление этого темпа (как и дефицит деятельности одной из сфер) ведет к скуке, чувству неудовлетворенности, угнетенности. Неумение реализовать этот темп разумными, целесообразными, наиболее адекватными способами во всех сферах жизнедеятельности создает вакуум. Его ускорение, чрезмерная интенсификация ведут к утомлению, пресыщению. Столь же важна возможность компенсации одной из сфер жизнедеятельности другой. Особенно важно, чтобы внешние действия «соприкасались» с интимной стороной жизни личности, затрагивая ее «Я», вызывая чувство глубины существования, полноты реализации личности.

Процесс жизнедеятельности надо рассматривать, как было показано выше, во всех его сферах, именно полнота жизненных проявлений обеспечивает чувство жизни, придает ей смысл, позволяет относиться к жизни, как ценности самой

по себе (т. е. порождает желание просто жить, даже если какие-то мечты, надежды индивида остаются недостижимыми, ценить то, что есть).

Многообразие жизненных проявлений облегчает реализацию компенсаторной функции в системе жизнедеятельности индивида. Например, интеллектуальная сфера, будучи связана и с эмоциональной (удовлетворение познавательных эмоций), и с волевой (преодоление преград) сферами, может через свою деятельность компенсировать в какой-то мере в какой-то промежуток времени эмоциональное насыщение, включая частично деятельность эмоциональной сферы. Через интеллектуальную деятельность могут реализоваться и престижные функции.

Такой подход к налаживанию полноценной жизнедеятельности человека дает, на наш взгляд, возможность не абстрактно, а более конкретно направлять процесс адаптации в своей микросреде, быть активным в этом процессе, обогащать свою жизнь, реализовывать ее, видеть свой потенциал в каждой из сфер в отдельности и жизни в целом. Ведь в жизни человека реализуется его существование, как личности, происходит приобщение его к ценностям, к культуре и т. д. Адекватная самооценка, правильное отношение к себе, умение в общезначимых формах выражать свой внутренний мир и, следовательно, быть понятным другими способствуют успешности и глубине протекания этих процессов. При этом для человека важен реализм в понимании себя как носителя социальных ролей, качеств этих своих ролей, понимание их значения для себя, родных и близких, окружения, общества, правильная оценка того, какие именно из ролей, реализуемых им в жизни, для него наиболее значимы. Разумеется, что представления о себе должны подкрепляться какими-то действиями, поступками. Учет своих реальных возможностей служит для человека адекватным, сдерживающим фактором. Правильное понимание жизни, ее законов, законов существования общества, законов жизни организма, самого факта существования рядом с ним других людей и обстоятельств, накладываемых этим фактом на личность, позволяет человеку выбирать реальные, достижимые ориентиры. На этой основе формируется способность предугадать, предвидеть последствия своих действий, строить свое поведение.

Важно учитывать не только жизнедеятельность на душевном уровне, то есть непосредственные реакции человека на окружающий мир, переживания восприятий своей микросреды, но и *духовный уровень жизни*. Духовный уровень жизни может реализовываться во многих сферах жизнедеятельности.

Духовность, дух — spiritus (*лат.*), pneuma (*греч.*) — дуновение, движущийся воздух, дыхание как носитель жизни.

Слова Гёте: «Ибо жизнь — это любовь, а жизни жизнь — дух» — наилучшим образом отражают душевный уровень жизни (любовь в широком смысле слова — к окружающему миру и к себе самому как человеку среди других людей), так и духовный, именно как жизнь жизни, то есть жизнь над непосредственной жизнью. Человек отличается от других живых существ именно тем, что обладает духовным уровнем жизни. Элементами сознания обладают и животные, сознание то есть знание чего-то. Самосознание не определяется знанием о себе как таковом, а является осознанием своего знания (я осознаю, знаю, что я знаю), а не просто только знаю. То есть не просто знание, осознание чего-то, но и знание об этих знаниях. Например, животное озлоблено, оно об этом знает, но оно не знает, что оно знает. Оно не выделяет себя из ситуации, оно полностью в ситуации, ситуация изменяется или теряет актуальность, и его поведение изменяется. Только человек благодаря механизму самосознания может выделять себя из ситуации, подниматься над этой ситуацией, изменять в известной мере свое отношение к ситуации и самому себе ради чего-то возвышенного, ради каких-то принципов.

Общепринято считать, что духовность существует в трех формах бытия: 1) духовность отдельного человека; 2) духовность общества, общий дух, то есть контекст человечности; 3) объективированная духовность (то есть реализуемая в чем-то, в каких-то творческих завершённых формах). Духовность отдельного человека формируется в процессе впитывания духовности общества, то есть общего духа, витающего вокруг него. В сфере самосознания могут формироваться отрицательные тенденции, лишённые контекста человечности, тогда говорят о злом духе, злом гении, поселившемся в человеке. Известно, что духовность не наследуется в прямом смысле слова (как язык сферы окружения), она наследуется как веро-

ятность возможности, как возможность быть духовным человеком, то есть жить и на духовном уровне с определенным его содержанием. Поэтому важно показывать человеку возможность быть таким, значимость жизни еще на одном уровне существования (кроме непосредственных психических реакций), другой уровень проявления человечности, возможности не быть рабом самого себя и обстоятельств, способность выделять себя из окружающей действительности в своем уме, подняться над ней, посмотреть на себя со стороны.

Важен фактор духовности в отношении к природе. Здесь к месту слова Гегеля: «Природа, как временно скрытый и бессильный дух». Именно в природе скрытый дух, человек, общаясь с природой, «приобщается» к определенному духовному настрою, получает своеобразное облегчение (если он в нем нуждается), особое духовное настроение, что часто отражается в описании природы в прозе, стихах. В то же время природа — бессильный дух, хотя и она восстанавливается, залечивает свои раны, нанесенные человеком. Когда говорят, что природа мстит человеку за его варварское отношение к себе, то это неверно. Природа не мстит и не может мстить, а человек просто расплачивается за некоторые результаты своей деятельности.

Важно уделять внимание тому духовному богатству, духовному микрокосмосу, в котором живет человек, духовному содержанию. Жизнь на духовном уровне формирует духовные силы, духовную мощь человека, которые в свою очередь поддерживают, продуцируют определенные тенденции, настроения.

Время, полнота и глубина переживаний во времени — это наше богатство, наш жизненный ресурс. Формирование полноценной жизнедеятельности повышает удовлетворенность жизнью, ее значимость, придает смысл жизни, так как смысл жизни в самой жизни, наладив ее, мы придаем ей смысл, который не актуализируется.

Конечно, использовать налаживание полноценной жизнедеятельности в полном объеме часто не представляется возможным, но психотерапевт, имея в своем арсенале все это, может использовать элементы этой психотерапевтической методики, учитывая индивидуальность случая, ресурс времени.

17. Проблема «Я», сущность человека, как один из важнейших факторов в психотерапии.

В психотерапии, в психологии не уделяется должного внимания фактору «живое», которое является базисом понятия «человек». Наши наблюдения работы психотерапевтов, результаты их опросов показали отсутствие или недопонимания, недооценка понятия принципа «живое», феномена живого, проявление живого, реакция живого на самого себя, свое состояние, на внешние воздействия, принцип самосохранения живого. Проявление вибрации жизни, постоянное проявление феномена жизни на биологическом, соматическом и психическом уровнях, их симбиоз, взаимодействие, взаимообусловленность, взаимопотенцирование, взаимоугнетение. Это подтверждает общеизвестное изречение: жить — значит ежеминутно рождаться.

Что вы чувствуете, ощущаете при слове жизнь, живое, феномен живого? Эти и подобные вопросы важно задавать психотерапевтам себе, а потом и пациентам, строить на этих ощущениях, представлениях взаимоотношения с пациентами как базисном свойстве человека. Акцентировать внимание пациента на этом чувстве восприятия феномена «живого» у себя, на своей витальности. Формировать, корректировать эти восприятия себя и других людей под углом свойств живого, умение реагировать в жизни с этим подтекстом этого чувства живого.

Например, наркоман ощущает ли он полностью феномен и свойства живого, жизни, как и в чем это проявляется, почему оно искажено, носит односторонний, фрагментарный характер. Помогите ему почувствовать настоящее, реальное, полноценное проявление ощущения жизни, свойств живого в противоположность суррогатному. С этих позиций оценить свое теперешнее ощущение «живого». Форма проявления фактора живого у человека отображается в его «Я», оно исходит из этого свойства.

Витальность, феномен «живого», инстинкт самосохранения, цельность, единство проявляющиеся у животных глубинные сохраняются и у человека. Животное чувствует, вер-

нее, ощущает свою сущность, единственность, имеет свои потребности, озабоченность о себе, своем самосохранении себя как особи, как феномена живого, то есть самоорганизации. Это проявляется и у человека только и в других более сложных формах, на соответствующих человеку уровнях.

Мышка, кошка, собака живот, образуют свою жизнедеятельность, то есть «жизнь живого» сообразно своей природе и сущности, и их интересы и инстинкты легко предугадать, их жизнедеятельность легко представить вследствие их более простой формы живого. При соответствующем уровне энергетического потенциала животное играют для разрядки внутреннего энергетического потенциала организма в целом в рамках чувствования своей самости.

Такой пример дает возможность психотерапевту по другому взглянуть на человека, учитывая его «жизнь живого» соответственно его сущности и природы.

Часто психотерапевты в работе с пациентами стремятся познать фабулу их расстройств, но в их переживаниях, восприятии отсутствуют восприятие фактора живого в человека, того, что он живой, его функционирующий внутренний мир, фактор проявления его «Я», в том числе самоуважение, самоутверждение, создание своего статуса в микросреде. Важным фактором интеграции человека в его целостность играет уже не только феномен живого, но и самосознание. К проблеме самосознания обращали свое внимание многие ученые. Тонко и глубоко к проблеме самосознания подошел Гегель в своем труде «Феноменология духа». В процессе самосознания он видел не простое, непосредственное восприятие себя, а восприятие себя как другого, а потом восприятие этого другого как себя. Он это трактовал как удвоение самосознания — «Для самосознания есть другое самосознание, оно оказалось во вне себя. Это имеет двойное значение: во-первых, оно потеряло себя само, ибо оно обретает себя как некоторую другую сущность; во-вторых, оно тем самым сняло это другое, ибо оно и не видит другое как сущность, а себя само видит в другом». Гегель констатирует: «Самосознание есть в себе и для себя..., то есть оно имеет только как нечто признанное». Отношение сознания к самосознанию: «Но в качестве сознания он (человек) оказывается, конечно, во

вне себя; однако, в своем во вне-себя-бытии он в то же время удерживается внутри себя, есть для себя, и его «во вне-себя» есть для него». В то же время «самосознание выступает как сознание, и для него сохранен весь простор чувственного мира, но в то же время — лишь в соотношении со вторым моментом — с единством самосознания с самим собою ...». Столь большое цитирование Гегеля вызвано тем, что его подход к самосознанию не утратил актуальности и сейчас и служит базисом для углубленного изучения этого феномена. Хотя Гегель и рассматривал феномен самосознания с точки зрения регуляторной его функции в понятиях «Господин и раб», но только более ясный механизм этого явления четче определил Тейяр де Шандер исходя из самосознания, его структуры. Он рассматривал феномен самосознания как не просто сознание себя, а как сознание себя в квадрате (курсив мой), то есть знание, сознание того факта, что «Я» не просто знаю и «Я» знаю, что «Я» это знаю. У высших животных есть элементы сознания. Например, собака знает, сознает, что хозяин пришел в плохом расположении духа и что от него в таком состоянии можно ожидать, но она не знает, что она это знает. Человек не просто знает, но он знает, осознает то, что он это знает. Этот механизм знания о знании, осознание своих знаний дает человеку более сложные механизмы регулирования и осмысления своего поведения, себя в этом сложном мире реальных вещей и абстрактных представлений, учитывая возможности и за пределами настоящих реальностей.

В то же время самосознание не идентично «Я» человека, его сущности, оно не исчерпывает «Я» полностью. Важно помнить, что самосознание тоже сознание, только с иной направленностью, то есть направленностью на себя, и оно, как и сознание может неверно отображать свое «Я», сущность человека. Это подтверждает и применение прожективных тестов, наличие механизмов психологической защиты, механизмов свободных ассоциаций, оговорок, сновидений, в психоанализе З.Фрейда, персоны и тени у К.Юнга и т.д.

Конечно, в самопознании, самовосприятии всегда присутствует такая скрытая черта, такой базисный элемент «Я» человека, его сущности, как «не Я», то есть базис самоидентификации, и ограничение его «Я» от «не Я». Механизмы

самосознания, его факторы участвуют в формировании «Я» человека, являются механизмами коррекции «Я» через коррекцию самосознания. Не все люди и не всегда хотят осознавать свою сущность, пропускать через свое сознание, а просто живут сообразно своей сущности. Их самосознание интуитивно, они просто чувствуют свое «Я» и по ситуационным потребностям осознают, проявляют свои имеющие свойства, свою сущность.

Конечно, интуитивное самосознание в чистом виде, самоидентификация как зарождающийся базис самосознания, как факт своего бытия вне своих особенностей возникают впервые у ребенка около 3-х лет, и это наглядно проявляется, когда он у зеркала говорит: «Я», — показывая на себя.

В интуитивном самосознании не столько важно, что отображено в теоретических выкладках, а то, что каждый человек чувствует, его опыт жизненных проявлений. Не даром говорят: «под каждой могильной плитой хранится целая вселенная». То есть каждый человек — это его микрокосмос, история его душевных переживаний жизни. Например, душевные переживания фронтовиков, радость победы, или душевные переживания людей, участвующих в освоении космоса, переживания каждого человека во время первого полета Ю.Гагарина в космос. То есть чувственный и интеллектуальный опыт повседневной жизни, переживания процесса жизни.

Человеческая сущность, его «Я» проявляются выпукло при изменении жизненных ситуаций, когда они выдвигают требования изменения «Я», сущности человека. Чем люди отличаются друг от друга, что составляет их сущность, является становым хребтом его личности? Почему один подставят друга, товарища по работе, а другие не могут? Почему одни получают удовольствие от сделанной работы, доброго дела, а другие — от праздного мотания, пустого времяпрепровождения? То есть люди не могут так просто меняться произвольно, перестраиваться.

Личностно сформированное «Я», его сущность — это тот пункт, который интегрирует личность человека, придает ему целостность, ценность, индивидуальность. Именно образо-

вание «Я» интегрирует все свойства личности в единое целое, придает ему целостное реагирование.

Важен фактор в человеческом «Я» соотношение и взаимодействие эмоционального и рационального. Часто человек разумом понимает одно, а чувствует другое, и ему трудно справиться со своими чувствами, так как в эмоциональных проявлениях участвует «Я» человека, его целостная сущность, а в рациональном, только понятийный аппарат, не связанный с «Я». Возникшие мысли, идеи еще не входят в «Я», и если они задевают целостные интересы сущности человека, его «Я», то они не имеют силы, то, что в психоанализе трактуется как антагонизм бессознательного и сознания. То есть человек много знает, понимает, но в реальной жизни с этим не считается. Значит эти знания, понимания не входят в структуру «Я». Человек не курит не потому, что знает о вреде курения, а потому, что акт курения не входит в структуру «Я». Сознательное стремление измениться в чем-то не всегда и не сразу дают результаты, так как сознание и «Я» человека часто не совпадают по содержательности. «Я» человека автономно, хотя оно взаимодействует с окружающей действительностью. В тоже время в своих рамках «Я» меняется ситуационно, так как ситуационно актуализируются его те или иные свойства, которые в других ситуациях находятся в латентном состоянии.

Сознание как луч прожектора не позволяет охватить осознанием полностью содержательную сторону его «Я», тем более комбинацию проявляющихся свойств в разных ситуациях.

Загадка человека в том, что комбинации проявления свойств «Я» в разных ситуациях создает разные состояния «Я», его действия оставаясь самим собой, сохраняя то, что его «Я» накладывает отпечаток на актуализацию своих свойств, характер их проявлений.

Характер действий, поступков определяет контекст, то есть восприятие ситуации с точки зрения его «Я», то есть сущности человека. В одной и той же ситуации контекст разных людей не одинаков, содержательная сторона их «Я», сущности высвечивает сообразно своему содержанию и состоянию, те или иные стороны этой ситуации. Особенно

этот фактор формирования содержания контекста высвечивает психопатология деформирующая «Я» человека в каких-то аспектах.

Психотерапия по существу наука о человеке, о человековедении в широком смысле этого слова. Ее цель в общих чертах можно определить как коррекция «Я» клиента и налаживание «нормальной» жизнедеятельности (без симптомов и синдромов, патологических форм страданий, нормализация форм взаимоотношений с обществом, микросредой и с самим собой). Исходя из результатов коррекции «Я», налаживания нормального функционирования в окружающей среде происходит удовлетворение своих потребностей (порожденных преобразованным «Я»), формирование уже новых, но уже удовлетворение их собственными ресурсами, личным потенциалом развития, восстановленного психотерапевтом.

Особого внимания заслуживает сила «Я» — стойкость, стабильность, непоколебимость, способность функционировать и в трудных для «Я» условиях (как внешних, так и внутренних) без изменений, нарушающих его целостность, интегральность функционирования, патологических трансформаций и продолжая реализацию своей сущности, даже временами занимая позицию выжидания в трудные моменты не теряя своих намерений. Почему одни люди выдерживают страшные нагрузки, психотравмы, сильнейшие удары судьбы и не возникают реактивные состояния, неврозы, алкоголизация и т.д. Конечно, в этом деле играют роль много факторов, но сила «Я» играет ведущую роль. Термин стрессоустойчивость больше высвечивает механизм противостояния, а термин «сила Я» подразумевает личностный потенциал, постоянное состояние человека, и он в психотерапии носит более емкий характер.

Интеграция соматических самоощущений, представлений о себе, как о единстве физических и психических явлений, процесс восприятия, понимания, осмысления окружения в целом, других людей в частности, фактора выделения, обособления, оценки одного человека другим и другими его, восприятия временных проявлений жизни порождает чувство «Я», чувство своей самости.

Основа «Я» — это интуитивное или осознанное ощущение

своей самости, явление самообособления, выделение себя из окружающей действительности, функционирование необходимого для жизни инстинкта самосохранения себя просто как индивида на физическом и социально-психологическом уровнях. Эти самоощущения, самочувствия оформляются, обрамляются как «Я», обладающие не изменяющейся самоидентификацией, а также определенными качествами, свойствами, отличиями от других, выделяются своей неповторимостью, не просто чувством, что это не «Я», а и потому, что другой к тому же не обладает такими-то моими свойствами. Если другой обладает какими-то свойствами, как и «Я», то возникает понятие «свой». Естественно «Я» человека придает своим качествам и свойствам интегральную целостность.

Посредством своего «Я», своей самости человеку передается важнейшее переживание себя, что это или другое чувство или явление относится к «Я», моей самости («я страдаю», «я переживаю», «я чувствую», «говорят обо мне» и т.д.). Качество и свойства «Я» осознаются по очереди, не все сразу, а чувство своей самости присутствует всегда, придавая всему чувства «Я» — не «Я».

В структуре «Я» важно выделять константную часть самоидентификации и функциональную, меняющуюся в процессе жизни. Качество и свойства функциональной части «Я» в течение жизни развиваются, меняются. Что-то уходит, редуцируется, что-то приобретает. Ведь «Я» при своем функционировании что-то присваивает, усваивает, делает своим, а что-то отвергает. Усваиваемое, приобретаемое показывает путь развития «Я», его трансформацию, сущность, содержание этого процесса.

Чувство самости, своего «Я» постоянно дает нам ощущение того, что это мы сейчас, в данный момент, в данное время теперь, а такими мы были когда-то. Сейчас это не то «Я», сейчас это не мое «Я», оно меня не очень волнует, задевает, вызывает чувства, не затрагивают моей самости, а только чувство умиления, воспоминания, что таким был, что я от этого страдал, мучился, радовался, стремился к этому и т.д. Раньше оно составляло мои свойства и качества, а сейчас не составляет, я изменился (развитие, влияние опыта, жизненных ситуаций, возраст и т.д.).

Важным вопросом в природе «Я» является фактор соотношения сознания и бессознательной сферы, структуры «Я» в этих соотношениях, функциональная локализация этих соотношений.

Бессознательная сфера выполняет в структуре «Я» его интегративную функцию, то есть функцию объединения, единства и стоит на страже личностных интересов. Сознание в структуре «Я» не может обеспечить его целостность, не может объединить все его особенности, качества и свойства (фиксированность на чем-то одном, что попадает в сферу сознания). Все остальное находится в бессознательной сфере, но интегрировано, объединено, обеспечивает целостность реагирования часто на неосознаваемом уровне, без сознательного анализа, не включаются волевые усилия, а моментально возникает реакция на что-то, что задевает интересы «Я», его сущность как в положительном, так и в отрицательном планах. Бессознательная сфера способствует, порождает чувство целостности, единства «Я» на уровне сознания.

Разумеется, в конкретном содержании «Я», в его структуре и функции формируется позиция личности, ее сущность, т.е. в позиции личности проявляется ее «Я». Посредством «Я», его конкретного содержания проявляется позиция человека в мире, в своем окружении, его отношении к себе, отстаивание этой позиции, порожденной «Я». Происходит постоянная реакция «Я» на окружение с учетом своего конкретного содержания, особенностей, действует механизм самозащиты (чтоб человек не был унижен, не был хуже других и т.д.). «Я» проявляется через жизненную позицию человека, порождает у него представление о себе как источнике действий, поступков, выделения своего «Я» в этом смысле, чувство того, что порождает своим «Я», какие воздействия и какого характера на окружение и на себя, что надо делать, как действовать, порождает определенную продукцию своего «Я».

Многие потребности порождаются реализацией «Я». Ведь «Я», сущность человека реализуется через какие-то явления, ситуации и на этом основании возникают потребности. «Я» выполняет ряд функций, без которых человек не смог бы функционировать как самостоятельная единица, ориентиро-

ваться в столь сложном мире, создавать материальные и духовные ценности и т.д.

Функции «Я» обеспечивают: а) идентичность себя не только через свою самость, личные качества и свойства, но и через социально-психологическую принадлежность (школа, ВУЗ, житель города, соотечественник, увлечения, интересы и т.д.); б) соответствующие понятия «Я» (для себя) с реальным проявлением с действительностью, то есть реализация «Я» в действительности; в) обеспечивает возникновение таких чувств как гордость, самолюбие, честность, самоуважение и поддерживает существование самого «Я» человека; г) «Я» как должное для человека, его жизни, даже если окружение осуждает его за реализацию «Я» с таким конкретным содержанием (пытается скрывать от окружения, краснее за себя); д) затрагивание «Я», его конкретного содержания вызывает сильнейшие эмоциональные реакции различного характера (как положительного, так и отрицательного); е) тенденция расширения своего «Я» до понятия «МЫ», найти опору вне нас самих, сходными с нами; ж) самозащита своего «Я», самого себя, своей сущности от других и от себя самого; з) реализация «Я» в действительности порождает жизнедеятельность, целостную ориентацию.

«Я» проявляется через психические свойства и процессы, но оно не идентично им. Можно обладать музыкальными или иными способностями, свойствами, но в структуру «Я» это может не входить до определенного момента, когда эти свойства и способности не будут включены в структуру «Я» и не станут выражать его сущность.

Как было сказано выше, наше истинное «Я» и самосознание не всегда совпадают. Человек осознает, считает себя таким, а в жизни, в своей деятельности проявляет себя как другой. Дело не в том, что его понятия об этих свойствах не совпадают с другими, просто он себя не знает в реальности, или не знает свое «Я». Возможно, не было случаев познать себя, осознать с этой стороны, или другие факторы препятствовали осознанию себя. Самосознание всегда беднее, менее адекватны сущности человека, его «Я».

Самосознание — образ себя, представление о себе, то как осознает свои качества и свойства, и все это осуществляется

через самооценку. В самооценке часто происходит искажение «Я», все зависит от искреннего желания оценить себя, от тех стандартных эталонов, оценок, вкусов, которыми обладает человек, оценивая себя, от механизмов психологической защиты. Как человек оценивает те или иные свои действия, поступки, чувства, мысли, отношения, так и подходит к своей самооценке, тогда как концепцию своего «Я» человек строит сообразно тем социальным ценностям, которые он усваивает, то, какое влияние оказывает микросреда, характер ее ценностей, мнение окружения. Концепция «Я» всегда с мерками, тенденциями социального воздействия. На концепцию «Я» оказывают воздействие такие социальные чувства как гордость, уважение, честность, элитность, превосходство, презрение и т.д.

Уровень самосознания у людей разный и зависит от того, чем всесторонне, полнее и глубже человек осознает себя.

Истинное «Я» не меняется в зависимости от ситуации, оно только меняется, развиваясь, трансформируясь. Многие его составные части бывают в латентном состоянии, ситуационно вытесняются из-за ненужности и включаются при их актуализации. Все зависит от того, какой функцией своего «Я» включен человек в данную ситуацию.

Все люди испытывают потребность в положительном образе «Я», в положительной концепции «Я» (для себя и для других). Самоуважение, гордость базируется на сущности «Я», а хвастовство, бахвальство — на концепции «Я».

Самоуважение складывается из сопоставления, от совокупности многих самооценок и понятий принятого или не принятого, похвального или постыдного. Поддержка определенного уровня самоуважения — важная функция самосознания. Исходя из этого у человека есть стремление придавать собственному поведению моральные высокие мотивы, благородство (концепция «Я» для других).

Процесс самопознания, познание своего «Я», характер уровня и полноты самосознания — явление не простое. Как показывает анализ самооценок людей, самоописаний (какой я есть, каким я себе представляюсь) делается акцент, описывается или рассказывается о своих достижениях, чего достиг, удачник или неудачник в жизни, характеризуют себя как

специалиста, характер отношения к окружению и окружения к нему. Другие делают акцент о себе как о моральных свойствах (порядочный — непорядочный). Третьи делают акцент на своих физических качествах (сила, умение или эстетический аспект). Некоторые делают акцент на своих особенностях характера. По этому поводу и литературные данные, и наши исследования совпадают. В этом вопросе важную роль играют многие факторы, в том числе обращение внимания на эти характеристики окружения и с помощью этих свойств происходило самоутверждение человека или как компенсация этими свойствами и качествами других, не выраженных или не имеющих в наличии свойств и качеств. Возможно, в процессе взаимодействия со средой сформировалось об этих свойствах понятие как об очень важных, значимых.

Самое важное для самопознания — быть искренним перед самим собой, перед своей совестью, чтобы цель познания истины, желания заглянуть себе в глаза преобладали над всеми другими, в том числе над желанием быть хорошим, порядочным, умным, талантливym и т.д.

Как было выше указано, абстрагировать себя от каких-то ситуаций в прошлом и посмотреть на себя как на какого-то другого, анализируя эти ситуации и «другого», и таким способом попытаться истинное проявление «Я». Здесь девиз — познание истины, а не самообман, самообольщение, выдавать желаемое за действительность. Каким я был в этой ситуации? Какие качества и свойства проявились в этой ситуации? Выдержан, стойкий? Считал себя терпеливым, а в этой ситуации проявил вспыльчивость, нетерпение, слабость.

Важен учет и анализ понятийного аппарата, структуры самопознания, самопредставления — понятия, представления, мнения, суждения. В этом понятийном аппарате отражается повседневная жизнь человека, что с чем он встречается повседневно, с какими качествами людей, какие свои качества и свойства проявляет и на этих факторах акцентировать внимание, что наиболее важно в повседневной жизни. Анализ представлений и понятий в рамках которых проходит его деятельность и жизнь и т.д. Но важно учесть и тот факт, что человек многограннее и всестороннее, так что в своих самооценках он может выйти из круга своих повседневных пред-

ставлений и подняться до общечеловеческих, общепринятых в обществе в целом.

Чувство удовлетворенности собой не вскрывает полностью наше «Я» так как оно отражает лишь какие-то свойства или качество «Я», которое удачно реализовалось в данной ситуации и «Я» удовлетворено. Это самоощущение выражает связь «Я» с реальностью только в данный момент. В самопознании важно учитывать, что внешними факторами может актуализироваться какая-то Я-концепция человека и выступать как «Я» в чистом виде с целью преподнести свое «Я» с положительного плана, а истинное «Я» не выставлять. Например, больные с алкогольной зависимостью, наркоманиями находят в своей жизни какие-то ситуации, где актуализировали свои положительные свойства, и в дальнейшем опираясь на эти ситуации, поддерживают концепцию своего положительного характера, а все остальное вытесняют.

Человек может верить, что его концепция «Я» — это истинное его «Я» в силу того, что истинное «Я» не осознается полностью или осознается частично при становлении этих свойств и навыков и проявляется только теми свойствами, которые соответствуют ситуации. Это подтверждают механизмы работы проективных тестов.

Уровень и качество самопознания также зависит от уровня и качества понимания других людей, их жизни. Как человек понимает, осознает род человеческий, роль человека на земле, его возможности, предел этих возможностей, сущность человека в целом, его возможности, природа и закономерности жизни и т.д. То, что он такой ни как другие, что они так же страдают, мучаются, радуются как и он, что его действия являются условиями жизни для других. Не просто знания, осознание, глубокое прочувствование, но и руководство этим прочувствованием в повседневной жизни и от этого зависит адекватность самооценки.

Познание своего «Я» через аналогию с другими, анализ оценки поступков других, и качеств, и свойств.

Самоанализ себя через анализ своей групповой принадлежности. Какая группа людей мне наиболее близка по духу, мировоззрению, увлечениям, способу жизни и т.д. Куда меня

тянет, какие люди привлекают, к какому общению, где проявляются сущность и качество человека.

«Я» — своими качествами, свойствами и конкретным своим содержанием проявляется в анализе случаев обид, оскорблений, так как в этих случаях затрачивается кем-то их «Я» в нежелательном направлении, вскрывая сущность «Я». Что данного человека оскорбляет, на что обижается? Скажи признанному умному, что он глупый, разве он обидится?

Проводя с человеком психотерапевтическую работу, важно начать с самопредставления, то есть каким он сам себе представляется, какой он есть не корригируя его, не исправляя, а лишь фиксируя его самопредставления, расширяя и углубляя их, делая его самопредставления более полными, раскрывая многогранность его личности. Например, физические качества (рост, телосложение, здоровье, сила, выносливость, физические способности, способности переносить лишения). Эстетические качества (красота тела в целом, отдельных частей — волосы, глаза, фигура или недостатки в чем-то, степень осознания, степень переживания ущербности, тенденция компенсировать их в чем-то другом. Степень испытывания от этих свойств гордости, самолюбования, желание фактора преклонения перед этими свойствами, самовосхваление. Другие люди не акцентируют своего внимания на этих своих качествах, так как их «Я» больше проявляется другими качествами и свойствами. Представление о самом себе, как об какой-то личности, имеющей ряд качеств, свойств, особенностей.

Важно учитывать тот факт, что «Я» формируется, развивается в течение всей жизни человека. Влияние возраста, микросреды, фактора саморазвития, когда «Я» что-то присваивает из окружающей среды, делает своим, а что-то отвергает. Учитывать фактор наследования качеств и свойств центральной нервной системы (ее сила, слабость, возбудимость, переключение и т.д.). Как на этой биолого-физиологический фундамент наложило отпечаток микросоциальное воздействие, его характер. В каких своих психических процессах он ощутил наибольшее удовлетворение (сделал что-то приятное другим, проявил благородство, наябедничал, сделал подлость, проявил выдержку, терпение, спокойствие или

взвинтился и отстаивал какой-то мимолетный интерес). Как прошел или проходит процесс социализации, то есть очеловечивания (усвоение свойств и навыков человека, как члена общества). Типы путей самоутверждения, самореализации.

Характер эмоциональных переживаний, интеллектуальной деятельности (см. подробнее в разделе «Формирование полноценной жизнедеятельности как заключительный этап психотерапевтического процесса»).

При работе с пациентами важно даже не доскональное содержание «Я», а апелляция в процессе общения к его «Я», к его сущности как таковой, проекции своих воздействий на его глубинное «Я». То есть не к его роли, позиции, которые у клиента есть в данный момент у его «Я», а к его сущности, к тому каким он является наедине со своим «Я», со своей сущностью, вне эмоциональных реакций на что-то, отстаивая ситуационные интересы. Человеческая сущность, природа человеческого «Я» волновала человечество с давних времен, что отражено в религиях. Философ Бердяев отметил роль христианства в развитии цивилизации. Психологическая сущность человеческого «Я» особенно проанализирована в духовных практиках йоги. Так, в Радже йоге (психическая йога), в настоящее время и в психосинтезе рассматриваются пути модификации человеческого «Я» с целью управления человеком изнутри. Основным тезисом этого направления является тот факт, что человек является тем, с чем он себя (то есть свое «Я») отождествляет. Главный механизм модификации «Я» и создание центра управления человеком — это разотождествление: 1) мое тело не «Я», а инструмент моего «Я»; 2) мои эмоции не «Я», это инструмент моего «Я»; 3) моя интеллектуальная деятельность — это не «Я», а инструмент моего «Я» и т.д. Таким путем приобрести человеком, его «Я» власть над телом, эмоциями, интеллектом и т.д.

Как было сказано выше, «Я» человека состоит из константной части «Я», то есть части самоидентификации, которая постоянна на всю жизнь, в том числе и половая идентификация и функциональная часть «Я», которая содержит способности, навыки, умения, ответственная за развитие, дает возможность человеку развиваться, усваивая, утилизируя новое, обогащая себя, и меняя себя в рамках развития,

содержит подвижную часть — ситуационное функционирование, которое отвечает за актуализацию определенных частей «Я» и не актуализируется, вытесняется, не актуализируется в других ситуациях.

Константная часть «Я» и есть то, что в религии, психологической литературе, искусстве, в других гуманитарных науках и в народе называют «душой».

Человек беспокоится о своей судьбе, о своей душе не только при жизни, но и о ее судьбе после жизни, то есть не уронить свой авторитет, самоуважение и уважение микро-среды.

Психологические феномены тоже могут высвечивать сложную структуру «Я». Например, при экзогенных психозах (белая горячка) человеческое «Я» дезорганизовано во времени и в ситуации, но сохранена ориентировка в самом себе, а при эндогенных психозах можно встретить дезорганизацию в самом себе, то есть деформируется константная часть «Я». В разделе, посвященном гипнозу, гипнотерапии, были рассмотрены функциональные структуры «Я» в сомнамбулической стадии гипноза с точки зрения функциональных систем академика П.К.Анохина.

В данном разделе мы затронули вопрос проблемы «Я», сущности человека, проблему апелляции в процессе психотерапии к его сущности. Именно воздействие на его истинное «Я», как базисное явление, влияющее на единую сущность человека, которая стоит над всеми его проявлениями, является его постоянной сущностью, природой, которая присуща только ему, обладающая постоянством и приданными ему функциональными явлениями, а не только ролевыми проявлениями. В изложенном выше преследовали цель акцентировать внимание психотерапевтов на этом важнейшем и главнейшем вопросе, способствовать более детальному изучению этого фактора в психотерапевтическом процессе.

Глава 4

Семейная психотерапия

Семья является сообществом людей, основанным на брачных, родственных отношениях, принятых в данном обществе, ведущих совместную жизнь с целью полноценной жизнедеятельности семьи, ее членов, удовлетворения их потребностей в саморазвитии, ощущения полноты жизни, организации быта семьи в целом, ее членов в частности.

Роль семьи в жизни человека огромна, так как наряду с работой она является важнейшей сферой жизни. В семье человек воспитывается, происходит становление его как личности, в семейной среде он проводит подавляющее большинство своего времени. Естественно, психологический климат в семье, характер ее жизнедеятельности играют важнейшую роль в образе жизни человека, прямым образом влияют на его психическое и физическое состояние, здоровье. Нередко конфликтные ситуации в семье, отрицательный психологический климат являются одной из причин возникновения нервных расстройств, соматогенных заболеваний, а при наличии заболевания эти ситуации способствуют его обострению.

Термин «семейная психотерапия» означает, что психотерапевтическая работа охватывает семью, в которой больны или один, или оба супруга, или кто-то из родственников. Но сама структура психотерапевтического вмешательства включает в себя различные психотерапевтические воздействия: эмоционально-стрессовые, суггестивные, рациональные, групповые. Наиболее эффективным из них мы считаем своеобразное эмоционально-стрессовое воздействие, поскольку область семейных отношений представляет собой тонкий, деликатный, поэтический союз дружбы и любви, человеческого понимания

и умения с сочувствием относиться к слабостям при непримиримости к проявлению безнравственности. Существо эмоционально-стрессового воздействия, в соответствии с концепцией эмоционально-стрессовой психотерапии профессора В.Е.Рожнова, состоит в следующем: врач так воздействует на больных и так организует лечебное воздействие на них, что больные приходят в состояние лечебного эмоционального напряжения, взволнованности, познания самих себя, самокритичной оценки своего поведения, одухотворенности, вызванной творческим познанием жизни, всего прекрасного.

Важно не сводить эту работу к лекциям на семейно-бытовые темы, которые часто недействительны, так как остаются на уровне фрагментов сведений, «выгодных» больному, а не на уровне его реального поведения. Как показывают наблюдения, иногда даже, наоборот, больные используют сведения, почерпнутые из таких лекций, в конфликтных ситуациях в семье как аргумент в свою пользу с целью одержать верх в споре с брачным партнером, показать ему его некомпетентность, незрелость и т. д. Такие тенденции не способствуют нормализации семейных отношений, а, наоборот, обостряют их, вызывают своеобразную обиду, ревность, подозрения.

В семейной психотерапии важно не только снабжать больных чистой информацией, а добиваться их адекватного поведения в семье, формировать у них нужные тенденции и установки. Таким образом, вся эта работа требует не массовых лекций на эту тему, а скрупулезной работы психотерапевта с больными как методами индивидуальной, так и групповой психотерапии, гипнотерапии. В семейной психотерапии также важен клинический подход (т. е. диагностика симптомов, синдромов, нозологий), являющийся основным критерием, определяющим цели и методы проведения психотерапевтической работы.

1. Удовлетворенность в браке

В браке человек удовлетворяет свои потребности в любви, в интимно-эмоциональном общении, сексуальные потребности, потребности в духовной и физической близости, в продолжении рода (хотя у человека эта потребность не инстинкт в чистом виде, который как таковой приглушен, замещен выс-

шими чувствами, опосредован представлениями человека о ценности и смысле своей жизни). Создавая семью, личность удовлетворяет свои потребности в самоутверждении как мужчины, мужа, отца, в организации досуга, материально-бытовых потребностей, самообслуживания и т. д. Семья выступает для него как фактор, обеспечивающий его нормальное функционирование в обществе, при отсутствии которого человек начинает испытывать определенный душевный дискомфорт.

Степень удовлетворенности в семейной жизни (а следовательно, стабильности брака) зависит от наличия самой потребности в браке, ее объема, глубины, адекватности, дающих человеку ощущение жизни, как душевной, так и физической жизнедеятельности, эмоционально-нравственной насыщенности, функционирования эмоциональных, интеллектуальных и волевых процессов, определяемых умением и навыками их реализации в брачной жизни. То есть, как реализуется в браке желание чувственного влечения к своему брачному партнеру, как доминируют эти переживания над другими в отношении к нему. В какой степени эти переживания окрашены в дурманяще-сладостный оттенок, приятную взволнованность, насколько эта эмоция стимулирует целенаправленную в жизни деятельность, активизирует человека в целом. Насколько этот человек дорог, степень переживания любви к нему только при виде его. Насколько мысленные представления, переживания о нем заполняют душевную жизнь. Потребность любить неотделима от другого желания — быть любимым. Осознавать, чувствовать, что ты дорог для другого, что он испытывает чувственное влечение к тебе, что ты на него действуешь, возбуждая эмоции приятно-волнительного характера, что для него каждая новая встреча с тобой, присутствие тебя — радость, блаженство. Что вы друг для друга представляете душевную ценность, являя тем самым чувственное переживание радости.

2. Способность любить

Общепринято, что **способность любить** делает человека человеком, именно любить, а не любить свои удовольствия, то есть удовольствия, блаженство и счастье от того, что он любит. Любить — значит, раствориться друг в друге, слия-

ние своей свободы и несвободы в одно — в чувство радости, блаженства с оттенком бескорыстности, жертвенности. Как считал Платон, любовь таится в самой природе человека, ее цель — исцелять изъяны этой природы, возмещать их.

К сожалению, в реальной жизни чаще акцентируется внимание на желании быть любимым, но не уделяется достаточно внимания своей способности любить. Поэтому в процессе семейной психотерапии прежде всего нужно определить, развита ли в достаточной мере у каждого из супружеской пары эта способность. Какой характер она носит, и исходя из этого стремиться развить у них способность любить, переживать о другом, ценить его. Сделать другого наиболее дорогим для себя человеком, жить им, его образом, представлениями о нем. Чувствовать, переживать своеобразную дурманящую разум и дающую блаженство и радость эмоцию. Добровольное желание особого «рабства», волнующего душу, изгоняющего из душевных переживаний равнодушие, скуку, уводящего человека от сухого, «мешающего» жить рационализма и пресности. Особое восприятие окружающего, дающего особый смысл окружающему и жизни в целом, приносящего боль и радость, страдание и счастье. Желание вечности этого чувства в совместной жизни, боль и горечь при мысли, что оно может когда-то кончиться.

От проявления чувства любви, желания любви надо отличать увлеченность кем-то, где в большей степени присутствуют и доминируют эмоционально-эстетические и эмоционально-этические компоненты. Здесь больше желания переживать приятные чувства без достаточно глубокого затрагивания «Я» личности, без соответствующей перестройки душевных ценностей. При этом не затрагиваются другие чувства, отсутствуют тенденции создания общей сугубо интимно-душевной сферы жизни, своеобразного слияния своей жизни с жизнью другого. Однако следует заметить, что увлеченность при наличии определенной тенденции развития может переходить в любовь.

Неотделимым от потребности в любви, в браке является *потребность в интимно-эмоциональном* общении, что подразумевает чувство интимности, доверительности своего эмоционально-душевного состояния другому, своих интимных сомнений, чаяний, надежд, стремлений, свою своеобразную душевную «легенду». Расширение своего «Я», своего внутрен-

него мира до другого «Я», включая другого человека. Отсутствие боязни довериться другому в своих сугубо интимных переживаниях, стремлениях, чаяниях. Наоборот, желание это сделать, желание расширить свой душевный мир и на него — насколько это желание в браке присутствует, настолько оно способствует прочности брачных уз, и, наоборот, использование этой интимности против другого разрушает брачные устои. Важнейшим здесь является *реализация сексуальной потребности* — возбуждение эмоционального влечения, соответствующих желаний, присутствие эстетического компонента, доверия, взаимоуважения и чувства безопасности в желаемых формах выражения своего волнения. То есть эстетически-эмоциональное восприятие друг друга как высшего проявления и воплощения красоты творения природы, наслаждение вечной красотой человеческого тела противоположного пола. Кульминацией этого переживания является эпизод сладострастного наслаждения половой сущностью друг друга и взаимного чувства утolenия его.

Он удовлетворяет потребность в духовной и физической близости, желание быть рядом, ощущать физическую близость друг друга, соприкоснуться, иметь душевную близость; выражает своеобразное единство чувств, взглядов, стремлений, чувство того, что составляет единое целое.

Сейчас в литературных источниках и в практической работе делаются ставки и акцентируется внимание на спонтанном, пассивном поддержании любви, проявлении этих чувств. Эти чувства по сути дела отдаются на откуп не ясной их природе, отводится пассивная роль брачных партнеров, фатальность чувства любви, парадоксальность, даже капризность. По сути дела, как будто бы человек полностью зависит от этих не ясных, темных сил: возникновение, поддержание и исчезновение, изживание чувства любви. Конечно, чувство любви возникает, поддерживается личностным эмоциональным, волевым и интеллектуальным потенциалом брачных партнеров, то есть их ресурсным потенциалом. Важно восстанавливать у брачных партнеров ощущение того, что они сами источники эмоциональных состояний. Они должны их продуцировать, а не только заражение, пассивное восприятие чувств из вне, особенно от телепередач, просмотра видео-

фильмов. Важно по своему желанию культивировать, тренировать проявление чувства любви, его составляющих компонентов, настраиваться на соответствующие представления, переживания и таким способом обогащать проявление своей брачной жизни и жизни вообще, а не искать проявления яркости этих чувств через новые отношения, которые тоже истощаются, блекнут из-за фактора повседневности.

Нужно производить анализ деструктивных игр, описанных в трансактном анализе (Э.Берн, В.В.Макаров), их исключение из повседневной жизни. Жить настоящими чувствами, обновление их в положительных вариантах, то есть жить аутентично, помня о первичном назначении брака. То есть получение удовольствия в совместной жизни, взаимоуважение, комфорт, душевность в семейной жизнедеятельности, общность эмоциональных, интеллектуальных и волевых проявлений, взаимоуважение, признательность друг другу, что выбрали друг друга. Необходима способность поддерживать свой душевный потенциал определенных чувств в подсознательном состоянии, который может в любую минуту проявиться, а внутренние переживания определенных чувств индуцируют такие же чувства у брачных партнеров.

Наличие изначальной по жизни установки на совместную жизнь, наличие чувства того, что они семья, одно целое, предохраняет возникновения чувства вражды, непереносимости друг друга. Ведь семейные трудности часто исходят из состояния каждого из брачных партнеров. Поэтому необходим навык успокаиваться, войти в состояние душевного уюта, гармонии. Излишнее идеализирование брачных отношений в средствах массовой информации часто создает претензии к игре, не искренности, повышенным требованиям друг к другу, что не укрепляет брак, не создает стабильности настоящих чувств.

3. Стабильность в браке

Все эти в какой-то мере условно выделенные компоненты представляют в целом гамму чувственных переживаний, реализуемых в браке. *Стабильность брака* в большой мере зависит от наличия этих потребностей, актуализации их в процессе

жизни. Важно развивать в процессе психотерапевтической работы те потребности, которые в свою очередь формируют потребность в браке. То есть потребности, которые придают браку ценность, значимость, расширяют диапазон и богатство оттенков взаимоотношений, так как эмоция любви, сексуальный инстинкт далеко не всегда достаточны, чтобы придать браку гармоничность, стабильность и вызывать удовлетворенность у супругов. Здесь важную роль играют душевный (эмоциональный, интеллектуальный и волевой) багаж, опыт, которые преломляются через брачные отношения.

Уже стало общепринятым мнение о том, что многие супруги, исходя из опыта своих родителей в супружестве, имеют тенденцию *реализовывать наблюдаемое ими в детстве и юности в своем браке*. Здесь уместно напомнить описанный в литературе «естественный эксперимент» под названием «Железная мама», который наглядно вскрывает механизмы формирования некоторых эмоциональных, волевых, интеллектуальных реакций, разных форм поведения в браке, как в отношении родителей к детям, так и в супружеских отношениях, «увиденных» в своих семьях. Браконьеры убили львицу, но убежали из-за угрозы захвата их на месте преступления. Убитая львица и ее львята были подобраны. Из шкуры львицы сделали чучело, натянув ее на железный каркас, а вместо грудных желез поставили соски. Львята пытались играть со своей «железной мамой», но она, естественно, не отвечала на их желания, не проявляла эмоциональных ответов. Когда львята выросли, бывшие среди них львицы вели себя по отношению к своим детям так же, как их «железная мама». Этот пример дает нам ответ на многие вопросы, возникающие в процессе проведения семейной психотерапии. В начале брачных отношений эффект любви перекрывает все эти неосознаваемые тенденции, но в дальнейшем усвоенное в детстве, юности начинает проявляться.

Нельзя забывать и о том, что потребность в любви временами обостряется, временами теряет свою актуальность, так как другие душевные переживания выступают на первый план в зависимости от функционирования других сфер жизнедеятельности, желания реализовать свои другие потребности. Именно полноценная жизнедеятельность в других сферах

жизни придает особое ощущение отдыха, гармонии брачных отношений, предохраняет от пресыщенности. Важно, чтобы в процессе развития семьи произошло и становление стабильных установок на прочную семью, воспитание детей, ведение домашних дел, умение находить удовлетворение жизнью в заботах о семье, альтруистические тенденции друг к другу. Это заключается в желании сохранять семью, осознавая и пренебрегая мимолетностью каких-то чувственных увлечений при современной контагиозности людей, их малоценности, умения приносить эти свои чувственные тенденции в жертву семье, ее стабильности и своей душевной жизни, умения ценить простые глубокие душевные отношения к супругу, взаимоуважении, нежелании причинять друг другу душевную боль.

4. Пути формирования потребности в браке

Условно в процессе *формирования потребности в браке можно выделить три варианта:*

1. С детства формируется представление о семье как о чем-то престижном, как о способе самоутверждения, семья становится чем-то значимым сама по себе, в чистом виде. Отдельные же потребности, из которых складывается общая потребность в семье, не осознаются или осознаются недостаточно. При возникшем чувстве неудовлетворенности браком причина этой неудовлетворенности не осознается четко. Просто на первых порах возникают чувства недовольства, дискомфорта, часто перерастающие в неприязнь, злобу, отвращение к брачному партнеру. В данной ситуации (если исследовать ее отвлеченно, абстрактно) сексуальный идеал не изменился и соответствует супруге, но эти неудовлетворенные, неосознаваемые потребности генерируют неприязнь, отрицательные эмоции.
2. У индивида возникают отдельные потребности (в любви, в сексуальном удовлетворении, в интимно-эмоциональном контакте и т. д.), которые четко осознаются. В дальнейшем из них формируется и начинает осознаваться потребность в браке, потребность иметь

собственную семью. Неудовлетворенность браком в данном случае вначале осознается как неудовлетворенность с точки зрения тех или иных отдельных потребностей, а потом и как неудовлетворенность браком в целом.

3. Индивид вступает в брак при отсутствии сформировавшейся потребности в этом, либо подражая другим, либо чисто рассудочно осознавая необходимость этого шага, либо просто для того, чтобы не быть «белой вороной».

5. Процесс формирования, становления семьи

Семейную психотерапию больного невозможно проводить, не исследовав *процесс формирования, становления данной семьи*, того, как прошел процесс адаптации супругов друг к другу. Вступающие в брак встречаются с новыми обстоятельствами, т. е. с фактом совместной жизни. В начале совместной жизни должен выработаться новый образ жизни, стиль поведения. Поэтому важно знать, произошел ли в это время отказ от некоторых прежних «холостяцких» представлений, понятий, перестройка бытовых установок. Необходимо исследовать, как формировались новые установки, новый образ жизни, каким образом происходило изменение установок, интересов, взглядов, убеждений. Новый образ жизни сможет возникнуть путем добавления к старым формам чего-то нового, путем постепенного видоизменения этих старых форм, их преобразования. В этом случае возврат к старому образу жизни происходит труднее, переживается человеком более тяжело. В других случаях становление новых взглядов, установок, мировоззрения происходит автономно, не затрагивая, не разрушая старые установки, которые сохраняются в латентном состоянии. При таком типе становления семейных установок возврат к старым формам образа жизни происходит легко, безболезненно, в зависимости от ситуации, душевного настроения человека. Какое-нибудь недоразумение, затруднение в новом образе жизни оживляет старый образ жизни, т. е. затруднения в адаптации (затягивание становления ее в новых условиях, на новых уровнях межличностных отношений, а также нарушение уже

существующей адаптации) оживляют, актуализируют старые формы адаптации, прошлые формы образа жизни. В этих случаях супруги начинают думать про себя или даже вслух: «как хорошо было у мамы, как хорошо тогда мне жилось», «как хорошо было у родителей», «как хорошо жилось одному».

По мере сближения супругов в процессе совместной жизни происходит изменение представлений друг о друге, а также отношений к этим представлениям.

Бывает, что первоначальные, добрачные представления отличаются от тех, которые складываются при совместной жизни, на первый взгляд незначительно. Но когда эти отличия находятся в значимом спектре ценностных понятий супругов, при возникновении внутреннего конфликта у одного из супругов он перерастает во внешний межличностный конфликт и адаптация становится затруднительной. Если же несовпадение представлений хотя и велико, но относится к сфере, незначимой для личности, то это обстоятельство может существенно и не влиять на процесс адаптации. Так, например, наблюдения показывают, что если такое свойство супруга, как «увлечение — неувлечение спиртными напитками» находится в шкале значимых свойств идеала мужа у супруги, ее понятий о муже, то тогда обнаружение в повседневной жизни у мужа пристрастия к спиртным напиткам сразу же вызывает конфликтную ситуацию. Если же это свойство не входит в систему значимых свойств, то адаптация супругов друг к другу происходит почти гладко, и супруга снисходительно смотрит на это увлечение мужа. Больше того, иногда можно встретить случаи, когда систематическое употребление алкоголя мужем входит у супруги в понятие «мужчина». Ведь многое зависит от микросреды, в которой жена воспитывалась и которая формировала ее понятие об идеале мужа, мужчины со всеми его атрибутами. В конечном счете исследование процесса формирования нового образа жизни должно ответить на вопрос: происходило ли в процессе адаптации супругов друг к другу формирование установок на совместную жизнь, совместную жизнедеятельность? Каким было и каким стало в процессе совместной жизнедеятельности их понятие о том, что они должны друг от друга получать в браке? Каковы представления о возможных путях преодоления возникшего несогласия и о своей роли в этом?

6. Успешность адаптации в семье

Успешность адаптации зависит от того, с какой легкостью супруги могут отказываться от своих первоначальных, добрачных идеальных представлений в пользу реальной жизни, понимая, что недостатки существуют у всех людей, в том числе и у них самих, что каждодневная жизнь способствует проявлению не предполагаемых даже самим человеком скрытых свойств его личности. При изучении семейной обстановки у больного алкоголизмом важно обращать внимание на то, как протекал процесс выработки общих семейных ценностей. Интеграция и дифференциация личностных ценностей супругов, степень взаимопонимания, взаимоуважения, общих норм. Процесс формирования круга обязанностей каждого супруга, система ожиданий, проявляющаяся во взаимоотношениях брачных партнеров. Важным является и тот факт, чтобы совместная жизнь не являлась тормозом в развитии обоих супругов или одного из них, чтобы их самоусовершенствование было не изолированным, а, напротив, взаимодополняющим процессом.

Происходило ли на протяжении брака *взаимообогащение личным опытом*, знаниями, личной культурой, душевно-нравственным багажом или имело место пренебрежение одним из супругов духовным миром, культурой, личными особенностями, наклонностями другого. Все это существенно влияет на процесс формирования более полной адаптации в браке.

Надо помнить, что у одних людей бытуют представления о браке как о мирном, спокойном взаимоотношении, у других — как о постоянной, непрерывной работе чувств. Последним присуща постоянная потребность в стимуляции чувственной сферы своими поступками, отношениями (пылкая любовь, сцены недоразумений, переходящие порой в бурное выяснение отношений). Одним для возникновения ощущения жизни достаточно обычных отношений, у других только более сильные, глубокие, более драматичные чувства и ситуации, их порождающие, вызывают подобные ощущения. Есть типы людей, у которых ощущение жизни, чувство полноты своего жизневыражения питаются из всех сфер их взаимоотношений как с внешним окружением, так и с самим собой, со своей внутренней душевной жизнью. У других это чувство

формируется на основе доминирующей сферы жизнедеятельности. Сочетание у супругов разных вариантов формирования чувства жизни (особенно если у одного из них оно полностью акцентировано в сфере чувственно-брачных отношений) часто ведет к плохой адаптации, а нередко — и дезадаптации (один из супругов может уставать от таких непрерывных чувственных притязаний, такой постоянной работы чувств). В процессе становления брака важны и уровень взаимопонимания, и умение «угадывать» мотивы поведения другого, взглянуть на те или иные явления жизни глазами супруга. Здесь важно установить: явилось ли взаимопонимание результатом общности позиций, стремления исходить из интересов семьи, а не только своих собственных? Присуще ли супругам умение отрешиться от своих переживаний и увидеть себя и своего брачного партнера с точки зрения интересов семьи, общечеловеческих отношений? Интересно проследить, что именно в позициях и поступках одного из супругов ставилось под сомнение другим, что принималось, какова причина этого.

7. Психологический климат в семье

Психологический климат в семье является результатом конкретных взаимоотношений, установившихся между супругами, между всеми членами семьи, результатом их отношений к семейным нормам, ценностям, взглядам, установкам. В зависимости от установившегося психологического климата в семье человек выходит на работу отдохнувшим, бодрым или, напротив, издерганным, недовольным проведенным временем в семье и т. д.

Исследование психологического климата в семье требует знания того, какие именно эмоциональные, интеллектуальные, волевые взаимодействия и взаимовлияния существуют между членами семьи, а также знания диапазона чувств, питаемых ими друг к другу, оттенков, нюансов этих чувств. Важно представить себе, в какой мере во взаимоотношениях между супругами присутствуют чуткость, внимание, нежность, уважение, доброжелательность. Характер и качество эмоциональных отношений между супругами (любовь, ува-

жение, забота, внимание, ласка, нежность и т. д.) по-разному могут выражаться у каждого из них, проявляться в разных вариантах, оттенках. Это зависит от их личного опыта, душевного склада, от наблюдений за проявлением этих качеств в их микросреде. Значение имеет не только объективная картина отношений одного супруга к другому, но и форма, в рамках которой эти отношения реализуются. Партнер может «не понять» чувств другого, поскольку у супругов могут не совпадать представления о смысловом содержании тех или иных внешних жестов, поступков. Один считает, что своими действиями и жестами он выражает душевную теплоту, заботу, в то время как другой (в силу своего личного опыта общения, опыта своей микросреды) рассматривает эти действия как brutальные, неуместные, несерьезные, а заботу — как недоверие, ненужный контроль и т. д.

Психологический климат в семье зависит и от того, кто является в семье лидером-инициатором, лидером-организатором, лидером—генератором эмоциональных состояний, настроений, как к этому лидерству относятся другие члены семьи.

Иногда можно встретить случаи, когда в семье эмоциональный лидер генерирует эмоции только отрицательного характера и, исходя из своего внутреннего состояния, будоражит, «заводит» других, создает душевное перенапряжение, атмосферу нервозности, подозрительности, недоверия. Здесь важно иметь представление о том, сформировалась ли у каждого из супругов установка на получение одобрения (со стороны другого супруга) своих действий, избираемых форм и способов проявления чувств, характера самовыражения и самоутверждения в семье, каковы представления каждого из супругов о приемлемых и неприемлемых, престижных и не-престижных способах такого самовыражения (как хозяйки, жены, матери или как мужа, отца и т. д.), каково значение этих представлений в их концепции собственного «Я».

Существенно влияют на психологический климат в семье характер связей семьи с микросредой, с обществом в целом, принадлежность супругов к определенным профессиональным и общественным группам, учет супругами половых особенностей партнера (физиологических, психологических), что также способствует поддержанию положительного психологического

климата в семье. В этом отношении, например, важно понимание того, что психическое состояние женщины (в большей мере, чем у мужчин) зависит от ее физического самочувствия. Для женщин характерна более выраженная степень эмоциональных реакций, эмоциональных состояний, на психику женщин большее влияние оказывает половая цикличность, которая играет немаловажную роль.

Наличие сексуальной гармонии между супругами, сексуальная взаимоудовлетворенность также в большой степени способствует становлению положительного психологического климата в семье.

Приступая к семейной психотерапии, разумеется, всегда нужно помнить, что *семейная жизнь — очень интимная сфера* жизнедеятельности человека, и ответственность за нее несут как перед собой, так и перед обществом сами супруги. Врач может выступать лишь в роли посредника, человека, способствующего нормализации семейных отношений, а не некоего арбитра, прямо вмешивающегося в семейные отношения. Прямые, готовые, шаблонные советы (которыми изобилует повседневная жизнь) не всегда эффективны и адекватны, так как не всегда в этих советах учтены все стороны субъективного мира интимной жизни. Здесь часто более эффективным и более адекватным методом является не прямое вмешательство, а помощь, которую врач может оказать пациенту в его самоанализе. В попытках объективизировать свой душевный мир, свое отношение к другому супругу, свои субъективные чувства, переживания, желания, действия. Врач может помочь пациенту понять причины напряженных отношений в семье, акцентировать его внимание на этих причинах, на тех или иных аспектах его брачной жизни. Он может способствовать возникновению у супругов потребности в таком личном поведении, в установлении таких взаимоотношений, которые могут привести к нормализации брачной жизни, снять актуальность, значимость существующих противоречий.

Врачу, приступившему к проведению семейной психотерапии, важно *мысленно поставить себя на место того человека, у которого кто-то другой хочет изменить его представление* о семье, его образ жизни, его восприятие брака в целом с его функциями, самовосприятие самого себя в браке. Подумать,

как это лучше было бы сделать, какая тактика заставила бы его изменить свои взгляды, поведение, образ жизни, стереотип взаимоотношений. Преодолеть инертность, сознательное и неосознанное упрямство врач сможет лишь в том случае, если он не навязывает супругам что-то чуждое им, их интеллектуальному и душевному миру, а апеллирует к тем предпосылкам, понятиям, чувствам, которые им близки и понятны. Врач, проводящий семейную психотерапию, должен постоянно опасаться того, чтобы не подгонять форму и сущность брака больного к своим собственным понятиям, идеалам, взглядам. Нужно быть как можно ближе к понятиям самого больного, понятиям его микросреды.

8. Конфликт в семейной жизни

Конфликт в семейной жизни может явно осознаваться и затрагивать одну или несколько из множественных сфер брачных отношений. Но в некоторых случаях конфликтная ситуация может осознаваться не полностью, генерализоваться во все сферы брачных отношений. На вопрос: «В чем причина?» — ответ: «Во всем, просто ненавижу, не могу переносить» и т. д. В таких случаях важно осторожно настроить больного на сотрудничество, на желание исследовать этот вопрос, в чем здесь дело, в чем нет удовлетворения, как любовь и восхищение друг другом перешли в ненависть, почему они претерпели такую метаморфозу. Необходимо доверительно подчеркнуть, что врач-психотерапевт — такая специальность, для которой важны все проявления человеческого бытия, тонкостей отношений, неудовлетворенности вплоть до интимнейших. Важно постараться раскрепостить больного от чувства стыда, от стремления показать себя с лучшей стороны (наоборот, ценность для врача представляет такой больной, какой он есть в повседневной жизни, поскольку только в этом случае врач может ему полноценно помочь). Следует настроить больного на воспоминания прожитого, прочувствованного, на анализ его мечтаний, фантазий на брачную тему как своеобразную форму выражения своих чаяний, а также механизмов психологической защиты.

Нередко причиной конфликтной ситуации в браке может быть астеническое состояние одного или обоих супругов. Оно влияет как на общее состояние человека, так и на характер его жизнедеятельности в целом, общение. Если уже произошло становление астенического синдрома, то нарушение выражено еще отчетливее и глубже. Тогда уже не воспринимается на адекватном эмоциональном уровне образ брачного партнера, не возникает соответствующий настрой, побуждение, не разыгрываются в представлении соответствующие образы, вспоминая побуждения к переживанию компонентов любви. Таким образом, диагностике астенических состояний, синдрома должно быть уделено большое значение, так как они нередко являются пусковым механизмом семейных, конфликтных ситуаций.

Проводя анализ причин семейного конфликтного состояния, необходимо установить, нет ли у одного из супругов неудовлетворенности в потребности интимно-эмоционального общения, где не удовлетворяется чувство интимности, расширения сферы своей внутренней душевной жизни на «Я» брачного партнера, чувства общности с ним. Важно проанализировать, как удовлетворяется сексуальная потребность, потребность в духовной и физической близости. Возможно, не было разумного чередования возбуждения и отдыха в любовных переживаниях и произошло пресыщение, возникло надоедающее раздражение друг другом. Может быть, причиной этого конфликтного состояния является напряжение во взаимоотношениях, неадекватное поведение одного из супругов в плане выражения эмоциональных эстетически-эротических переживаний, привлекающих брачного партнера, возобновляющих в нем эмоциональные чувствования соответствующего характера, нет проявления в поведении привлекательной прелести своей половой сущности. В некоторых случаях в браке, возможно, произошло ущемление престижных функций одного из супругов. Может быть, семейная жизнь, ее характер не способствовали становлению чувства своей значимости, важности, и она не придавала смысла жизни одному из супругов, не было признания этого со стороны брачного партнера. Бывают случаи, когда один из супругов достигает успехов, утверждает себя в своей работе, увлечениях, а другой

вне этих дел, не чувствует душевного сопристрастия к этому, хотя бы косвенно, через своего супруга, в результате чего возникает состояние душевной пустоты и т. д. Возможен перенос неурядиц на работе в семью, вымещение их в семье.

Как показывают наблюдения, идеалы, представления о брачном партнере, вкусы часто не меняются. В большинстве случаев происходит психологическое изживание чувственных проявлений (а не смена идеала их побуждения, проявления), психологическая своеобразная анестезия проявления чувственных вожелений, пресыщения, и как результат — снижение способности проявления этих чувств. Виновато именно неумение свежо и адекватно воспринимать своего брачного партнера в результате своеобразной привычки просто смотреть, а не видеть его реальным, с его индивидуальными эмоциональными, эстетическими, эротическими особенностями. Не нужно забывать, что у части больных, особенно с психосоматическими заболеваниями, иногда бывают внешне как будто бы бесконфликтные браки, но присутствует внутреннее недовольство, скрытые (иногда даже неосознанные) отрицательные аффекты, которые только время от времени прорываются. Такие состояния особо опасны, так как вегетативные перегрузки вызывают в некоторых внутренних органах работу в режиме повышенного функционирования постоянно, а в других, наоборот, спазм сосудов, недостаточное кровоснабжение, что в конечном результате влияет на течение соматической болезни, делая ее плохо курабельной. Поэтому убеждения больного или его супруги в том, что у них в семье все хорошо, все в порядке, когда психический статус, напротив, свидетельствует о душевной напряженности, чувстве неудовлетворенности, проявлении невротизации, не должны сдерживать психотерапевта в анализе семейных отношений и проведении отдельных элементов семейной психотерапии.

Важно клинически оценить состояние супругов (диагностика симптомов, синдромов, нозологий — неврозы, психопатии, неврозоподобные состояния при соматических заболеваниях и др.) и приступить к лечению этих нозологий.

Учитывая важность в семейной дисгармонии в нашей стране алкоголизма мужа, дополнительно считаем важным указать на этот фактор.

9. Ситуация в семье вследствие алкоголизации мужа

Психотерапевтическая тактика по отношению к жене больного

При поступлении больного на лечение можно встретить разные варианты и стадии семейных взаимоотношений:

1. В разводе, у супруги уже образовалась другая семья.
2. Оба супруга в разводе, но бывшая супруга не желает восстанавливать брачные отношения с мужем.
3. В разводе, но супруга готова пойти навстречу пожеланиям мужа ради сохранения детям отца («дать ему еще один шанс исправиться» или «не будет пить, хорошо себя вести, тогда посмотрим»).
4. Не разведены, но живут раздельно, так как совместное проживание (из-за пьянства мужа) стало невозможным.
5. Супруга ушла от больного к своим родителям (или отделилась от него) с целью вызвать у больного стремление изменить свое поведение, заставить его лечиться или с целью прозондировать курс на самостоятельную жизнь, посмотреть перспективу на создание новой семьи.

Во втором варианте следует ограничиться беседой с бывшей супругой, получить сведения о больном, выяснить степень категоричности ее отношений к бывшему супругу. Конечно, в остальных (3, 4, 5) вариантах надо попытаться проводить нормализацию брачных отношений, особенно если у больного уже сформировалась трезвенническая установка.

При сохранении семьи конфликтные ситуации могут быть также выражены в разной степени:

1. Конфликтные ситуации явные и не стали затрагивать все сферы жизни, выражена эмоционально-отрицательная установка друг против друга.
2. Явные конфликты связаны только с пьянством супруга, в других же взаимоотношениях конфликты спорадические, назревают на фоне алкогольных эксцессов мужа.
3. Внешне как будто бы бесконфликтные, но присутствует внутреннее недовольство, скрытые (иногда даже неосознанные) отрицательные аффекты, которые время от времени прорываются, особенно в ремиссии. Убеждение больного или его супруги, что у них «в семье все хорошо, все в порядке, только больной перестанет

пить и будет полная гармония», не должны сдерживать врача в проведении отдельных элементов семейной психотерапии.

Варианты компенсации дисгармонии в браке, обусловленной болезнью мужа:

1. У супруги жизненные установки на семью, на воспитание детей, ведение домашних дел. Находит удовлетворение жизнью в заботах о семье, а пьянство супруга в какой-то мере вне ее ценностных понятий о семейной жизни, тип мужа вне ее личностной значимости.
2. Альтруистическая установка, лейтмотив жизни супруги — помощь, забота о всех, кто в ней нуждается. При таком типе супруга нянчится с больным, как с ребенком («у меня все дети в семье»).
3. Установка, мировоззрение, воспитанные с детства в таком духе, что так и должно быть и ничего особенного в этом нет, что муж пьет (отец в семье пил или среди родственников, ближайшего окружения это наблюдалось). Пьянство супруга входит как обычное, обыденное, не экстравагантное явление.
4. Удовлетворение ценностных, престижных понятий супруги вне семьи (на работе, в своей специальности, в административной, в общественной жизни), а муж с его пьянством на втором плане. Супруга хотя и страдает, но в этом случае нет личностной трагедии, краха смысла ее существования.
5. Любовно-чувственные отношения имеются к другому, но давление микросреды, желание иметь семью довлеют и ради любви к детям, желания сохранить им отца, а также внутренняя жалость к супругу, чувство вины перед ним за ее скрытое душевное безразличие к нему способствуют сохранению семьи.
6. Внутренние терзания, переживания по поводу пьянства супруга. Микросреда стимулирует развод, но индивидуальная безынициативность, боязнь нового, новой ситуации, к которой нужно адаптироваться, сохраняют прежнее положение в семье.
7. Прошлые глубокие душевные отношения к супругу, выработанное взаимоуважение скрепляют брак, по-

рождают снисходительность к пьянству мужа («ведь сколько прожито, пережито, детей воспитали, много трудностей преодолели; я была в беде, он помог мне»).

8. Больной алкоголизмом супруг вне алкоголизации, после запоя становится милым, заботливым, внимательным, услужливым мужем, удовлетворяет ее личностное самолюбие и т. д.
9. Супруг-алкоголик склонил к такому пути развития взаимопонимания в семье, что жена «поняла» мужа, прониклась его душевными переживаниями. Больной же резонирует, «показывает», «демонстрирует», какой он несчастный в своих душевных терзаниях, муках и что только вином он заливает пламя своих душевных ран. Супруга ему прощает, «понимая» его страдающую душу.
10. Сохранение любовной страсти к мужу, которая заслоняет все остальное, ее сексуальная избирательность к супругу (первый раз в жизни ощутила оргазм с мужем и в дальнейшем высокая сексуальная избирательность позволяет удовлетворять сексуальные потребности только с ним, несмотря на некоторые попытки избежать такой зависимости от мужа-алкоголика).

Установив психотерапевтический контакт с супругой больного, уже при получении сведений об анамнезе жизни и заболевания больного (его особенностей поведения в семье, стиле жизни, периоде становления их брака, динамике их брачных отношений, особенностей психологической семейной атмосферы), постараться выяснить особенности ее душевных проблем, переживаний, чаяний, тревог, ее характерологических особенностей, эмоциональных реакций в семье (наличие невротической симптоматики, эмоционально-аффективных реакций, личностных аномалий).

Не нужно забывать тот факт, что очень часто алкоголизация супруга является психотравмирующим фактором для супруги. Иногда психогенная реакция на пьянство мужа у жены носит открытый, острый характер. Иногда скрытый, как будто бы небольшой по силе, но его длительность приводит к стойким изменениям психической сферы супруги.

Чаще у супруги можно наблюдать астеническую симптоматику, неврастению, астеническое развитие личности, реже

истерическую симптоматику, а при наличии в преморбиде психопатий — их декомпенсацию. Обычно в таких случаях супруги сами сознаются, что «им бы тоже неплохо нервы подлечить», «он и меня довел до нервного состояния». Поэтому следует назначить общеукрепляющую, седативную терапию. Следует выделить два варианта приложения психотравмирующего действия пьянства супруга:

1. Само пьянство мужа как психотравма; это понятие входит в шкалу ее значимых, престижных переживаний («муж алкоголик», «как в жизни не повезло», «как я унижена в глазах подруг, знакомых», «какой он эгоист, без стыда и совести» и т. д.).
2. Муж пьяница, пьянство мужа как таковое для супруги не в такой мере травматично, конфликтно, но условия, положения, в которых она оказалась из-за пьянства мужа, психогенны (материальные лишения, трудности в семье, положение детей, нагрузка, забота и т. д.).

Важно помнить о тех жалобах, которые были высказаны до психотерапевтического вмешательства, продолжать получать сведения об особенностях поведения больного в семье, стиле их жизни, периоде становления брака, динамике прочных отношений, особенностях психологической семейной атмосферы и в процессе проведения психотерапии. Стараться постоянно выяснять особенности их душевных проблем, переживаний, чаяний, тревог, характерологических черт, эмоциональных реакций в семье (наличие неврологической симптоматики, эмоционально-аффективных реакций, личностных аномалий). Ведь в процессе психотерапии происходит более полное самораскрытие супругов, но, с другой стороны, нужно учитывать и тот факт, что в процессе лечения многое теряет свою актуальность.

Семейную психотерапию или ее элементы проводят чаще всего в тех случаях, когда один из членов семьи обращается за помощью и психотерапевт считает целесообразным вовлечь в этот процесс семью. Например, у женщины невроз и одним из психотравмирующих факторов является алкогольная зависимость у супруга или невротические расстройства, расстройства личности и поведения у взрослых, отсутствие адекватных навыков отношения в семье, непонимание осо-

бенностей и свойств людей другого пола, чувство ответственности за семью, особенности культуральных факторов. Реже бывают случаи, когда обращаются совместно члены семьи, чувствуя неудовлетворенность психологическим климатом в семье, дисгармонией отношений, кризисными состояниями развития семьи.

10. Диагностика состояния семейных отношений нуждающихся в коррекции

При проведении семейной психотерапии важно:

- I. Заявленные членами семьи жалобы, претензии, проблемы, трудности, неудовлетворенности реконструировать в причинность возникновения данной ситуации и пути ее решения.
- II. Клинически оценить причины коренящихся в членах семьи факторов, способствующих возникновению проблем, неудовлетворенностей, и выявить расстройства, если они присутствуют, проводить с этими членами семьи соответствующую психотерапию.
- III. Диагностировать психологический климат в семье.
 1. Выявить какие эмоциональные процессы доминируют в семье (например, напряженность; ненависть; спокойствие; агрессия; тревога; страх; дух насилия; лукавство; ложь; равнодушие; душевная теплота; доверительность; взаимопонимание; взаимозабота; дух серой обыденности; бесцветности; уныния; дух злорадства; соперничества; чувство значимости и ценности жизни в семье; значимость и ценность друг для друга членов семьи; чувство безопасности и уверенности и т. д.). Если эти проявления негативны, нежелательны, то какова их причина — культуральный фактор, соответствующие эмоциональные состояния, невротические расстройства, расстройства личности, наличие болезней, в том числе и психических, неудовлетворенность в чем-то, фрустрации.
 2. Диагностика эмоционального вокабуляра каждого члена семьи, то есть какие чувства, чувственные переживания, их привычность в проявлениях наличеству-

ют в репертуаре человека, его эмоциональные ресурсные состояния. Дается каждому члену семьи задание перечислить на бумаге чувства, им знакомые, чувства, пережитые ими за средний статистический день, их характер, желаемость изменить их, перестроить.

3. Диагностика интеллектуальных процессов в семье, какой характер они носят (позитивный или негативный), источник и причина этих негативных процессов, если они есть, то есть преобладание информации негативного плана.
4. Диагностика волевых процессов, кто их источник, какой характер носят эти инициативы. Наличие тенденций, которые идут в разрез с желанием других членов семьи и носящих деструктивный характер.
5. Диагностика проявлений агрессивных тенденций в семье, их механизм возникновения — фрустрационное состояние одного из членов семьи или выученная (примеры, опыт решения проблем) агрессивность, или личностные психологические особенности.
6. Диагностика механизмов индукции, заражения, подражания в формировании негативных тенденций в семье, когда состояние отрицательного характера одного члена семьи передается другим, подзаводят их к нежелательному состоянию. Иногда эти механизмы носят неосознаваемый характер, а иногда сознательный, преднамеренный с целью вывести кого-то из себя, испортить ему настроение, перенести свое состояние на другого.
7. Диагностика ожиданий в семье желательного характера каждого члена семьи в отдельности, а в дальнейшем и совместного, в то же время приемлемого для каждого.
8. Семья как ценность. Подчеркивается важность способности человека ценить то, что есть в повседневности, а не способность ценить, чувствовать ценность того, чего уже нет. Приводятся примеры переживаний детей в детских домах, когда они смотрят на других детей с родителями, степень потребности в душевной близости, чувстве родства.
9. «Прием окна», предложенный нами для проективной диагностики наличествующих и желаемых состояний в

семье, процессов, происходящих в семье. Во-первых, дается каждому члену семьи задания представить себе вечернее освещенное окно в квартире и вообразить, представить, как там обычно живут люди, что там происходит и по какой причине, по чьей вине это происходит. Что там можно исправить, изменить в их состояниях поведения и почему эти люди не хотят или не могут этого сделать, а продолжают так жить, как нежелательно, чтобы люди жили, какие процессы, взаимоотношения там происходили. Во-вторых, посмотреть через окна своей собственной квартиры и увидеть со стороны, что там происходит, что нужно исправить, изменить, чего хотелось бы увидеть в собственном окне. Например, часто жена жалуется на неэмоциональный характер супружеских отношений, а при уточнении — на отсутствие эротичности, что и у мужчин тоже является дефицитом и иногда ведет к изменам. Эротические переживания — это переживания полового характера без сексуального возбуждения, то есть в подтексте присутствуют предположения полового характера, ощущение полового партнера, его сущности. Своеобразная игра, будоражащая воображение, отношение не просто как к человеку, а как к половому партнеру, настрой в эмоциональных отношениях, задевающих половую сущность, то есть дающий почувствовать себя мужчиной, почувствовать себя женщиной. Эти отношения, актуализующие половую сущность человека, подтекст на намек к сексуальному возбуждению. Этот дефицит можно восполнить путем тренировки, овладения АТ, техник НЛП и т. д.

После этого проделать те же все приемы, но совместно со всей семьей, выработка ими общих тенденций в нормализации отношений в семье, формирование желаемого.

10. Обсуждение совместно со всей семьей понятия хорошей, желанной, интересной жизни в семье, особенности в деталях ее проявления с учетом отклонений, истощаемости, парадоксальности в какой-то степени эмоциональных состояний людей, их нестойкости, проявление с учетом этого снисходительности, благородства в отношениях друг к другу.

Как достичь желаемой, хорошей жизни, какие действия, чувства, тенденции должны проявляться у членов семьи? Что может это обеспечить, как важно и надо измениться каждому члену семьи в чем-то, в действиях, эмоциональных и интеллектуальных состояниях. Преодоление механизмов сопротивления, инертности.

11. Этапы и задачи семейной психотерапии

После диагностической стадии, которая носит и определенную терапевтическую роль (осознание положения дел в семье, особенностей психологического климата, характера общения и т. д.), формирования установок на положительные изменения в семье, формирования модели желаемого, важно перейти к отдельной работе с членами семьи:

1. Лечение наличествующих расстройств у членов семьи.
2. Коррекция самосознания как члена семьи.
3. Коррекция вокабуляра эмоциональных ресурсных состояний, формирование желаемых.
4. Психотерапевтическая работа по формированию механизмов редукции нежелательных индукций, заражений как со стороны индуктора, так и со стороны реципиентов, то есть членов семьи.
5. Редукция агрессивных тенденций у членов семьи по отношению к другим, дезавтоматизация этих процессов, осознание их проявлений, на этой основе смена типа реакции на желаемую, целесообразную, неdestructивную.
6. Ролевые тренировки: 1) человек, компетентный в жизненных ситуациях; 2) знающий, опытный муж; 3) знающая, опытная жена; 4) человек, понимающий слабость других; 5) человек, проявляющий снисходительность, благородство, признательность, а также другие.
7. Повышение самооценки членов семьи, чувства достоинства как своего, так и семьи в целом, формирование самоуважения.
8. Формирование положительных установок, способствующих удовлетворенности жизнью в семье, браке. Это

в первую очередь формирование адекватного познавательного компонента установок по отношению жизни в семейных условиях. Формирование понятия семьи, функции семьи, то есть потребности в психической и физической близости, любовно-чувственные отношения, интимно-доверительные отношения, сексуально-эротические отношения. Организация материально-бытовой жизни, общение и поддержка, продолжение рода, восстановительная функция семьи (гавань, где члены семьи восстанавливают душевные и физические силы). Семья — место развития всех членов семьи. Формирование соответствующих этим познавательным компонентам проявления соответствующих эмоциональных и поведенческих проявлений. Коррекция, формирование и закрепление этих установок, их познавательных, эмоциональных и поведенческих компонентов.

9. В некоторых случаях важно позаимствовать приемы процесса приобретения жизненного опыта, зрелости, душевной стойкости в разделе психотерапии расстройств личности и поведения у взрослых.

10. Закрепление положительного опыта.

11. Ведение дневников.

В настоящее время важно учитывать и религиозные тенденции в обществе. В религии очень много сделано для укрепления брака, где подчеркивается значение факта не внешнего соединения вступающих в брак, а победа каждого над своим эгоизмом и гордыней, преодоление индивидуализма и себялюбия, борьба с суетными страстями, подтачивающими любовь. При проведении семейной психотерапии важен личностный подход, учет типа личности.

12. Нормализация состояния супругов

Приступая к проведению семейной психотерапии, важно первоначально снять астенические состояния (особенно гиперстенического характера), вызванные как психогенными моментами, так и перегрузкой на работе, в быту. Эти состояния нервной системы ведут к нарушению внутреннего комфорта,

межличностных отношений. При этом нарушаются фазы отдыха, иногда полностью отсутствует фаза пассивного отдыха, необходимая для восстановления хорошего физического и психического самочувствия. Наличие гиперстенических состояний не дает возможности просто отдохнуть, спокойствие раздражает из-за взвинченности, нервозности, а активный отдых утомляет. Часто отсутствует умение снять с себя напряженность прошедшего дня в обстановке покоя, домашнего уюта, забыв о всех переживаниях, волнениях дня. Супругам необходимо научиться вести непринужденный обмен мнениями, неторопливую беседу на отвлеченную или наболевшую тему без критики, спора, без выяснения личных точек зрения, с целью разрядиться, успокоиться, а не взвинчивая слушающего. Этим создаются условия для расслабления, успокоения, снятия душевных напряжений, получения поддержки, сочувствия. Таким образом, в доме создается атмосфера отреагирования, самовыражения, разрядки.

Как показывают наблюдения, у супругов часто просто нет установки на пассивный отдых, успокоение, снятие эмоционального напряжения. Наоборот, часто присутствует установка не на безобидное для окружения отреагирование, а на вымещение своего душевного состояния на другом. Случается, что один из членов семьи часто этого не осознает. Поэтому формирование установки на пассивный отдых, на восстановление своего психического и хорошего физического самочувствия имеет немаловажное значение. Умение побыть один на один со своим душевным миром, проанализировать свое самочувствие и причины, его вызвавшие, дают возможность избегать этих гиперстенических состояний.

Следует акцентировать внимание обоих супругов на **умение отдыхать**, на снисходительность к брачному партнеру, если тот испытывает чувство усталости. Фазы активного отдыха нужно проводить тогда, когда у обоих супругов восстановилось хорошее физическое и психическое самочувствие. Хотя на первый взгляд этот момент может показаться незначительным, но он играет важную роль в процессе психотерапевтического лечения.

Важно все эти моменты психотерапевтически контролировать, формировать соответствующие практические навыки у

супругов. Для устранения астенических состояний, а тем более астенического синдрома, необходимо проведение общеукрепляющего лечения, психотерапии. В данном случае особенно действенны удлиненные сеансы гипнотерапии по В.Е.Рожнову. На фоне такой работы нужно приступить к проведению лечебных мероприятий с каждым из супругов в отдельности. Естественно, не нужно упускать из лечебного плана психический статус больного, преломляя семейную психотерапию через нозологию, если она имеется у каждого из супругов или одного из них.

Особенно следует продумать особенности психотерапевтической тактики в том случае, когда у одного из супругов в клинической картине имеется невроз навязчивых состояний, истерический невроз. В таких случаях необходимо особо учитывать и степень выраженности семейного конфликта, особенности отношений, тенденций, установок у другого супруга к больному.

13. Формирование установки на нормальную семейную жизнь

При проведении психотерапии с мужем следует восстанавливать, вырабатывать, формировать *адекватную установку на нормальную семейную жизнь*, семейные отношения, на получение общечеловеческих удовольствий от брачных отношений, поскольку они с самого начала брачной жизни были неадекватны или трансформировались в неадекватные в процессе жизни. Возможно, они оказались неразвитыми, невыработанными в силу отсутствия должного личного опыта, образцов подражания в его микросреде. Нужно образно, на примерах показать те радостные переживания, которые люди получают в браке, при условии, что они учитывают особенности и закономерности функционирования брака, его природу, физические и психические особенности женщины. Именно учитывать и воспринимать женщину такой, какая она есть, с ее женскими особенностями, эмоциональной, интеллектуальной и волевой сферами, особенностями восприятия жизни, поля интересов и деятельности, а не требовать мужского взгляда на жизнь, мужских понятий и категорий жизни.

Способствовать возникновению у женщины установок на то, чтобы чувствовать свою своеобразную женскую прелесть, красоту жизнедеятельности, где нередко доминирует эмоциональная логика, логика чувств (именно жизнь чувствами, а не понятиями, адекватной, интуитивной оценкой действительности на бытовом уровне). Акцентировать внимание больного на том, как много чувственных переживаний, благ он недополучал, конфликтуя с природой женщины, требуя нередко от нее то, что ей мало присуще. Стремиться снять существующий у больного сознательный негативизм к супруге, а также неосознанные негативные тенденции, проявляющиеся в отдельных его поступках, несмотря на наличие положительной вербальной установки.

Иногда у мужчин существует скрытая или явная эгоистическая установка по отношению к супруге: «Хорошая жена поступает так и так, старается понять мужа». В то же время больные не учитывают во всех этих ситуациях свое собственное поведение, поступки, отношения. Для того чтобы разрушить эту установку больного, надо показать несостоятельность его собственного поведения: может быть, он первым нарушил законы супружеского общения, может, он терзает ее, может, она даже очень хороший человек, может, все-таки причина семейной напряженности лежит в нем самом и т. д. Нужно попытаться (разумеется, в системе представлений самого больного) поставить его на место своей супруги, вызвать в нем те переживания, чаяния, заботы, которые руководят супругой (заботы о сохранении семьи, обеспечении питанием, одеждой, душевные травмы по поводу его отношения к ней, его поведения в семье). А если бы она так себя вела, как ведет себя он, что бы он в таких ситуациях делал? Ведь существуют законы, нормы хороших взаимоотношений, и если кто-то их нарушает, он не имеет права жаловаться на то, что к нему плохо относятся. Таким путем можно снять эмоциональные негативные установки по отношению к супруге даже в тех случаях, когда они открыто не проявляются и их как будто бы и нет, но тогда тем не менее существует опасность, что они обнаружатся.

С целью предотвращения подобного рода рецидивов врач должен способствовать восстановлению у больного эстетического и психоэротического восприятия своей супруги, ак-

центрировать его внимание на тех переживаниях, которые она вызывала раньше, возродить у него потребность в тех сладострастных, душевно-интимных взаимоотношениях с ней. Научить его развернуто, в более подробных деталях воспринимать внешность своей супруги; возникающие при этом эстетические и эротические переживания позволяют вытеснить из сознания больного понятие «она» (плохая, нехорошая, не разрешает пить).

Анализ арсенала чувственных состояний у больного, эмоционально-чувственного багажа, тех чувств, которые он наиболее часто испытывает, позволит врачу предпринять попытку расширить, скорректировать их. Какие чувства возникают у него при восприятии тех или иных явлений действительности? У больных вырабатывается часто своя, особая форма восприятия действительности, особые установки. Эти особенности необходимо учитывать в процессе перестройки восприятия больным семьи, событий, происходящих в семье, отношений, сложившихся в ней. Оказывается действенным, если через развертывание, структурирование восприятий, через объективизацию их (с помощью развернутой, структурированной внутренней речи) больной сознательно будет трансформировать, перестраивать свой стереотип восприятия. Необходимо способствовать тому, чтобы больной заставлял себя видеть в тех или иных явлениях то, что испытывал раньше сам, что испытывают обычно люди, видеть те стороны и особенности, которые раньше вызывали радость, положительные эмоциональные переживания. Надо способствовать становлению у него во взаимоотношениях с родными и близкими внутреннего самоотчета (кто я, в роли кого выступаю, с кем общаюсь, ради чего, какие чувства испытываю сам, какие чувства проявляю, какие чувства хочу вызвать у окружения, чем они мне ответят и т. д.).

Важно настойчиво и последовательно проводить с больным работу по подготовке к перемене формы и стиля его межличностных взаимоотношений, по пересмотру его эмоционального опыта, багажа, накопленного за предшествующую жизнь, по восстановлению тех эмоциональных переживаний, которые укрепляли в нем раньше чувство собственного достоинства. При этом его положительный эмоциональный багаж должен расширяться, дополняться, больной должен научиться контро-

лизовать себя, объективно судить о том, умеет ли он в общении проявить доброжелательность, теплоту, вежливость и т. д. Это требует от него анализа тех действий и поступков, которые он проявлял до лечения, тренировки проявления тех чувств, которые могут обеспечить ему душевный комфорт. Задача врача — помочь больному в этом.

Врач должен способствовать развитию у больного: способности понимать, как воспринимают его другие лица (в частности супруга), что думают они по поводу тех или иных его действий и поступков; умения рассуждать за себя и за супругу, учитывать ее личностные особенности, конкретную ситуацию. Больной должен научиться разыгрывать в уме свои планируемые поступки, свое поведение и представлять их последствия, реакцию на них супруги, учитывать ее надежды, переживания, степень актуальности того или иного действия в данной ситуации. Нужно вырабатывать у больного установку на понимание супруги, стремление достигать взаимопонимания с нею.

Показывая на отвлеченных примерах больному динамику жизни семьи, нужно попытаться заставить его подумать над вопросом: как бы он поддержал равновесие этой семьи, что он скорректировал бы, исправил, предпринял, а потом провести параллель между этим примером и его семьей. Таким образом, можно способствовать пониманию больным потребностей и интересов своей семьи, идентификации больного с семьей, формированию семейного чувства «мы» («я и семья как единое целое»). Это, естественно, потребует от больного существенной ревизии его знаний об окружающем мире, об обществе, микросреде, о взаимоотношениях между людьми, о законах и нормах жизни людей, об условиях достижения ими комфорта, душевного благополучия.

При наличии детей в семье надо акцентировать внимание больного на понимании их душевной жизни, радостей и страданий. Врач может попытаться заставить больного вспомнить свое детство, восстановить в памяти переживания детских и юношеских лет, а потом перенести все это на собственных детей, заставить почувствовать, что они переживают, чему радуются, от чего страдают, какие у них будут воспоминания детства, какой след он оставит в их душе?

При проведении этой работы с больным важно воздействовать не на вербальный уровень, а на реальное психическое состояние больного, ведущее в определенных ситуациях к нежелательным действиям, поступкам.

Выясняя с больным характер его *сексуальных отношений в браке*, важно подчеркнуть особенности сексуальной сферы женщины, ее большей зависимости от душевного состояния, ее большой спаянности с чувствами влюбленности, нежности, взаимопонимания и доверия, необходимость для женщины нежности, предварительной ласки, духовной близости. Необходимо приучить больного думать не только о своих ощущениях, но в большей мере и о том, что чувствует, переживает его супруга. В некоторых случаях при наличии сексуальной патологии необходима консультация сексопатолога.

Вся эта работа, еще раз повторяем, должна проводиться с учетом клинических проявлений основного заболевания. Выработав у больного потребность в нормализации брачных отношений, внутреннюю установку на налаживание межличностных отношений, можно приступить к фазе совместной (больного и его жены) семейной психотерапии.

При проведении психотерапии с супругой бывает важно уделить внимание нормализации ее психосоматического статуса. В нужных случаях прибегнуть к консультации гинеколога, обращая внимание на состояние ее психического статуса в фазы цикличности женской половой сферы. Важна тщательная диагностика и выявление неврозов, декомпенсаций психопатий, психогенных реакций, характера особенностей психогений, глубинную особенность семейного конфликта. Врач должен определить особенности и нюансы ее восприятия семейной ситуации, ее представлений и понимания природы брака, закономерностей для обоих супругов в деле нормального функционирования семьи, ее понятия, представления об идеалах мужа, насколько реализовались ее ожидания в браке. Вся эта работа должна проводиться с учетом истории развития их семейной жизни, того, как происходило ее саморазвитие, самоутверждение в браке, следует прибегнуть к рациональной и суггестивной психотерапии, катарсису (в гипнозе или в бодрствующем состоянии) согласно клинической картине больной, особенностям семейной ситуации, характеру психогенных особен-

ностей семейного конфликта. Нужно снять тот аффективный заряд негативных тенденций к своему супругу, невестке и т. д. Перед проведением катарсиса следует определить степень нашего врачебного влияния на ее эмоциональное состояние, степень достижения нужных нам эмоциональных реакций, степень изменения их по нашему желанию. При наличии хорошего психотерапевтического контакта на фоне доброжелательности необходимо внушать в гипнозе или в бодрствующем состоянии: «Да, вы страдали, мучились, терзались, переживали унижение в глазах ваших подруг, родителей, близких людей по поводу... (дается характеристика конфликта), это очень вас ранило, унижало, вспоминайте об этих переживаниях, вспоминайте...» и т. д. Или: «Да, ваша семейная жизнь, ваше семейное положение сложилось так, что вы не можете воплотить в реальность свои мечты, чаяния, не можете уделять должного внимания себе, своим детям, организовать семейную жизнь согласно вашим понятиям...». Следует оживлять эти переживания, терзания, страдания, дать возможность отреагировать, изжить эти аффекты. Необходимым условием является истощение этих аффектов и, когда это происходит, «попросить» еще раз попробовать произвольно вызвать эти переживания и дать им выход. Обязательно следует заканчивать сеанс успокоением больной, открытием перед ней светлой перспективы, подчеркивая тот факт, что муж лечится так же, как и она, способствуя тем самым формированию у нее установки на положительное эмоциональное отношение к супругу.

Провести совместно с супругой больного *пересмотр ее эмоционального опыта*, багажа (ее наиболее типичные чувственные переживания, эмоциональные состояния при общении с супругом), тех эмоциональных взаимоотношений с супругом, которые были раньше, эволюции их в болезни супруга и тех чувственных отношений, которые должны быть предпочтительны. Расширить, дополнить ее положительный эмоциональный опыт. При этом акцентировать внимание супруги не на планируемых эмоциональных проявлениях, а на том, что реально проявляется, так как временами можно наблюдать парадоксальность в эмоциональной сфере, в ее функционировании, в результате чего достигается противоположный результат по сравнению с намерением.

В некоторых случаях бывает необходимо напомнить супруге, а впоследствии и убеждать ее в том, что она не только хозяйка, мать, но и женщина. Акцентировать внимание на *возрождение психоэротических компонентов ее душевной жизни*; заставить ее взглянуть на себя по-другому, ощутить тот факт, что она может и должна быть источником положительных чувств, эмоций радости, любви, чувственных притязаний ее супруга, что своим внешним видом, манерами она должна вызывать соответствующие эмоциональные состояния у супруга.

Во время проявления парадоксальных негативных реакций по отношению к мужу в тех случаях, когда по всем данным он достоин ее, и она по существу удовлетворена всем в брачной жизни, важно учитывать варианты проявления у женщины внутреннего чувства своей малоценности, того, что она его недостойна, боязни, что он может оставить ее. Иногда в таких случаях женщина, не осознавая этого, всем своим поведением, эмоциональным отношением к мужу ведет дело к разрыву, так как для нее эмоционально легче разойтись, чем постоянно переживать это опасение. Она поддается эмоциональной логике — лучше это случится сейчас, чем потом, зачем мучить себя, жить в маловероятной для себя (по ее мнению) ситуации. Нередко такая тенденция женщин проявляется в тех случаях, когда, по ее мнению, время накладывает меньший отпечаток на ее мужа, чем на нее. Все эти явления нужно тактично психотерапевтически купировать, так как в большинстве случаев они лишены почвы и только вызывают ненужные переживания в семье, у мужа и детей.

В работе с больным, как и с его супругой, следует учесть инертность людей, их нежелание по-новому взглянуть на окружающие явления. В отношении брака это проявляется особенно, так как это все формируется и развивается на бытовом, повседневном уровне, непосредственно затрагивает их привычную модель жизни, с которой связано внутреннее чувство порядка, привычности, комфорта представлений. Само собой разумеется, что если человек получает иную информацию, чем та, которой он уже располагает по данному вопросу (и которая противоречит его взглядам, убеждениям, установкам, да еще подкрепляется чувством обиды, злобы на супругу или супруга), то у него возникают реакции оппозиции, протеста, отрицательные эмоции.

Для преодоления такой отрицательной реакции следует преподносить эту информацию не как противоречащую известной им информации, а просто как взгляд на вещи под новым углом зрения, как путь облегчения жизни, снятия внутренней личной напряженности. Нужно найти в анамнезе жизни примеры того, как они раньше в чем-то проявляли оппозицию, упорствовали, а сейчас адаптировались, усвоили новый взгляд, подход к одному из явлений жизни и избежали внутреннего дискомфорта.

Необходимо стремиться воспитать у супругов умение критически оценивать свою неправоту в чем-то, умение признавать свои ошибки. Важно тренировать переносить это душевное состояние, учить умению побороть свое самолюбие, признаться себе и другим в своей неправоте. Ведь жизнь так многогранна, и сделать что-то неверно, в чем-то ошибиться (в своих высказываниях, чувствах, тенденциях) легко. Ведь трудно найти человека, который когда-то на бытовом уровне в чем-то не ошибался. Одни люди умеют вовремя увидеть свои заблуждения и не в такой мере сталкиваются с трудностями. Важно умение в чем-то обвинить себя, прежде чем винить другого.

Еще на стадии раздельной работы с супругами следует сосредоточить их внимание не только на их внутренних чувствах, но и на понятии общего благополучия, на законах его достижения взамен утоления только своих желаний, на достижении чувства правоты.

Корректируя особенности, привычки супруги, которые травмируют больного, не следует акцентировать внимание на том факте, что это нужно для партнера по браку. Наоборот, актуализировать, преподносить их как факты, что это нужно, просто необходимо для улучшения их же самочувствия, душевного равновесия, что это облегчит их состояние.

Если в конфликтных ситуациях начала лечения больного один из супругов использовал какие-то факты из сугубо интимной жизни, то это явление нужно смягчить. Настроить того, кто виноват, на извинение перед другим, иначе это может служить в дальнейшем сковывающим, тормозящим фактором в налаживании интимных отношений.

В процессе психотерапии важен учет психических состояний больного и его супруги: терзания, мучения, нежелание напрягать свои силы, делать усилия, отказываться от старых

понятий, изменять себя, преодолевать возникающие при этом трудности, психическое состояние при смене взглядов, мировоззрения, миропонимания, процесс низведения, отказ от старых понятий. Учитывая эти состояния, врач может вносить коррекции в свои психотерапевтические воздействия.

На фоне выработанных у супругов установок на нормализацию брачных отношений, при возникшей у них потребности, желании изменить свои отношения следует начать проведение с больным и его семьей совместной психотерапевтической работы.

Совместное проигрывание принятых в семье моделей (алгоритмов) общения, взаимодействия, взаимовлияния. Анализ, разбор, интерпретация форм общения в семье, демонстрация членам семьи их типов, логики и философии этих форм общения, к чему они ведут. Возможно, в некоторых ситуациях идет не общение, а вымещение, т.е. внедрение в психическое состояние другого члена семьи чего-то плохого, негативного (раздражения, злобы и т. п.). В общении важна изначальная позиция человека, его душевное состояние, сложившиеся установки, реализуемые в общении.

Проанализировать сознательное намерение вступающих в общение членов семьи и их *подсознательные установки* (доминировать, задеть, вывести из равновесия, успокоить, показать уважение и т. д.), определяющие ход общения. Вопрос фрустрации, возникшей внутри или вне семьи у одного из ее членов, является немаловажным фактором, потому что порождает агрессивные формы поведения (результаты разрядки внутренней напряженности). Понимание другими членами семьи природы агрессивного поведения, совместное осознание этого пути формирования агрессии. Разобрать, что значит для каждого члена семьи задетое самолюбие, в чем оно проявляется, кто и как это делает, может быть, даже неосознанно.

Оговорить совместно с членами семьи новое видение семейной жизни, желаемое будущее семьи. Как воспринимается эта желаемая модель жизнедеятельности семьи глазами всех ее членов. Рассмотреть, проанализировать характер семейных отношений в других семьях, их варианты, алгоритм жизни, возможные пути решения их проблем. Это дает воз-

возможность посмотреть и на свою семью как бы со стороны, подняться над ситуацией в своей семье, абстрагироваться.

Разобрать *вопрос удовлетворенности* в семейной жизни, радости того, что она есть, удовлетворения как осознаваемых, так и неосознаваемых потребностей в семье. Удовлетворенность жизнедеятельностью в семье на эмоциональном, интеллектуальном и волевом уровнях. Идентификация себя с семьей. Изменение и личностный рост, развитие каждого члена семьи, совместная работа по созданию новых алгоритмов функционирования семьи, ее новые модели. Семья, как тихая гавань для одних членов семьи в связи с их деятельностью вне семьи и бурной деятельностью, личностным ростом для других. Создание возможностей и атмосферы в семье для саморазвития каждого ее члена, его личностного роста в целом.

Важна профилактика возникновения скрытой напряженности как результата культуральных различий между супругами (например, супруг, если его жена в каких-то ситуациях молчит, думает, что все в порядке, а она молчит потому, что так воспитана, не хочет делать конфликт открытым, но в душе зарождается напряженность).

14. Взаимопонимание в семье

Взаимопонимание в семье — это взаимное понимание природы друг друга, особенностей организации и деятельности другого как личности (с ее личностными образованиями, интересами, престижной сферой, типами реакций, состояниями и т. п.). Учет половых различий. Например, природа мужчины — это преобладание рассудочного начала, своего рода мужская зрелость, и противоречие этой рассудочности, зрелости вызывает аффективную реакцию. В природе женщины преобладает аффективная логика, эмоциональность, противоречивость, капризность, парадоксальность, своего рода непредсказуемость, которые (в тех преобладающих случаях, когда все это проявляется в разумных пределах) составляют прелесть женщины. На противоречие этой своей аффективности женщина реагирует рассудочностью, доказуемостью своей правоты. Здесь не надо искать какие-то загадочные и

сложные закономерности, женщина есть такая — и все, и ее надо воспринимать такой, какая она есть.

Осознание цели при взаимопонимании — это гармоничная, полноценная для всех членов семьи жизнь, положительный тип общения, получение поддержки в жизни в целом. Ориентировать членов семьи в их повседневной жизни по принципу «здесь и теперь», т. е. ориентироваться не на прошлое или будущее, а жить полноценной жизнью, осознавая ее сейчас и здесь, и в то же время стремиться к лучшему. Оценивать каждый прожитый день, как мы живем, качество жизни в семье. Расширить арсенал возможных вариантов общения в семье, формировать положительные варианты, обогащающие жизнь семьи. Общими усилиями стараться понять, осознать, овладеть ситуациями, складывающимися в семье, вырабатывать варианты разумного, возможного с человеческой точки зрения. При этом следует учитывать возможности и закономерности функционирования эмоциональной, интеллектуальной и волевой сфер жизнедеятельности человека, их истощаемости, пресыщения, потери яркости восприятия при их перенапряжении, потребность в отдыхе.

Р. Бендлер, Д. Гриндер и В. Сатир указали на ведущее значение согласования каналов доступа при проведении семейной психотерапии, а не содержания: «Снова мы подчеркиваем, что мы имеем дело с процессом, независимо от содержания. Наше внимание обращено в основном на процесс, и вы сможете по-новому использовать содержание». Да, действительно, каналы доступа (зрительный, слуховой, кинестетический), их согласование, учет каждым членом семьи ведущего канала доступа у других, достижение конгруэнтности (цельности, интеграции психического, вегетативного и соматического составляющих в поведенческих актах) переключают человека в общении с позиции внутреннего аффекта, овладевавшего им раньше в таких ситуациях, на понимание, осознание того, что ему говорят, сообщают. К сожалению, в литературе не поднят вопрос о соотношении каналов доступа, конгруэнтности и механизмов психологической защиты. Ведь есть ситуации, где человеку в интересах самозащиты своего состояния важно не воспринимать информацию полностью (как в народе говорят «не брать близко к сердцу»). Общество в целом и члены семьи, в частности, являются далеко не идеальными,

и, воспринимая все по ведущему каналу доступа (быть во всем конгруэнтным, не применять механизмов психологической защиты), они были бы безоружны, манипулируемые другими. Это не привело бы к гармонии (через терапевтическое разрешение конфликта, которое не везде возможно), а, наоборот, возникала бы еще более выраженная дисгармония. Ведь «воспитанность», «культурность» предполагают в какой-то мере в некоторых трудных ситуациях неконгруэнтность, чтобы скрыть истинную позицию человека по данному вопросу, не дать возникнуть конфликту, соблюсти лицо, быть «светским» человеком. Общество держится в большей мере не на решенных до конца проблемах, а на условностях, компромиссах, «воспитанности».

Психотерапевт чаще встречается с механизмами психологической защиты, чем с несогласованностью каналов (ключей) доступа. Вне аффективно заряженных, эмоциональных ситуаций человек свободно переводит информацию одной системы каналов доступа в другую (например, зрительную в кинестетическую и, наоборот, слуховую в зрительную и т. д.). Нет глухой стены между каналами доступа, хотя в некоторых ситуациях трудности возникают, и учитывать их нужно. Важно помнить, что при получении информации возбуждаются, актуализируются представления, которые у нас уже есть по этому вопросу. Например, супруг заботится о подарках жене, ее материальном благосостоянии (в его понятийном аппарате это способ выражения любви) и говорит ей «люблю», а она недоумевает, так как у нее понятие любви — это теплота отношений, нежность, забота о душевном состоянии. Не исключаются варианты наоборот. Здесь играет роль не столько ведущий канал доступа, сколько понятийный аппарат человека, в котором закреплен опыт человека, и что является первичным. В процессе психотерапевтической работы важен вопрос обратного развертывания, разукрупнения автоматизированных навыков общения, постановка их под контроль сознания, дезавтоматизация и изменение, выработка новых вариантов общения. Разобшение реакции короткого замыкания (например, недоброжелательный выпад, и в ответ — агрессия). Для психотерапевта важно сформировать новые варианты, типы ответов, которые более целесообразны, создают более приемлемую и более выигрышную для членов семьи ситуацию с

позиций общечеловеческих ценностей, а не с сугубо ситуационно-эгоистических побуждений (победить в споре, досадить кому-то и т. п.). Формировать в семье тенденцию исключать из набора вариантов общения деструктивные.

Совместно с членами семьи еще раз обговорить желаемое состояние взаимодействий в семье, психологического климата, описать общие закономерности жизнедеятельности семьи, которые удовлетворили бы каждого ее члена, и он чувствовал бы свою ценность, особенность, неповторимость, уважение. Согласование этих отношений при функционировании семьи как единого целого организма, единицы сообщества. Общими усилиями определить необходимые изменения как в семье в целом, так и каждого в отдельности. Осознание необходимости перемен в семье, в существующих аномальных, деструктивных отношениях, их вариантах, в изменении психологического климата в семье, которые являются неконструктивными, неэффективными, сдерживающими личностный рост членов семьи, ощущение ими удовлетворенности жизнью в семье. Особенно важно показывать, тренировать новые варианты жизнедеятельности семьи, ее новые перспективы.

Подчеркивается важность прививания навыка реализации основного принципа групповой психотерапии «здесь и теперь». Стремиться к лучшему, но ценить и жить в настоящем, в данный момент, в данный час, в данный день, осознавая процесс жизни и то, в чем он реализуется. Ведь нередко все чего-то ждут, накапливая состояние внутреннего неудовольствия, а не живут сейчас, радуясь или огорчаясь жизнью, чувствуя, что живут. Формирование положительного варианта переживания своего бытия, радости жизни, ведь жизнь является благом сама по себе. Если актуально в данной семье, то в гипнотическом состоянии внушать оптимизм, глубокий смысл жизни сам по себе, взаимопонимание, доброжелательность, терпимость, душевную теплоту взамен опустошенности, отчужденности, духовной подавленности.

Семейная жизнь, как и семейная психотерапия, строится на адекватности внутренней организации человека, мотивов его деятельности, нравственных аспектов и их проявлений к другим членам семьи, к закономерностям и правилам семейной жизни. Поэтому важна коррекция, видоизмененность в адаптации всех членов семьи. С этой целью важно разобрать с ними некоторые общие вопросы.

15. Анализ повседневного настроения человека в семье и его нормализация

В одной из бесед следует провести дискуссию на тему: *анализ повседневного настроения человека в семье*, как и какие установки у него реализуются (спокойное, деловое посещение процедур, лечебных и культурных мероприятий, удовлетворенность, или, наоборот, взвинчивание себя и так далее). Дать задание больным проанализировать свои действия, поведение. Просто документально фиксировать, что они делали, какие переживания у них были, на что они истратили свое время, эмоции, какого они характера. Есть ли у человека четкость цели лечения, осознание задачи, как они реализуются? Умеют ли члены семьи чем-то жертвовать ради главного или их одолевают ненужные волнения, боязнь что-то упустить? На основе этого анализа совместными усилиями определить, какими качествами они обладают (терпение, выдержка, воспитанность, снисходительность, сдержанность), где и каким образом члены семьи проявляют эти качества. Ведь эти качества проявляются в трудные минуты эмоциональной напряженности, аффекта, эгоистических тенденций, в те минуты, когда кажется, что на карту поставлена честь, достоинство и т. д., что на отдельном, каком-то пустячном явлении жизнь сходится клином. Необходимо обсуждать эти случаи, добиваться высказываний, завязывать дискуссии и по этим явлениям. Уделять внимание выработке правильных установок на лечение, отдых. На последующих встречах рассмотреть вопрос о закономерностях функционирования человеческого организма. Вкратце, на ярких примерах продемонстрировать их, обратив внимание на то, как человек обеспечивает нормальное функционирование своего организма, психики.

Учитывая большую доступность техники в наше время, можно провести аналогию с тем, как больной эксплуатирует свои электроприборы дома, а как — свой организм. Как зачастую он строго соблюдает правила эксплуатации электроприборов, но как мало знает о функционировании своего организма, психики, о поддержании их в норме. Как обеспечивается больными смена, чередование активных нагрузок, физических и психических усилий с отдыхом, переключением

с одного вида деятельности на другой и т. д. Проблема отдыха. Как организован отдых. Ведь часто люди не умеют отдыхать, дать своему организму и своей психике истинный отдых.

Астенические состояния гипостенического и гиперстенического характера охарактеризовать в простой, доходчивой для больных форме. Показать, как важны правильный отдых, умение устранить астенические состояния, вызывающие быструю истощаемость, которая, в свою очередь, порождает бесцельность, безразличие к жизни. На примерах продемонстрировать, что не среда, не жизнь в данных случаях является действительной причиной этого, а наличие этой усталости, быстрой истощаемости, в силу которых все становится неинтересным, пресным. Казалось бы, человек пытается все максимализировать, получить везде и во всем максимум, а получается наоборот. Истоощаемость, нервозность, взвинченность часто порождают и невротические тенденции, при которых человек пытается все успеть, ничего не упустить, боится «продешевить» в жизни, а в реальной жизни он обретает только одно — нервную возбужденность. Человек не может, ему трудно сделать выбор между двумя вариантами, а если и сделает, то потом корит себя за это.

Часто он затрудняется выделить для себя главное и второстепенное, выделить конкретное и добиваться его достижения. Такая нервозность, постоянная внутренняя напряженность ведет к возникновению или обострению соматических заболеваний, их рецидивов. У человека нет удовлетворенности, душевного покоя, нет опыта получения положительных эмоций. Отсюда видна важность уделения должного внимания своему организму, психике, режиму. А именно: тратить немного времени и усилий на налаживание правильного режима своей жизни, восстановление физического и душевного равновесия, нормального режима питания. Ведь здоровье бесценно, и ради каких-то своих, часто ненужных притязаний, стремлений растрачивать его впустую просто преступно.

Следует обратить внимание на режим отдыха. Поставить вопрос о том, как больные отдыхают дома. Предложить им вспомнить ситуацию прихода домой с работы, проведение вечера дома. Развернуть дискуссию на эту тему. Выявить правильные или неправильные установки на отдых. Умение сосредоточиться на

одном, отрешиться от другого, выполнять одну работу, потом другую. Установка — сделать необходимое и отдохнуть. Если наблюдается нервная раздражительность, трудный процесс успокоения (астеническое состояние по гипертоническому типу), рекомендовать прогулки на свежем воздухе около 40-50 минут, даже в ущерб интересной телепередаче. Исключить эти постоянные «смотрения» телепередач без определенной цели (исходя из принципа «лишь бы посмотреть, может, увижу что-нибудь интересное, привычка время коротать»). Выбатывать у больных способность ценить время, вести учет времени — сколько времени на что трату. Научиться тратить время отдыха конкретно, с пользой — на приготовление пищи, на просмотр определенной телепередачи и т. д., — тогда и появится дополнительное время на отдых.

Бесцельная трата времени вызывает нервную усталость. Иногда больные просто боятся в домашних условиях позволить себе спокойно посидеть, отдохнуть, так как присутствует нервная напряженность — «надо много сделать». Формировать установку на то, чтобы с пользой тратить время на отдых, по-настоящему отдохнуть. Можно проиграть несколько типичных ситуаций отдыха, привести примеры правильного распределения времени отдыха с целью выработать у больных умение восстанавливать свои силы. Подчеркивать тот факт, что большой философии полезного отдыха нет — надо просто пойти на прогулку или лечь и отдохнуть, создать в себе чувство покоя и отдыха, настроиться на него, отрешиться от всех дел, отключиться от производственных и домашних проблем (на работе думать о работе, дома — о доме, об отдыхе). Исключить бесцельное хождение по квартире, ненужные невротизирующие разговоры, которые ничего не дают. Нередко у больных сформирована невротическая эмоциональная претензия — постоянно ощущать, испытывать сильные эмоции. Они не знают законов функционирования эмоциональной сферы, где есть подъемы и спады, истощение эмоциональных переживаний. Важен в жизни и настрой на ощущение покоя, отдыха.

16. Вопрос адекватного реагирования на неприятности

На отдельном примере рассмотрим *вопрос адекватного реагирования на неприятности*, возникновения отрицательных эмоций. Клинические наблюдения показали, что для здоровья не столько опасны явления, порожденные реальностью человеческой жизни, сколько важную патогенную роль играет здесь характер отношения к ним. Во-первых, важно правильное восприятие неприятностей. Они встречались и будут встречаться в человеческой жизни, и нет человека в мире, у которого было бы все в порядке всю жизнь и не было бы никаких расстройств. Нет абсолютно счастливых людей. Даже у хорошо адаптированных людей, без невротических наслоений, есть переживание человеческого горя, различных неприятностей, и сильнее, чем у невротиков, а именно душевная боль о них. Люди с невротическим наслоением переживают больше о себе, о своем несчастье, в центре этих переживаний не сама скорбь, горе, досада, а именно он, самый несчастный из всех. Часто такие переживания происходят не по поводу настоящего горя, а в большинстве случаев по поводу мелких эгоистических интересов, мелочного самолюбия.

Необходимо способствовать правильному формированию эмоциональных оценок реальности, своего положения, ситуации. Вселять в них чувство того, что «я отдыхаю», «я наблюдаю прекраснейшие пейзажи природы и отдаюсь полностью этим прекрасным человеческим наслаждениям», «я делаю покупки для родных, для семьи, и здесь не нервозность, капризность, терзания, а наслаждение влечет меня, управляет мною». Нужно настроить больных на пересмотр характера некоторых эмоциональных восприятии своей окружающей действительности, какой характер носят эти восприятия, не лишены ли они часто яркости, эстетических компонентов. Важен психологический настрой на свежесть, эмоциональность восприятия своих родных мест, природы и т. д.

На одном из сеансов следует снова возвратиться к астеническим состояниям, но уже в другом ракурсе. Именно в наш век гиподинамии очень большое значение в нормализации соматопсихологического состояния, приобретения душев-

ного равновесия имеют физические нагрузки в виде занятий гантелями, лечебная физкультура в домашних условиях. Физическая нагрузка снимает душевную напряженность, перевозбуждение, тонизирует организм в направлении уравновешенного функционирования, особенно позитивно влияет на патологические висцеральные рефлексy, которые приводят к возникновению и обострению ряда соматических заболеваний. Ощущение радости от усталости мышц тела, водных процедур, растирания тела. На таком фоне быстро достигается чувство душевного покоя и более полноценный отдых. Следует постараться предоставить больным возможность эмоционально пережить влияние физической нагрузки на самочувствие, снятие психической взвинченности, перевозбуждения и т. п. Обращать внимание больных на то, что есть более простые и естественные средства нормализации своего состояния (хотя, на первый взгляд, они могут показаться примитивными для некоторых больных — проветривание квартиры, физические нагрузки, отдых). Очень важна здесь выработка привычек снимать душевное напряжение таким путем вместо нервозности, неудовлетворенности, невозможности спокойно полежать. Так что при таких условиях не нужно искать виновных в своем плохом самочувствии, иногда прибегать к злоупотреблению спиртным и т. д.

На следующем сеансе следует рассмотреть вопрос о том, как больные регулируют свое психическое и физическое состояние, поддерживают соответствующий тонус жизнедеятельности, а также вопрос о работоспособности, участии в нем эмоциональной, волевой и интеллектуальной сфер. Как все это соответствует содержанию и форме требований, предъявляемых человеку современной жизнью. Развить дискуссию о динамике работоспособности, ее поддержании. Ведь жизнь в целом — это динамика, все время от времени изменяется. Нередко душевный диссонанс вызывается именно этим фактором динамики, изменением жизни. Мы к чему-то привыкали, и изменение формы и содержания воспринимается нами как противоестественное явление. А ведь все в динамике — дети взрослеют (а мы, прежде всего, родители, нередко продолжаем их считать маленькими, нуждающимися на каждом шагу в нашем совете, и на этой почве возника-

ют конфликты), форма и содержание работы меняются и т. д. Важно привыкнуть к жизни в состоянии динамического развития с душевным подъемом, служить своему делу.

На этом фоне надо вновь возвратиться к вопросу о саморегуляции своего самочувствия, подводя больных к освоению аутогенной тренировки (АТ). Вкратце осветить вопрос о произвольных и непроизвольных функциях организма человека, возможность освоения методов управления непроизвольными функциями.

Показать на примерах важность освоения непроизвольных функций для саморегуляции своего состояния, снятия душевной напряженности, успокоения себя и т. д. При этом важно сформировать мотив, потребность в овладении АТ. Основной упор делать на тренировке полной сосредоточенности на том, на что обращает внимание формула для овладения. Многократно подчеркивать важность умения полностью сосредоточиться на чем-то и отрешиться от всего остального.

Овладевая АТ, важен анализ своих типичных состояний, развития самонаблюдения, констатация факта своего состояния (я возбужден, я спокоен, у меня аффективное короткое «замыкание» на какой-то факт, а остальное все вытеснено из сознания). Представления себя в этих типичных ситуациях, анализ этого могут дать толчок к смене набора этих типичных состояний. Проигрывание в своих представлениях разных ситуаций — пришел с работы; какое самочувствие, желания, тенденции, чем они обусловлены; как успокоиться. Подчеркивать важность истинного спокойствия, не внешнего, при котором внутри все напряжено, а именно истинного. Освоение процесса погружения себя в спокойствие, удовлетворенность с соответствующими формулами. Умение оценивать себя, свою ситуацию, в первую очередь, с того, что есть положительного.

17. Динамика жизни, необходимость изменяться

На очередной встрече снова обратиться к фактору динамики жизни, привести снова примеры на эту тему. Подвести больных к мысли о том, что на определенных этапах жизни необходимо изменяться. Если в жизни в чем-то не изменяться, то воз-

никают тупики, ухудшение положения, психическая напряженность. Эти изменения часто происходят по типу отказа от чего-то (например, от своих привычек, каких-то особенностей своего образа жизни и т. д.). Это закономерный факт в жизни людей. Важно вовремя увидеть наступление этого периода. А ведь нередко люди не хотят видеть этого периода жизни, упорствуют, не хотят осознать этот факт, и в результате — душевные коллизии, нервозность, возникновение болезней и т. д.

Например, человек, заболевший сахарным диабетом, должен отказаться от употребления продуктов питания, содержащих сахар, соблюдать диету путем отказа, притом внутреннего отказа, построенного на своих мнениях, представлениях, чувствах, убеждениях, развивать их для себя в нужном направлении. Другое заболевание, к примеру, хроническое заболевание почек, также ведет к отказу от употребления соответствующих продуктов питания. И чем быстрее больной смирится, осознает необходимость этого, а не будет из этого делать трагедию, взвинчивать, будоражить себя, тем лучше для него, его здоровья. Важно, чтобы человек внутренне мог отказаться, познать для себя значимость этого фактора, перестроиться соответствующим образом. То же самое и для больных с другими заболеваниями.

Подчеркнуть, что вообще в жизни приходится менять увлечения, работу и т. д. Например, хирург должен отказаться от своей любимой работы в силу того, что у него возникла профессиональная болезнь — экзема рук от веществ, которыми обрабатывают руки перед операцией. Положение на уровне личной трагедии — с детства мечтал, учился, стал опытным специалистом и надо менять профиль работы. Естественно, в таких ситуациях человек вынужден перестраивать себя, менять, хотя с трудом, страданием, свою любимую работу на такую, где не требуется соответствующей обработки рук. Осознание необходимости этого ведет к тому, что человек перестраивается, увлекается другой работой и со временем начинает ее ценить, видеть в ней радость своего участия, плоды своих усилий и получает такое же удовлетворение, как и от первой специальности.

Рассмотреть вообще роль системы запретов в жизни общества, в жизни каждого человека. Система запретов возникает

из принципов целесообразности и самосохранения. Например, такой древний запрет, как брак между ближайшими родственниками. Хотя в ту пору люди не знали законов генетики и т. д., но тонко подметили это, предвидели. Привести много примеров других запретов. Показать, что соответственно всем внешним запретам должны быть сформированы внутренние отказы, внутренние запреты самому себе и т. д.

Поэтому и сейчас человек должен в чем-то раскрепощаться, а в чем-то поддерживать систему запретов, что-то себе не позволять, признавать это вредным для семьи, общества и себя. Поднять дискуссию на тему: о существовании запретов для каждого человека и их реализации. На примерах показать то, что для членов семьи должно входить в систему запретов, чтобы они безболезненно жили, поддерживали свое хорошее самочувствие, не разрушая здоровья.

Подчеркивать то, что они должны в чем-то изменяться, изменить свой образ жизни, свои отношения к каким-то аспектам окружающей действительности, перестроить себя. Преодолеть в себе инертность, изменить в чем-то представление о себе, о тех ценностях, которые поддерживали свое престижное «Я» и т. д. Развернуть дискуссию на эту тему, обсудить ее, дать время на размышление по этому вопросу, сделать эти идеи естественными, понятными и актуальными.

18. Коррекция самосознания

На этом этапе психотерапевтической работы важна объективизация, коррекция самосознания членов семьи, потому что характер осознания себя, принятия себя является руководящим звеном в жизни человека. Ведь человек поступает сообразно самосознанию и осознает себя как определенную личность, с определенными свойствами и ценностями. Способствовать в реальном осознании самого себя как действующего, чувствующего и мыслящего существа.

Давать задание рассмотреть вопросы:

- а) каким он (она) себя считает. Пусть рассмотрит себя по всем параметрам, включая душевные качества, умения, способности;

- б) каким он (она) хочет, чтобы его (ее) считали, есть ли недовольство собой в чем-то и т. д.;
- в) каким его (ее) считают другие. Попытаться посмотреть на себя глазами своих родных и близких, сослуживцев, учитывая особенности их отношения к нему, его отношения к ним, характер этих отношений, поступков. Например, к своим детям, какие качества своих душевных особенностей проявляет (доброта, внимательность, душевность), в чем они проявляются, в чем выражаются реально, как часто. Может быть, за реальными поступками предательски кроются его эгоистические тенденции. Как выглядит в глазах родителей, характер отношения его к ним — сколько он тратит времени и усилий в реальной жизни на эти отношения. В глазах сослуживцев выдержан, терпелив, снисходителен к каким-то их слабостям. Как выполняет «роль» отца (матери соответственно) в отношении своих детей, «роль» брата (сестры соответственно), мужа (жены соответственно), какие душевные качества проявляет, как удовлетворяет их ожидания. Ведь люди судят не по тому, как человек себя мыслит, представляет, считает, а по тому, что он делает в реальной жизни, какие душевные качества проявляет, как выполняет должное своих жизненных статусов;
- г) какой он (она) есть на самом деле — здесь важно резюмировать все. Его действия, эмоциональные и болевые проявления, поступки, душевные тенденции, какую реакцию вызывает все это среди окружения. Может быть и так, что ничего предосудительного в своих действиях, душевных тенденциях больной не видит, а для родных, близких, окружения это все является неприятностью, страданием и т. д. Ведь они могут ответить тем же, и тогда он будет страдать! Здесь важно прививать мысли и чувства о том, что другие люди такие же, как и он, так же страдают, чувствуют прекрасное, имеют такие же права, как и он. Часто можно видеть в жизни, что когда человеку плохо, он переживает, страдает, осуждает окружение, но почти нечувствителен к тому, что он приносит для окружения, особенно в те моменты, когда от него страдают другие. На что он

рассчитывает? Именно важен подтекст того, чтобы человек видел и в других то же самое, что в себе, признавал также их уникальность. Каждый человек, это удивительное явление со своим внутренним миром, хочет быть человеком с большой буквы, чувствовать себя им, иметь смысл жизни, что-то дорогое для себя и т. д. Как этот факт мы осознаем и чувствуем в повседневной жизни? Важен факт признания права других людей на такую же жизнь, как и мы хотим. Трения, конфликты в других плоскостях не ведут в большинстве случаев к невротическим конфликтам. Обсудить эти явления в группе, поднять дискуссию в плане того, как это все мы постоянно осознаем и чувствуем в повседневной жизни. Как в своей повседневной жизни, чувствах, переживаниях мы признаем уникальность других людей.

Вся эта психотерапевтическая работа важна, так как в большинстве случаев люди реагируют на собственную интерпретацию действительности, свои представления о ней в большей степени, чем на непосредственную реальность. Подчеркивается важность умения замечать собственные недостатки, просчеты, проступки. Прививать больным способность проявлять самокритичность, замечать свои просчеты. Ведь нет в мире ни одного человека, который в чем-то, пусть второстепенном для него, не ошибался. Жизнь так многогранна, что трудно быть во всем компетентным. Важность заключается в том, чтобы видеть эти просчеты, учитывать их, исправлять положение дел в реальности. Все определяет реальное положение дел, а не наши представления. Не поддаваться аффекту желания быть везде и всегда правым, не видеть в этом угрозу нашему «Я», самолюбию, гордости, а, наоборот, исправиться и поддерживать свое «Я» в реальной жизни. Вкратце осветить вопрос механизмов психологической защиты (рационализация — стремление объяснять свои поступки, действия какой-либо необходимостью, гуманными целями; вытеснение — неосознанное исключение из своего сознания факторов, которые противоречат интересам, и т. д.). Механизмы психологической защиты могут проявляться в той или иной степени выраженности по отношению к своей микросреде, к самому себе, своему самосознанию, по отношению к врачебному воздействию. Прове-

сти дискуссию на эту тему, пусть члены семьи проанализируют свои тенденции психологически защищаться перед своей семьей, средой, своим сознанием, врачебным воздействием. Ведь как важно во многих ситуациях воспринять себя реально, без психологической защиты, и исправиться, измениться, утверждать свое «Я» в реальной жизни, а не в своих представлениях, фантазиях, т. е. не заниматься маниловщиной. Но важно также учитывать тот факт, что в повседневной жизни механизм психологической защиты играет положительную роль при «подавлении» факторов, мешающих, ослабляющих осуществление поставленной задачи.

Важно прививать членам семьи такой психологический механизм, как привычка оставаться вечером наедине с самим собой и анализировать свой прожитый день (где был, что делал, что пережил, какие душевные качества проявил, какие чувственные проявления были более свойственны этому дню, все ли было правильно, может, где-то был не выдержан, проявил ненужные волнения, эгоистические тенденции, ставил в центре всего свои чувства, а не реальное положение дел, какие аффективные переживания остались неразрешенными).

Важно делать акцент на то, как отдельные члены семьи осознают свою болезнь при наличии таковой, ее характера, какое они имеют о ней представление. Важно адекватное отношение к болезни, которое обеспечивает соблюдение лечебного режима, выполнение наставлений врача. К плачевным результатам может привести недооценка своей болезни, игнорирование предписания врачей. Но, с другой стороны, недопустима переоценка ее, когда больной замыкается только на переживаниях по поводу болезни, не живет настоящей жизнью. Ведь здоровье для жизни, а не жизнь для здоровья. Поэтому важно налаживать полноценную жизнедеятельность, но с учетом наличия болезни, которая внесла какие-то коррективы в образ жизни больного, с целью исключить нежелательные для благоприятного течения болезни факторы. Изменить свой образ жизни с целью создания оптимальных условий для восстановления своего здоровья. Разорвать этот порочный круг, при котором прежний образ жизни способствовал возникновению болезни, а затем противодействовал лечению.

Чаще всего труднее отказаться от того, в чем человек

утверждает себя. В таких случаях надо вначале попытаться изменить свой путь и способ самоутверждения. Например, можно встретить людей, которые утверждают свое «Я» концепцией о себе как заядлом курильщике. Они видят в этом свой престиж. Эта тенденция может проявляться и в чем-то другом, но также вредном для организма человека, как курение, особенно при наличии заболевания. В таких случаях надо проделывать соответствующую психотерапевтическую перестройку. Способствовать в таких случаях становлению тенденции утверждать себя в чем-то другом (шахматы, книги, коллекционирование, футбол и т. д.).

Отдельной и одной из главных тем является вопрос эмоционального восприятия природы. Например, прогулка в парке, лесу — это не просто физическая нагрузка. В первую очередь, это общение с природой, физическая дозированная нагрузка с мобилизацией воли, выработка других стереотипов поведения, а именно — трата времени на прогулку, на смену деятельности, на общение с природой. Как ни парадоксально, но в наше время является фактом то, что люди жалеют время на физические нагрузки, общение с природой в ущерб своему здоровью. Поинтересоваться у больных в группе возможностью устроить эти прогулки. Желательно, чтобы члены семьи постарались найти свои любимые места для прогулок с шагомером, чтобы в них мог присутствовать и компонент восприятия красоты природы.

Необходимо добиваться устойчивого настроения больных на прочувствование и ощущение радости от волевых усилий, физической нагрузки. Следует особо акцентировать их внимание на восприятие природы, видеть в ней красоту, целесообразность, гармонию. Здесь уместно поговорить и о ландшафто-терапии. Наблюдая красивейшие ландшафты, постараться увидеть и себя среди этой красоты и гармонии, созерцая их, подумать о себе и своей гармонии, душевном настрое, о своем месте в природе и обществе, о своих проблемах, душевных терзаниях. Можно опустить из своей жизни какие-то острые углы (которые часто являются нашим преувеличением и теперь не стоят терзаний), настроить свою жизнь на гармонию, жизненное естество, именно по аналогии с гармонией и естеством природы. Красота проявления человеческой жизни, что

мы понимаем под красотой жизни. Она ведь в чем-то требует и отказа от каких-то благ, где-то и самопожертвования в чем-то, в каких-то проявлениях, особенно в эгоистических тенденциях. В момент восприятия красивого пейзажа, прекрасного уголка природы блекнут наши мелочные переживания, которые раньше казались такими важными, главными. Даже в наш электронно-ядерный век нельзя не восхищаться целесообразностью и гармонией природы (горы, долины, реки, растительность и т. д.). Ведь человек такой же, при условии, если он не потерял своей сущности, гармонии в эгоистических тенденциях. Важно видеть и созерцать гармонию и целесообразность природы, общаться с животным миром (зоопарки, птицы и животные в парках, домашние животные).

Если позволяют условия, можно включить в отдельные сеансы психотерапии и музыкотерапию. Но она не должна подходить на обычное прослушивание хорошей музыки, которая погружает человека в определенное эмоциональное состояние, а последствия ее не отличаются длительностью. Музыка производит большое впечатление во время прослушивания, особенно объемное звучание, но ее следует применять в сочетании с другими видами психотерапии, комплексно.

Музыкотерапия в истинном смысле слова — это прежде всего анализ, сравнение душевного эмоционального состояния в обычной жизни с эмоциями, возникшими при прослушивании определенной мелодии. Важно учиться улавливать эмоциональное восприятие действительности, явлений человеческой жизни. Обогащать свой душевный мир эмоциональными состояниями определенного характера, определенного музыкально-эмоционального восприятия реальности. Важно представить, какими были душевное состояние, эмоциональное отношение к явлениям того или иного проявления, восприятия действительности у композитора, сочинившего эту музыку. Необходимо чтобы, слушая музыку, больные сравнивали, анализировали свое душевное состояние, «душевную мелодию», эмоциональную тональность, определяли, какая бы музыка звучала в реальной жизни при их состоянии, переносили бы эмоциональные состояния, воспринятые от музыки, в повседневные эмоциональные состояния. Целью музыкотерапии может быть эмоциональное отреагирование

какого-то характера, компенсация этих переживаний, если есть дефицит при их реализации в реальной жизни. Завязать дискуссию в группе — характер мелодии вашей жизни, лейт-мотив (плавная мелодия, печальная, веселая, азартная, скрежет, леденящий сердце, и т. д.), коррекция ее.

На одном из сеансов рассмотреть вопрос о характере общения у больных. Поднять вопрос об эмпатии, т. е. способности понимать переживания других людей, приобщаться к их эмоциональному переживанию, сопереживать им. Важно формирование установки (т. е. предуготованности) умения понять другого, а не сразу проявлять недоброжелательное отношение, если это не совпадает с нашими взглядами, носит характер замечания, заставляет что-то сделать, противоречит чему-то сложившемуся у одного. Например, возьмем такой банальный, часто встречающийся случай — проблема закрытия входной двери. Вахтеру приходится просить, напоминать об этом. Люди про себя возмущаются, недовольны такой просьбой, замечанием. Но можно наблюдать случаи, когда эти недовольные люди оказывались по какой-то причине в этом холле и сами были возмущены теми, кто не закрывал двери, так как и им был неприятен сквозняк. Эти варианты, но в других проявлениях, встречаются на каждом шагу в жизни. Важно понять, войти в положение человека, даже в чем-то проявлять снисхождение в таких ситуациях, зная это явление.

Осознавать характер своего участия в общении и возможность произвольно влиять на него. Тренировать у членов семьи умение в общении, проявление и выражение доброты, уважения и т. п. вместо враждебности, недоброжелательности, пренебрежения, которые вызывают соответствующие реакции у окружения, и в результате человек в ответ получает то же самое. В этом вопросе проявляется характер того, как мы живем, что мы несем в свою микросреду, общество. Здесь важно показать *элементы игровой психотерапии* по различным типам общения. Сильное желание реализовать вымещение на других своей злобы, нервного возбуждения, своих эгоистических тенденций, где в центре стоит не свое достоинство, гордость, а именно нелепый эгоизм. Как выглядит человек, у которого какие-то неприятности, плохое настроение, он старается разрядиться на других, вовлечь их в свое плохое настроение,

портит другим состояние, самочувствие. Так проявляется глупый эгоизм, которым человек наживает к себе плохое отношение других. И все это вместо того чтобы успокоиться, выпив стакан холодной воды, принять действенное, реальное решение, как исправить это положение дел, или смириться, понимая, что все не может быть в порядке.

Наоборот, другой тип общения — с подтекстом доброжелательности, спокойной справедливости и т. д. Проигрывая сцены общения с детьми, надо выяснить, учитываем ли мы их детскую фантазию, потребность в душевном отношении, любознательность, неосведомленность во многом, желание узнать то, что нам кажется наивным и простым, а мы начинаем проявлять нетерпение, раздражительность. Даем ли мы им то, что они от нас ожидают. Сцена прихода домой после работы (какой характер общения), сцена выходного дня, какой характер она носит и т. д. Например, особенно часто бывают конфликтные отношения у женщин к своей невестке. Показать все сложности положения молодой жены, матери. Она хочет утвердиться женой, матерью, хозяйкой, однако, чувствуя еще неуверенность, болезненно реагирует на замечания, советы, отстаивая свою самостоятельность. Пусть женщина, имеющая претензии к своей невестке, сыграет ее роль, прочувствует приход матери мужа, которая обо всем судит с подтекстом абсолютной истины, непогрешимости и т. д. Какие претензии она к ней выдвигает, а какова она сама была в те годы. Ведь в практике можно встретить случаи, когда женщина, предъявляя разные требования к своей невестке, в молодые годы ходила, как «сонная муха», плохо ухаживала за ребенком и т. д. Важно учитывать в психотерапевтической работе и варианты с пассивно-оборонительными реакциями у женщин, при которых именно они внутренне страдают от мыслей о плохой невестке. Проигрывать и другие, актуальные для группы сцены из повседневной жизни.

Важно показать элементы высшей ступени АТ. Возбудив интерес больных, дать им задание четко себе представить отдельные цвета, знакомые лица, пейзажи. Дать почувствовать, насколько полно они помнят детали родных, любимых мест и т. д., преследуя цель как можно полнее представить себе какой-то вид, детализируя его. Там, где при овладении низ-

шей ступенью АТ хорошо натренирована способность сосредоточивать свое внимание на чем-то одном, выполнение этого задания является легким. С одной стороны, представить себе все в спокойствии, удовлетворенности, с внутренним чувством отдыха и т. д. С другой стороны, представить себе в состоянии возбуждения, аффекта и постараться увидеть важность умения расширить восприятие действительности, суженной аффектом, умения на все посмотреть шире. Формировать в представлении образцы поведения в разных ситуациях; как должен вести себя в некоторых типичных ситуациях своей жизни больной, имея определенные установки на действия в подобных ситуациях.

Важным является вопрос психической устойчивости, или то, что часто называют душевной мощью, — об умении противостоять трудностям жизни, личным коллизиям. Подвести членов семьи к возникновению дискуссии на эту тему в группе. Чем обусловлена эта душевная стойкость? Обратить внимание на такие качества, как служение каким-то целям, какому-то делу, твердая убежденность в важности этого дела, признание за этим делом высших ценностей. Идеи, стремления также не строятся на каких-то достижениях, а формируются именно в жизни при проявлении человеком определенных качеств.

19. Психическая устойчивость, стабильность членов семьи

Психическая устойчивость, стабильность обеспечивается целостным реагированием на жизненную ситуацию в целом и уже через нее на какое-то конкретное дело, какой-то конкретный случай. Именно это придает устойчивость. На что похож человек, какая у него устойчивость, когда он на любое явление жизни реагирует изолированно, как на важнейшее явление, не учитывая всей своей жизненной ситуации? Жизненная ситуация в целом есть тот фундамент, на котором стоит стабильность, которая придает человеку устойчивость во всех случаях жизни. Именно этим обеспечивается внутренняя устойчивость, стабильность; жизненная ситуация в целом, а не отдельные эгоистические выпады, капризы; оценка всего

того, что имеется у человека, прежде всего с положительной стороны — положительного, а потом и отрицательного. Не замыкаться только на отрицательном, опуская все остальное, как часто бывает у людей, у которых развивается психогения. Разбирать с членами семьи случаи из жизни, тренировать у них способности реагирования в любой ситуации целостно, на свою жизненную ситуацию в целом, а не на каждый факт в отдельности, разбрасываясь, драматизируя свою жизнь, «делая из мухи слона». Приводить примеры душевной силы, мощи из произведений художественной литературы, периодической печати. Например, очерк журналиста А. Воробьева в газете «Правда» за 1 августа 1982 г. «Жила-была деревенька», в котором показана душевная сила человека, потерявшего на войне родных, близких, всех жителей деревни. Но он сохранил верность им и до конца своей жизни жил один на месте расположения бывшей своей родной деревни.

Еще раз вернуться к принципу групповой психотерапии, обозначенный в литературе как «здесь и теперь». В таком случае делается упор полностью на процессы, происходящие в семье, избегая анализа прошлого, апелляции к прошлой жизни больных. Целью здесь служит и поощряется атмосфера свободного выражения себя, быть самим собой, выражать свою сущность такой, какая она есть, и не вытормаживать условностями присутствия врача, больных. Строить с ними такие межличностные отношения, какие присущи каждому члену семьи. Свободно обсуждать поведение членов семьи, свое чувственное впечатление о них, воспринимать высказывания других членов семьи доброжелательно, с интересом узнавать, какое впечатление производит он на окружение, как воспринимается людьми. Ведь здесь без какого-то умысла скажут правду, в то время как в реальной жизни желание людей быть «воспитанными», «культурными», другие условности часто не дают возможность человеку услышать от них правду о себе, те впечатления, которые он на них производит в целом, его отдельные чувственные проявления, поступки, привычки и т. д. Прочувствовать, осознать характер своих межличностных отношений, взаимодействия с людьми, отказаться от неприемлемых и выработать новые, более адекватные. Более объективное осознание себя, своего отношения с

членами семьи («здесь и теперь»), принятия себя таким, каким является в реальности без механизмов психологической защиты. Какое влияние он оказывает на других, какие вызывает в них чувства. Подчеркнуть членам семьи варианты путей, по которым может пойти развитие семьи: пассивность, безразличие, антагонизм проводящейся работы, скрытый антагонизм, игра в желание без истинного желания лечиться или, наоборот, истинное желание работать с целью скорректировать себя до более адекватного своего отношения с окружением. Важно бывает убедить больного быть самим собой, не бояться в чем-то «опозориться», быть смелым и т. д.

Когда произойдет достаточное сближение членов семьи, их адаптация в условиях семьи, поставить цель достигнуть в той или иной степени у каждого больного:

- 1) понимания того, как он выглядит в глазах других членов семьи (высокомерным, сердитым, напряженным, язвительным, эгоистичным, витающим в облаках, легкомысленным, бесчувственным, недостаточно адекватным, резонером и т. д.);
- 2) понимания, как оценивают те или иные особенности его поведения другие — пытаются конкурировать (почему, с какой целью); спорят с ним; не воспринимают его образа поведения; хотя и молчат, но про себя не одобряют; одобряют (почему, какая у них позиция, что ими руководит);
- 3) понимания мотивов своего поведения — почему они ведут себя так, что ими правит (эгоизм, болезненное самолюбие, желание быть в центре внимания, просто из-за упрямства, укрепился такой тип реакции — реагировать на все противоречием, отрицанием и т. д.), какие именно эмоциональные порывы, внутренние тенденции их беспокоили, какого характера испытывают чувство своей неудовлетворенности, неотрагированности (самолюбие, самоутверждение своей значимости, эгоизм, желание блаженства, приподнятости и т. д.). С этой целью время от времени снова и снова ставить цель установки на свободное выражение чувств, внутренних побуждений и оценки этих своих внутренних тенденций, переживаний. Формировать установку всей группы на

поддержку каждому больному в отдельности в этом деле с целью попытки в чем-то скорректировать свое «Я», процесс осознания механизмов своей душевной жизни, что им движет, к чему стремится, какими путями это реализует и т. д. Поощрять повышенный уровень эмоционального реагирования и вовлечь в них личностные конфликты, которые провоцировали бы невротичность.

Важно постоянно анализировать ценностную ориентацию в семье. О чем говорят свободно, с охотой, о чем умалчивают, говорят неохотно.

Очень важна профилактика острых конфликтов в семье, резкого неприятия одним членом семьи другого, часто даже не осознавая почему, реакцией негативизма. Острый конфликт может быть на культурально-этической почве, когда у невротической личности возникает возможность утверждать свое «Я», свою утонченность, основательность. Если это не присутствует, то может быть негативизм, чувство отвращения, но они не остро проявляются, и постепенно человек адаптируется к тому, что есть люди другого уровня культуры, этических взглядов. При возможности попытаться их изменить, свести на нет глубинную личностную реакцию. Острый конфликт по типу отрицания себя в прошлом или своей микросреды в прошлом. Видит в другом себя в прошлом или проявление своей бывшей микросреды, стыдится этого и, не осознавая, дает выход своим аффектам.

Острый конфликт по подобию, когда другой в чем-то схожий занимает роль в семье, на которую в тайне желал сам член семьи, и тогда у него отрицание такой роли, такого типа поведения (как несостоявшийся) или только реакция на того человека, отдельные его свойства, проявление. Важно психотерапевтически снимать проявления этих острых конфликтных состояний, давать им адекватный выход, отреагирование.

Просить членов семьи почаще при оценке других начинать свои высказывания фразами: «я чувствую...»; «я почувствовал...»; «у меня возникло ощущение...»; «меня расстроило...»; «меня восхитило...» и т. д. То есть акцент делать на эмоционально-стрессовом восприятии, а не на своих суждениях. Такая форма оценки других делает ее более действенной.

Заключительный сеанс психотерапии провести, анализи-

руя проделанную работу, попросить членов семьи высказаться о том, что они получили полезного, какие темы наиболее близко ими восприняты, что они возьмут с собой в их естественную среду. Не огорчаться, если будут и отрицательные высказывания, так как это может быть вызвано тем, что у членов семьи было занято их «Я» и не произошло перестройки, осознания своей сущности в каком-то вопросе с возникновением желания измениться, отказаться от чего-то в своей жизни.

На отвлеченных примерах проводить совместный анализ функций семьи, как они обычно выполняются их членами и как должны выполняться. В дальнейшем проводить аналогии с их семьей, как у них обстоит дело, кто какую вносит лепту, что они лично будут делать для нормализации отношений и создания нормальной атмосферы в семье. Давать каждому «домашнее задание» — разработать план восстановления гармонии в семье (интимно-эмоциональная сфера, материально-бытовые вопросы, процесс самообслуживания семьи, функции отдыха, духовного развития, воспитания детей, связь с микросредой и т. д.). Добиваться от супругов ясного понимания, осознания окружения, в котором они живут, его положительные и отрицательные обычаи и т. д., какие формы поведения нужно переделывать, а какие нужно закреплять.

Важным является совместное осознание супругами изменений, которые внесла в их совместную брачную жизнь неправильная тактика поведения, тенденции, установки. Как изменился больной, как изменилась супруга, какие изменения произошли под влиянием душевных переживаний в их психической сфере.

Тренировать у супругов элементы положительного эмоционального общения между собой, преодолевая чувство застенчивости, стеснительности, неловкости, научить их улыбаться друг другу, выражая тем самым доброту, радость, уважение, вырабатывая самоответ и контроль над этими проявлениями. Научить супругов проявлять внимание, заботу, уважение, теплоту, нежность по отношению друг к другу. Регулярно производить анализ эмоциональных проявлений и их характер за день, какова причина их, не имеется ли в них тенденции к отрицательным взаимоотношениям.

Тренировать, учить воспринимать другого супруга сообразно ситуации. Например, приход жены с работы, какие факторы могут влиять на ее состояние, какие чувства она может испытать (раздражительность, усталость, так как после работы еще ходила за покупками; переживает неприятности, случившиеся на работе; радость встречи с семьей, возможности отдохнуть, расслабиться, поделиться мыслями с близким человеком и т. д.). Как каждый из членов семьи воспринимает, оценивает деятельность другого, его мысли, желания, стремления, есть ли потребность в сопереживании, взаимопонимании, в эмоциональном участии в жизни другого. Часто муж имеет ложное представление, установку о том, что от него ожидает супруга. Необходима коррекция этих взаимопредставлений, взаимопритязаний, требований, а также проведение анализа межличностных отношений, динамики внутрисемейных отношений, группового самоанализа, осознания самих себя как «мы», интересы этого «мы», требования к каждому из членов семьи. Важно исследование, кто сколько за день проявил таких-то чувств, эмоций; разбор на примерах обыденной жизни «золотого правила нравственности» («не делай другому того, чего ты не хочешь, чтобы и тебе сделали», «чего в другом не любишь, того и сам не делай»).

Показывать супругам, как раньше в типе их взаимоотношений они многого недополучали, обедняли друг друга, формировать у них чувство недовольства прежними типами отношений, желание сформировать новый тип своих взаимоотношений.

Анализ показывает, что нет бесконфликтных семей, все дело в том, что в одних семьях конфликты умело решаются (уточнение точек зрения, взаимоуважение, установка на его урегулирование, взаимная уступка друг другу и т. д.), у других же семей этого нет.

При оценке конфликтов важно рассмотреть чаще всего встречающиеся виды конфликтов: со стороны мужа, со стороны жены, со стороны родных и близких, соседей, каждый из которых оказывает на них влияние. Важно ясное определение цели в их стремлениях, их позиции, к чему они оба стремятся, как они считают и что они делают на самом деле. Заставлять их взглянуть на проблему конфликта с точки

зрения интересов семьи, выработать установку на примирение, желание понять друг друга, посмотреть на конфликт отвлеченно (как будто такой конфликт имеет место у других). Какой выход из этого положения, какие требуются взаимоуступки со стороны мужа и жены.

Развитие взаимопомощи, взаимоуступок, особенно в конфликтах, обусловленных личностными особенностями супругов, например, супруга — инфантильная личность, ей нужно общество, желание быть в центре внимания, а супруг — астеник и предпочитает теплоту, уют или спокойное, дружелюбное, хорошо знакомое общество.

Подчеркивать, что оттенок вежливости, деликатность даже в конфликтной ситуации дают повод для примирения и, что весьма ценится в таких ситуациях, делают его снисходительным в глазах супруги.

Опыт проведения семейной психотерапии показывает, что эта работа трудоемкая, но когда видишь удовольствие, взаимоуважение, радость общения членов семьи, теплоту отношений в той семье, где еще недавно царили ненависть, злоба, взаимообвинения во всевозможных проступках, то осознаешь ее важность в системе реабилитационных мероприятий.

В некоторых случаях, не требующих проведения курса семейной психотерапии в полном его объеме, отдельные, наиболее важные его элементы можно освещать на сеансах групповой психотерапии.

Не только допустимо, но и желательно повторение некоторых тем семейной психотерапии (разумеется, под новым углом, с новыми нюансами), которые важны для достижения желаемых изменений в семье.

Глава 5

Психотерапия некоторых расстройств

1. Психотерапия заикания

Психотерапия занимает ведущее место в лечении заикания (В.А.Гиляровский, К.М.Дубровский, А.М.Свядош, Н.М.Асатиани, В.М.Шкловский, Б.З.Драпкин, А.Б.Хавин и др.).

Заикание — защитный механизм, способ компенсации внутриличностных состояний, процессов жизнедеятельности в саморазвитии, в их контакте с средой, а в некоторых случаях и ситуациях — как способ воздействия на среду. В дальнейшем, в некоторых случаях заикание может входить в способ самовыражения человека, в его сущность, в парадоксальный способ самоутверждения, в его самость, в фактор отличия от других.

То, что часто считают причиной, психотравмой, приведшей к возникновению заикания, является лишь пусковым механизмом. У детей, юношей с расстройством речи были те же психотравмы, послужившие возникновению расстройств речи, что и почти у всех их сверстников, и с эмоциональными реакциями, только без последствий расстройств речи у последних. Здесь играет роль внутреннее состояние (опасения, тревога, страх, напряженность, неуверенность, трудность саморазвития, самореализации, фрустрации, внутренняя неприемлемость некоторых жизненных ситуаций, трудности адаптации). Эти внутренние состояния могут ситуационно проявляться в речевой деятельности через спазмы мышц, обеспечивающих речь, и фиксироваться ими. Все это важно учитывать в построении психотерапевтической тактики лечения. Вначале лечения, естественно, важно и необходимо клиниче-

ское обследование пациента, выявление сопутствующих заболеваний, исключение наличия органических заболеваний.

Необходимо исследовать процесс возникновения и становления заикания не столько в плане выявления психотравмы, которая, как было сказано выше, служит в большинстве случаев пусковым механизмом, сколько проблемам внутреннего состояния ребенка или юноши до этого, перед этим. Его внутренние личностные проблемы, проблемы самореализации, саморазвития, наличие комплексов перед возникновением заикания. Слово «заикание» в присутствии пациента не произносим, говорим о трудностях речи. Важно учитывать семейную динамику, структуру и характер семейных взаимоотношений. Можно встретить единичные случаи, когда заикание ребенка может играть определенную личностную компенсацию одного из родителей, подтверждать их нужность или определенную ролевую тенденцию и экзистенцию, и тогда роль такого члена семьи не носит конструктивного характера. В процессе лечения заикания необходимо включать членов семьи, родителей, которые способствовали бы, обеспечивали реализацию системности и постоянства процесса лечения.

Приступая к лечению, необходимо укрепить дыхательную систему путем выполнения известных тренировочных упражнений.

1. Ступенчатое выдыхание на фоне одного глубокого вдоха. Глубокий вдох, непродолжительная задержка дыхания и резкие, толчкообразные, ступенчатые выдохи без дополнительных вдохов. Данное упражнение тренирует дыхательную мускулатуру, дает возможность осуществления произвольного, толчкообразного выдоха, необходимого для начала пусть и нечеткого произношения начальных звуков слова. Этот процесс обеспечивает пусть в начале не очень четкую, плавную речь.
2. Сбивание дыхания — пациент дышит спокойно, равномерно и глубоко, а врач (в дальнейшем родители, члены семьи) ритмично надавливает на грудную клетку одной ладонью руки со стороны груди, а другой — со стороны спины. Надавливания обеими руками навстречу друг другу должны быть по частоте намного чаще, чем дыхание, и с попыткой сбить ритм дыхания. Надавливания

на грудную клетку должны иметь силу, необходимую для противостояния только дыханию и учитывать строение грудной клетки, ее мышечную массу. Это упражнение формирует устойчивость ритма дыхания независимо от внешних и внутренних преград.

Эти дыхательные упражнения выполняют 2-3 раза в день, постепенно увеличивая их продолжительность до 3-4-5 минут, но с контролем общего самочувствия и с перерывами. Особенно эффективны разработанные нами речевые упражнения «говорить, не говоря», «удерживание звука». Важно учить, тренировать пациентов фиксировать внимание не на ситуации, не на речи, даже не столько на содержании речи, сколько на подготовке речевого аппарата с речевой деятельностью, доводя это до автоматизма, который и был нарушен при возникновении и становлении заикания. Не начинать произнесение слова, не подготовив свой речевой аппарат к этому.

У заикающихся людей есть тенденция использовать при образовании речи лицевую и шейную мускулатуру, тогда как у нормально говорящих ведущим является гортань, участвующая в образовании звуков, составляющих голос. Важно акцентировать внимание пациентов на гортани при образовании речи и пытаться вытормаживать лицевую и шейную мускулатуру, которые создают, в известной мере, тупиковый эквивалент речи.

В гипнотическом состоянии внушаем с учетом сущности природы заикания, внутреннего состояния пациента:

1. «Состояние глубинного внутреннего спокойствия, уравновешивания, везде и всюду, в любой ситуации глубинное внутреннее спокойствие, уравновешенность, везде и всюду чувство внутреннего комфорта, уюта, естества, привычности к жизненным ситуациям».
2. «Чувство уверенности в свои силы, способности, легкости на душе, хорошего жизненного тонуса, оптимизма, веры в свою счастливую жизнь, судьбу, внутренняя уверенность, чувство своей внутренней силы, мощи, хорошего настроения».
3. «Мышцы шеи, лица и ротовой полости хорошо вас слушаются, они вам полностью подчиняются и подконтрольны, и говорите свободно и легко, свободно

и легко, речь льется свободно и плавно, свободно и плавно».

4. «Вы свободноговорящий человек, человек, который говорит свободно и легко, и вас это радует, и вы самоутверждаетесь тем, что стали свободноговорящим человеком, вы владеете речью, вы полностью овладели своей речью».

Так как заикание постепенно, со временем входит в структуру «Я» пациента, и он начинает идентифицировать себя как человека заикающегося. В некоторых случаях пациенты боятся, что окружение произвольно обратит внимание на то, что он не заикается.

Если позволяют условия, готовность пациента и возраст, то важно овладение АТ, применение техник НЛП, когнитивно-поведенческой психотерапии.

Основные трудности — не в наших возможностях лечения, а в быстрой дезактуализации желания лечиться при улучшении речи, недоведении лечебного процесса до конца, отсутствии установок лечиться у одного психотерапевта постоянно, так как это будет продолжение лечения, поиск больными и их родственниками магического метода, где не надо тратить усилий и времени.

Поддерживает оптимизм у психотерапевта факт регрессии возрастов у заикающихся, которые погружаются в сомнамбулизм. Такие примеры показывают, что в глубине психики пациента присутствует модель нормальной речи. При внушенном регрессе возраста ниже начала заикания он не заикается, говорит нормально.

2. Психотерапия табакокурения

Если обменные процессы при табакокурении и их воздействие на психику человека учитывают все, то психологические, личностно-глубинные корни никотиновой зависимости практически не учитываются и уповают лишь во всем этом процессе только на понятие «привычка». Но ведь и некоторые привычки имеют свои глубинные корни. Почему от одних привычек люди избавляются легко, даже часто не

считая их привычками, хотя по внешним признакам они соответствуют понятию «привычка», а от других с трудом, а с третьим видом привычек и бороться им не хочется, даже наоборот, они ярые идейные их сторонники.

Естественно, как следствие изменения обменных процессов при табачной зависимости присутствует синдром лишения. Но и переоценивать его нельзя, так как здесь нет фатальности, если нет глубинной личностной вовлеченности, если человек не взвинчивает себя, не настраивает на то, что это фатально, что необходимо закурить, иначе невозможно. Здесь ситуационно проявляется несдержанность, хотя бывшие курильщики говорят, что можно терпеть, так как это не зубная боль, но при соответствующем настрое. То есть здесь важен соответствующий, целостный (как сейчас говорят — конгруэнтный) настрой человека.

Нарушение обменных процессов проявляется и после купирования синдрома лишения. В большинстве случаев в клинической картине человека, бросившего курить, присутствует никотиновый астенический синдром, чаще по гипостеническому типу, то есть больной «скисает», чувствует себя лишенным активности. Реже — по гиперстеническому типу, но бывает и смешанный вариант, когда в одних ситуациях гиподинамия, неудовлетворенность низким тонусом ощущения жизни, а в других случаях — повышенная раздражительность, несдержанность.

В возникновении никотиновой зависимости существенную роль играет становление периода систематического курения. Общеизвестно, что многие пробовали курить или закуривать ситуационно, но систематически не стали курить. Наоборот, начальный этап курения, особенно с затяжкой, вызывал отнюдь не приятные ощущения (дурнота, головокружение, тошнота, кашель). Необходим мотив к периоду преодоления этих неприятных ощущений. Здесь на первый план выходит роль вредных привычек, в том числе и курение, в жизни человека. Ради чего он все эти неприятные ощущения преодолевает? Если некоторые атрибуты вредных привычек приобретают свойства, символы выражения своих внутренних состояний, жизненных статусов, как их внешний эквивалент, выраженный вовне, внутренняя разрядка и урав-

новешивание душевных процессов путем перевода во внешние символы, знаки, которые в какой-то мере должны быть понятны окружению (чувство значимости, солидности, важности, эмоциональной взволнованности, эквивалент предчувствия наступления чего-то важного, значимого, или, наоборот, внутреннее спокойствие, олицетворение психической устойчивости и т. д.), то курение приобретает систематический характер. Если у человека нет других приемов выражения своих душевных и жизненных атрибутов, или наличные он считает недостаточными, то ситуационное закуривание с предварительной, преднамеренной установкой на выражение посредством этого душевных свойств и состояний способствует становлению систематического курения. Наличие систематического курения и в зависимости от конституции нервной системы, ферментативного реагирования определяет темп становления табачной зависимости (синдром лишения, влечения и т. д.), но потребность в атрибутах определяется как главное звено в табачной зависимости. Те люди, которые ситуационно закуривают, но психологически, личностно не вовлекаются, могут долго ситуационно курить, но не формируется зависимость, так как нет внутренней, глубинной, личностной установки, пути реализации своей сущности. Даже если под внешним воздействием человек систематически курил, но отсутствовала внутренняя установка, то синдром лишения легко преодолевается, возникает стойкая ремиссия, так как не актуализируется табачная установка в силу ее несформированности. Внутренняя установка на курение как внешний эквивалент выражения своих внутренних переживаний, их символов делает актуальным становление систематического курения и табачной зависимости. Особенно наглядна эта сторона сущности курения при пользовании курительной трубкой, которая олицетворяет особое состояние человека, вернее этого эквивалента, при прекращении курения может выступать манера ношения чашки кофе на уровне груди, притом это не простое потребление кофе, а целый ритуал.

Поэтому при проведении психотерапии никотиновой зависимости важно низведение этих эквивалентов и атрибутов внутренних переживаний и статусов. Курение по сути дела жизненный костыль, помогающий человеку жить путем

реализации внутреннего содержания переживаний вовне, уравнивающий состояние человека, ритуал стимуляции нужного, недостающего. Так, например, если внутренние ресурсы не дают достаточной силы возбуждения, а человеку надо, то ритуал курения это реализует, если наоборот, трудно успокоиться, то он способствует успокоению и т. д.

Поэтому важно формировать естественные эквиваленты в обычных движениях душевных переживаний, в мимике, пантомимике, в эмоциональных состояниях. Обычная информация о вреде курения часто пользы не приносит, так как не действует на эти эквиваленты, не преобразовывает их, не затрагивает установку на курение.

Важно формирование мотива к некурению, ведь табачная зависимость это рабство перед табачными изделиями, так как самочувствие, комфорт зависит от них, от процесса курения. Способствовать внутреннему желанию освободиться от этого рабства, этой зависимости. Прививать чувство свободы, независимости от табачных изделий, которое дает большую степень свободы (не надо думать об обеспечении себя сигаретами, не надо отравлять свой организм, за эти деньги можно другим способом «уважить» себя). Самоутверждение себя, своего жизненного статуса другими путями, путями зрелого человека, а не такими атрибутами.

На фоне такой предварительной работы поставить вопрос перед больным о снижении количества выкуренных сигарет. В дальнейшем возможен вариант гипнотерапии и при достижении достаточной глубины гипнотического состояния (II стадия) возможно смягчение синдрома лишения, его снятия. Если необходимо, то медикаментозно (пирроксан по 0,015 г по 2 табл. 3 раза в день, лобелин, полоскание ротовой полости отваром полыни или гипертоническим раствором поваренной соли), рефлексотерапия. После погружения в гипнотическое состояние внушение:

1. Желания освободиться от рабства, зависимости от табачных изделий, курения; здорового самолюбия, здоровой гордости, чем он хуже других, некурящих, почему он должен плясать под дудку табачных изделий; долой это рабство, эту зависимость.
2. Внушение отвращения к табачному дыму, к процессу

курения, вдыхания в легкие табачного дыма, к утреннему кашлю курильщиков с характерной слизью, и все это вызывает отвращение, состояние тошноты и т. д.

3. Чувство свободы и независимости от курения, табачных изделий, внутреннее чувство свободы и независимости, отсутствие потребности заботиться о табачных изделиях, чувство себя некурящим.
4. Умение другими путями выражать свой внутренний статус, самоощущение, через определенные свои внутренние самопредставления, воображения ощущать свое «Я», преподносить его другим, в манерах, чувственных состояниях и т. д.
5. Безразличие и равнодушие к табачным изделиям, к факту курения другими людьми. Именно безразличие и равнодушие (то есть без разницы курят или нет, равное состояние души).

Конечно, важно учитывать преморбидное состояние клиента, особенности его личности. Возможно сочетание других расстройств с табачной зависимостью (невротические реакции, неврозы, психопатии, субдепрессии и т. д.).

Здесь возможны варианты применения психосинтеза с приемом разотождествления с актом курения, рефрейминг, другие техники НЛП, когнитивно-поведенческая психотерапия, психодрамы, АТ и т. д.

3. Психотерапия энуреза

Психотерапию энуреза следует начинать как обычно с клинического обследования, выявления основных и сопутствующих заболеваний, анамнеза заболевания, личностных особенностей, психологического климата в семье. При наличии сопутствующих заболеваний требуется специальное лечение. Особенно это важно при наличии органических стигмов ЦНС. При возможности и надобности проводится общеукрепляющее лечение, витаминотерапия, налаживание правильного режима дня, организация возможностей реализации потребностей внутреннего саморазвития, личностного роста.

Важную роль играет регулирование водного режима дня, перевод основной водной нагрузки на первую половину дня. Так как потребление воды у человека стабильно и увеличивается только в жаркое время и смены характера питания, водная нагрузка в первой половине дня уменьшает потребление в вечернее время и соответственно выведение в ночное время. Желательно, чтобы после 18.00 жидкость почти не употреблялась.

На энурез влияет глубина сна, и важна нормализация режима дня, послеобеденного отдыха, а то и сна, так как дети весь день очень активны и к ночи бывают очень усталыми, что и определяет степень глубины сна. В некоторых случаях необходимо лечение астенического синдрома.

Для установления стойкой рефлекторной связи — наполненный мочевой пузырь и просыпание наиболее адекватной и приемлемой является гипнотерапия. Словесное погружение в гипнотическое состояние, а в некоторых случаях даже применение ступенчатого погружения по Фогту, дает необходимое для лечебного воздействия состояние. Внушение носит характер по типу прививания, внутреннего спокойствия, хорошего самочувствия, уверенности в себе, в своих силах, способностях, хорошего, спокойного сна, легкости на душе, приятных сновидений. Эти внушения улучшают общее самочувствие, уверенность в себе, смягчают переживания своей неполноценности. В дальнейшем переходим непосредственно к восстановлению, формированию рефлекторной связи в сонном состоянии: «Когда спите в постели, или вообще спите, то чувствуете свой мочевой пузырь, как и днем, чувствуете, когда спите и когда он наполнен, то просыпаетесь, вскакиваете с постели и идете в туалет... ночью чувствуете также, как и днем, возникает позыв и вы просыпаетесь и идете в туалет». Особенно важно акцентировать факт не только просыпания, но и того, что они идут в туалет, так как нередко дети просыпаются, но нежелание встать доминирует.

Иногда для страховки или усиления лечебных воздействий важно внушать: «Когда вы спите, внизу живота все сжато и пережато, и мочеиспускание невозможно».

Надо за сеанс произвести все эти внушения 3-4 раза с перерывом на общеукрепляющие внушения, так как внушения

должны зафиксироваться, быть акцентированными. В тех редких случаях, когда нельзя достичь достаточной глубины гипнотического состояния, возможен вариант проведения лечебных внушений на фоне заданной визуализации.

Необходим прием Ю.С.Шевченко, который рекомендует родителям днем задержать ребенка в состоянии позыва и наводящими вопросами запечатлеть в сознании факт позыва. Если есть возможность проведения, важно это сделать перед первым сеансом гипноза. Необходимое количество сеансов гипнотерапии имеет диапазон от одного сеанса в некоторых случаях до 5-6. В редких случаях возможен и прием хлорэтиловой блокады ромба Михаэлиса. В очень трудных случаях для временного эффекта, когда нельзя сразу приступить к психотерапии, можно назначать антидепрессанты (амитриптилин, мелиграмин), которые вызывают атонию мочевого пузыря, что позволяет временно снять вопрос энуреза. При этом важно учитывать возрастные противопоказания назначения антидепрессантов, что это поллиатив, так как некоторые врачи считают это основным лечением. В редких случаях энурез является чисто невротическими реакциями на жизненные трудности, выход из ситуации, привлечение к себе внимания. В этих случаях важна соответствующая психотерапия.

4. Психотерапия нарушения сна

Очевидно, что бессонница является синдромом разных заболеваний. Даже в тех случаях, где кажется, что «чистая» бессонница, при более пристальном клиническом наблюдении диагностируется субдепрессия, субманиакальное состояние, реактивное состояние.

Так, бессонница встречается как синдром при шизофрении, шизотипических расстройствах, маниакально-депрессивном психозе, как при маниакальной, так и депрессивной фазах, аффективных расстройствах другого генеза, при других психозах, органических заболеваниях ЦНС, соматических и инфекционных заболеваниях.

Бессонница свойственна расстройствам личности и пове-

дения у взрослых (психопатии) в стадии декомпенсации, неврозам, невротическим реакциям, реактивным состояниям.

Бессонница встречается при смене поясов времени, регулярном посещении ночных клубов, казино, общении с Интернетом в ночное время. Не надо забывать, что часто депрессии, субдепрессии в силу их природы и свойств влияют на состояние человека (утром плохое настроение, самочувствие, вечером и поздним вечером — хорошее), постепенно смещают жизнедеятельность в ночное время. Отсутствие физических нагрузок, фактора утомления днем, а также переутомления тоже могут приводить к бессоннице.

Так что в первую очередь необходимо лечить основное заболевание и в его структуре бессонницу, учитывать природу и генез бессонницы при других ее формах.

Основные формы нарушения сна условно можно подразделить:

1. Нарушение процесса засыпания вечером или ночью при пробуждении.
2. Нарушение самого сна — полусон, неглубокий сон с частыми полупробуждениями, с плохими, неприятными сновидениями.
3. После пробуждения, хотя сон и был, нет чувства насыщения сном, отдыха, свежести, бодрости, то есть не происходит во сне восстановления сил, хорошего самочувствия.

Важно помнить, что бессонница для пациента это не только проблема ночи, но и дня, работоспособности, самочувствия.

При психотических, эндогенных его формах проводится лечение вначале соответствующими психотропными средствами. При непсихотических формах на фоне основного лечения проводится симптоматическое. С помощью рациональной психотерапии важно достичь адекватного осознания этого расстройства, его природы и сущности. Изменить отношение к этому расстройству, относиться к нему спокойно в период начала лечения, так как хотя бессонница приносит неприятные ощущения, но не опасна.

При навязчивом характере расстройства процесса засыпания можно применить прием «парадоксальной интенции» по В.Франклу. Попытаться сделать бессонницу своим желани-

ем, стремлением не спать, намерение бодрствовать, тем самым снять навязчивую мысль о бессоннице, невротические реакции на эти мысли, ожидания, попытаться заняться чем-то и часто через какой-то промежуток времени происходит утомление и сон.

Важен факт налаживания правильного режима дня, приводящего к усталости, утомлению к вечеру, прогулки на свежем воздухе, чередование активного и пассивного отдыха, не перегружать желудок перед сном.

Большую роль в возникновении бессонницы играет астенический синдром, который встречается при всех заболеваниях, особенно его гиперстеническая форма. Поэтому важно проводить медитационные техники, приемы релаксации, АТ, удлинённые сеансы гипнотерапии, гипноз-отдых, гештальттерапию, техники НЛП. При проведении гипнотерапии есть возможность воздействовать на процесс засыпания, на характер сна и на состояние после просыпания. Уже в процессе погружения в гипнотическое состояние происходит нормализация процесса засыпания. При трудности погружения в гипнотическое состояние применяется дробный, ступенчатый метод по Фогту-Кречмеру, подготовительное снятие напряжения приемом открывания и закрывания глаз на счет 1-2 в течение 5-7 минут, что приводит к рассеиванию внимания, утомленности и готовности к пассивному восприятию формы погружения в гипноз.

В гипнотических состояниях внушаем состояние глубокого внутреннего спокойствия, приятной усталости, истощаемости к вечеру, желание отдохнуть, самопроизвольный, внутренний настрой на отдых, желание спать, внутреннее желание лечь в постель и отдыхать, спать. В постели — чувство душевного уюта, общей усталости, желания уснуть, состояние приятного бездумья и желания спать и постепенное проваливание в сон. В дальнейшем внушаем спокойствие во время сна, душевную легкость, отдых, покой, освежающий, восстанавливающий характер сна. «Процесс просыпания проходит легко, но с легкой неохотой, желанием понежиться в постели, приятные воспоминания о сне, приятные мысли о предстоящем вечере, когда снова будет сон». Предупреждаем пациента о необходимости 5-6, а в тяжелых, упорных случаях бессонницы и до 10 сеансов.

5. Психотерапия сексуальных расстройств

Сексуальные расстройства не являются отдельным, автономным расстройством, а являются синдромом при многих заболеваниях. Надо иметь в виду, что психогенные факторы могут вызывать половые расстройства, но и нарушение половой функции может служить причиной возникновения реактивных состояний, сказываться на семейных отношениях, самочувствии, работоспособности, снижать жизненную и профессиональную активность.

Появление в продаже множества специальных препаратов существенно меняет ситуацию в лечении сексуальных расстройств. В то же время широкая их доступность, назначение подчас врачами общего профиля по типу: жалоба — рецепт — препарат или жалоба — препарат, могут дискредитировать хорошие сами по себе лекарственные препараты, вызывать разочарование и пессимизм больных в возможности успешного лечения. Здесь важно понимание природы функционирования сексуальной сферы в целом, варианты патологического состояния функциональных составляющих, входящих в обеспечение нормальной деятельности этой сферы. Например, нередко больные жалуются на сексуальные расстройства как основное, а «плохое настроение» и тому подобное как вторичное, реакцию на эти расстройства. На самом деле депрессивные состояния разной степени выраженности влияют на сексуальную функцию, и лечебная тактика: жалоба — рецепт — препарат дает сбой, если не учитывать состояние всех составляющих сексуальной функции. Количество таких случаев не уменьшается с увеличением более эффективных лечебных препаратов. Поэтому на первый план выходит вопрос правильности и адекватности применения лечебных средств, учет клинической картины случая в целом (а не только жалобы), этапность лечебного процесса с предшествующим лечением базисных составляющих. Исходя из этого положения, важно строить тактику лечения (как психотерапевтическую, так и медикаментозную) на базе понятия структуры и функций копуляционного цикла Г.С.Васильченко. Это дает нам возможность учитывать и базисные составляющие этих расстройств, которые, находясь как будто бы в латентном состоянии по отношению к жалобе,

оказывают существенное влияние на расстройство последующих составляющих этого процесса.

Чаще всего бывают ошибки в том, что пытаются воздействовать сразу и непосредственно на эрекционную составляющую, не нормализовав нейрогуморальную и психическую составляющие, которые являются базисом, фундаментом этой составляющей. То есть важно учитывать исходное состояние организма в целом и функциональных систем сексуальной сферы в частности. Конечно, соматические заболевания и препараты, которыми их лечат, играют важную роль в возникновении сексуальных нарушений, но еще большую роль в их возникновении играет общий тонус организма, то есть выраженность наличия астенического синдрома, обусловленного и соматическими заболеваниями и истощаемостью организма в целом. Это подтверждается и литературными данными по виагре, в тех случаях, когда даже при ее применении нет положительного эффекта. Это подтверждает тот факт, что при обычном применении виагры требуется определенная стимуляция, то есть эмоциональная реакция с ее соматовегетативными проявлениями и наглядно показывает важность состояния психической составляющей, наличие в лечебном процессе психотерапии.

Наличие в настоящее время специальных препаратов, непосредственно влияющих на эрекционную составляющую, и их неэффективность в некоторых случаях делают актуальным лечение расстройств нейрогуморальной и психической составляющих. То есть то исходное состояние организма в целом и сексуальной сферы в частности, которые обеспечивают нормальное ее функционирование. *Нейрогуморальная составляющая* — это тот фундамент, который обеспечивает хорошее функционирование эмоциональной, волевой, интеллектуальной и физической сфер человека в целом, хороший преднастрой к любому виду деятельности, в том числе и сексуальному. Здесь важно в первую очередь лечение астенического синдрома (синдром раздражительной слабости, истощаемости), который может иметь любую этиологию (наблюдается при любом заболевании в той или иной степени выраженности). Наряду с медикаментозным лечением важно проведение психотерапии направленной на редукцию астенического син-

дрома. В данном случае проводятся удлиненные сеансы гипнотерапии с соответствующими внушениями нормализации жизненного тонуса, глубинного внутреннего спокойствия, уравновешенности, хорошего самочувствия, внимания, памяти, внутренней готовности к любому виду деятельности, хорошей работоспособности, предрасположенности к положительным эмоциям. Важно помнить, что само состояние гипноза целебно действует на ЦНС и организм в целом. Хорошие результаты дают 7-10 сеансов. На первых сеансах упор делается на общее успокоение, внутреннее спокойствие с последующим направлением внушений на полную редукцию астении, создание хорошего жизненного тонуса, при соответствующих условиях важно обучать пациентов аутогенной тренировке, проводить другие психотерапевтические методики, восстанавливающие ресурсный потенциал организма.

Хорошо нормализованная нейрогуморальная составляющая в значительной степени создает возможность восстановления и психической составляющей. Наличие более значительных нарушений *психической составляющей* (депрессия, апато-абулический синдром, психопатии дефензивного круга, неврозы и др.) требуют специального лечения.

На этом этапе лечения важно восстановление, формулирование сексуальной установки, то есть предуготованности в соответствующей обстановке к сексуальному возбуждению, которое постепенно переходило бы в последующую стадию — эрекционную с сохранением этого эмоционального настроения. Важно конкретно влиять на структуру сексуальной установки:

1. Познавательный компонент, обеспечивающий восприятие женщины, всей ситуации в целом под эротическим углом, настраивает, заставляет видеть то и думать о том, что сексуально возбуждает.
2. Эмоциональный компонент, который выражает и стимулирует личностное отношение к половой близости, взаимопотенцируется с познавательным компонентом, формирует желания сексуального характера, предвкушение сладострастия.
3. Поведенческий компонент, превращающий желание в стремление, и, если нет каких-то весомых препятствий, то порождает соответствующие действия.

Важно в предварительной беседе с больным выяснить, уточнить, скорректировать понятийный аспект сексуальной установки, иногда апеллируя к периоду его юношеской гиперсексуальности, а также компонент эмоциональных переживаний сексуального характера, особенностей действий в этих ситуациях. Оживлять эти ощущения на уровне зрительного, слухового и тактильно-чувственного восприятий, представлений. В дальнейшем все это закреплять в гипнотическом состоянии соответствующими внушениями, в формулах с субмодальностями и наложения в рамках НЛП, при работе с некоторыми приемами в рамках когнитивной психотерапии.

Эрекция составляющая. За ее функционирование отвечает парасимпатическая вегетативная система. Эрекция функция часто восстанавливается при нормализации предшествующих нейроэндокринной и психической составляющих. На этой стадии лечения важно учитывать наличие соматических и неврологических заболеваний. Так, например, важно наличие гипертонии, заболеваний сердца, подбор лекарственных средств для их лечения, так как некоторые из них влияют на потенцию, чувствительность половых органов. Например, некоторые бетаблокаторы, сосудорасширяющие средства, психотропные препараты действуют индивидуально и избирательно на потенцию, поэтому необходим индивидуальный подбор лекарственных средств.

На этой стадии лечения возможно внушение в гипнотическом состоянии и воздействии на формирование, закрепление сексуальной установки, переход воздействия на эрекция составляющую. Внушается возникновение напряженности в промежности в интимной обстановке, желания близости, сладострастия, которые полностью захватывают пациента и т. д. В данном случае уместно применение АТ и после достижения аутогенного погружения, применение специальных формул самовнушения (В.В.Андрианов). Целесообразно применение некоторых техник НЛП (взмах, изменение прошлого, подстройка к будущему, работа с субмодальностями), гештальттерапия, символдрама.

Взаимное потенцирование психотерапевтического воздействия и прибора отрицательного давления является важным, так как данный прибор улучшает трофику кавернозных

тел, полового органа в целом, тренирует сосудистую систему. Применение инъекций папаверина, каверджека и других препаратов внутрикавернозно с соответствующими внушениями в бодрствующем состоянии, но не более 2-3-4 раз, как пусковой механизм в нормализации половой функции на фоне восстановленных составляющих коопуляционного цикла.

Виагра — это не препарат «скорой помощи», как многие себе представляют, но существенно может помочь в восстановлении эрекционной составляющей. Применение эректора способствует фактору запуска и тренировки сексуального функционирования.

С целью создания оптимизма в исходе лечения можно привести примеры хирургического лечения (вшивание синтетических протезов, баллончика в кавернозное тело), как радикальное возможное лечение при невозможности помочь менее радикальными средствами восстановления естества функций.

Фрикционная составляющая обычно нормализуется при восстановлении нейрогуморальной составляющей, особенно гиперстенического варианта астении, снятие нервности, повышенной возбудимости. Здесь существенную роль может сыграть применение с целью отвлечения, снижения возбудимости, внушение в гипнотическом состоянии процесса формирования установки на длительную близость, на желание доставить удовольствие партнерше. Возможно применение в модификации системы «Дао», отбросив философскую сторону, а применяя чисто психотерапевтический прием 7:1, где семь функций неглубоких, а восьмая глубокая, но лучше просто счет про себя, отвлекая на него свое внимание с предварительным намерением достичь определенных цифр. Прием отвлечения лучше работает при овладении АТ. Возможна блокада ремба Михаэлиса хлорэтилом, прием сонопакса за 30 минут.

Эйякуляторная составляющая. За ее функционирование отвечает симпатический отдел вегетативной системы. Причинами нарушения эйякуляторной составляющей являются эксцессы, пресыщения, прием бета-блокаторов, других препаратов, снижающих проводимость нервных путей. Лечение — симпатомиметики, но нужно помнить, что они антаго-

нисты эрекции, кремы, мази, способствующие повышению чувствительности половых органов, формирование настроения на разрядку психотерапевтическим способом.

На важности применения психотерапии в лечении сексуальных расстройств указывают Н.Д.Кибрик, Ю.А.Решетняк, С.Т.Агарков, М.И.Ягубов и др.

Психотерапию сексуальных расстройств у женщин следует начинать с нормализации нейрогуморальной и психической составляющих. Диагностика и лечение аффективных расстройств, астенических состояний. Депрессии, субдепрессии нередко являются причиной расстройств сексуального характера, своеобразной «загадкой» женской судьбы, отсутствие и поиск любви, которая дала бы возможность ощущать радость жизни. Лечение аффективных, астенических расстройств, нормализация психосоматического статуса, жизненного тона психотерапевтически и медикаментозно. Формирование сексуальной установки с учетом познавательных, эмоциональных и поведенческих компонентов, настроения на сладострастие, наслаждение. Учет в этой психотерапевтической работе эстетического и этического компонентов сущности женщины.

В настоящее время в прессе, на телевидении пропагандируется культ оргазма, тем самым формируется установка на оргазм, как на главную цель половой близости. То есть игнорируется, обесценивается сам процесс половой близости, тем более, эротическая игра перед ней. Важнее и ценнее не ожидание оргазма, а жизнь во время половой близости, переживание процесса жизни в этом состоянии, осознание значимости ощущений этого периода и вида жизни. Ощущение и переживание взаимодействия с партнером, с его переживаниями такого же рода и характера. Фраза, сказанная партнеру во время близости: «что мы делаем», - говорит на самом деле больше, чем ее семантическое значение. На фоне таких ощущений и переживаний оргазм вероятнее и является логическим завершением соматической фазы близости и переход к взаимным ласкам, эмоциональному взаимодействию, чувству признательности друг другу.

6. Психотерапия игровых зависимостей

Игровые зависимости в настоящее время носят еще большую актуальность в силу снятия внешнего контроля, большую свободу и самостоятельность от родных и близких без сформированного у многих внутреннего контроля, чувства ответственности за себя и своих родных и близких, инстинкта самосохранения на социально-психологическом уровне. Игровая зависимость часто влечет большие материальные потери, долги, обнищание родных и близких.

Влечение к игровым видам времяпрепровождения с возможным денежным приобретением или большими затратами, причем последнее наиболее вероятное, носит по своей сущности разнообразный характер.

Наблюдается ассоциация процесса игры с чувством своей значимости, престижности большого игровой зависимостью и игра дает ощущение полноты жизни, то есть происходит перенос значимой жизни в состояние игры. Внутренняя сущность, истинное «Я» такого человека полностью реализуется во время игры.

Доминирует феномен и природа веры в маловероятное, исключительное, происходит аффективное сужение сознания на ценность игры, выигрasha, риска, эмоциональная охваченность игрой в целом, вера в фактор везучести.

Работает и фактор соперничества, желания победить, оставить в дураках аппарат, рулетку, игорное заведение, показать кто умнее. Встречаются случаи. Где игрок строит свои отношения на чувстве дружбы с игровыми автоматами, заверениями, на чувстве того, что они его «друзья», и ему помогут.

Желание острых ощущений, азарта, стремление их испытывать являются результатом дефекта восприятия повседневной окружающей жизни, тусклого эмоционального ее восприятия. То есть, нет яркости, эмоциональной насыщенности повседневной жизни. Состояние игры порождает чувство, ощущение жизни, компенсирует этот дефицит чувства жизни.

Условно можно подразделить и выделить составные компоненты игровых зависимостей, которые носят характер:

1. Навязчивых мыслей, влечений, понуждений к игре, влечение к атмосфере игры. При неудовлетворении

этих влечений возникает чувство дискомфорта, внутренней напряженности.

2. Навыка, пути снятия состояния субдепрессии, хандры, перевод их через игру в радость или в чувство злости на себя, на ситуацию, переход беспричинного плохого состояния в причинное — не везет в игре, оживить себя пребыванием в экстремальных условиях риска.
3. Выхода, пути снятия состояния субдисфории, разрядки в игре.
4. Сверхценные идеи обогатить себя легким и быстрым путем.
5. Реализация фактора веры, надежды на выигрыш, который часто поддерживается организаторами игр, эмоциональной атмосферой игры, особой субкультурой.
6. Формирование референтной, престижной группы, носящей характер игры, риска, надежды и мифов о выигрыше.
7. Перенос значимой жизнедеятельности в атмосферу состояния игры, неопределенности исхода, риска, возникновение чувства значимости бытия.

Поэтому при построении психотерапевтической тактики важно учитывать факт наличия каких-то из этих вышеперечисленных особенностей, формирующихся в данном конкретном случае, иногда их сочетание.

Вследствие этих особенностей, механизмов формирования зависимости важно наряду с зависимостью лечить и субдепрессивные состояния в одних случаях, навязчивости в других, воздействовать на химерные веру и надежду на выигрыш и т. д. Сама зависимость лечится по аналогии, как алкогольная, табачная.

Важно чтобы игроман постепенно начал осознавать, что игровое заведение не место, где решаются денежные проблемы, вопросы, а просто время препровождение для людей, у которых есть лишние деньги, и они решают проблемы денег в реальной жизни своими делами, профессиональной деятельностью. Такие люди часто сознательно идут проиграть, что отыграться в реальной жизни, сформировать стимул активности в своей работе по зарабатыванию денег и притом заработать многократно больше, чем проиграл. Не редко

можно услышать, что та знаменитость играет или проигралась, но они не проигрались, они процветают в реальной жизни, в реальном творчестве, они стимулируют иногда себя для активности.

Иногда игорные заведения пытаются испытать таких людей на прочность и «подкидывают» выигрыш, а также через слухи о выигрыше этих людей привлекают новых клиентов. Возможно, существует проблема подсадных уток по аналогии с организованной «Ласковым маем» лотереи с призом видеоманитона.

Естественно, в большинстве случаев больные обращаются в двух случаях:

1. Временное ситуационное состояние раскаяния о содеянном, разорительном проигрыше, большом накопившемся долге, давлении родственников;
2. Временно не играет вследствие светлого промежутка после игрового эксцесса по аналогии, как и после истинного запоя при алкогольной зависимости.

Но по своей сущности и природе те и другие остаются игроманами с сформированной позицией игромана.

Позиция игромана (по аналогии с алкогольной, наркоманической) включает в себя:

1. Неадекватное осознание болезни (сформированная зависимость, влияние этой зависимости на человека в целом, на его чувства, желания, стремления, мысли, характер восприятия, в частности, которые, в свою очередь, поддерживают эту зависимость).
2. Перенос значимой жизни в состояние игры с глубинным включением в этот процесс сущности человека, его «Я», а не просто формальная игра.
3. Сформированная установка игромана, которая включает в себя познавательный компонент, соответствующие эмоциональные проявления и поведенческие выражения реализации установки. В структуру установки игромана входит и порождение первичного влечения к игре.
4. Стиль жизни игромана с проявлением астенического синдрома, порожденного игроманией (интенсивные психологические нагрузки, стрессовые переживания, их длительность, искусственная стимуляция игрой уже

истощенной психики, отсутствие физических эквивалентов нагрузки), который проявляется раздражительностью, своеобразной нервностью, чувством дискомфорта, истощаемостью («я нервный», «клубок нервов», «нервы оголенные»), а также астено-депрессивным вариантом этих расстройств.

5. Разнообразные механизмы психологической защиты, которые часто даже непроизвольно, бессознательно защищают его позицию игромана. Даже когда на фоне интенсивной психотерапевтической работы позиция игромана рухнула и он признает, что это болезнь, что опыт показывает бесперспективность такого пути обогащения, у него может проскользнуть мысль — «у нас — да, а в Финляндии возможно, там честная система».

Вначале важно нормализовать самочувствие и состояние больного, то есть лечение астенического синдрома (АТ, медитационные техники, гипнотерапия). Прививание, внушение в бодрствующем и гипнотическом состояниях глубокого внутреннего спокойствия, уравновешенности, душевного комфорта, душевной анестезии к игре. Потеря умения и способности входить в аффективное состояние, в аффект. Отсутствие тенденции суживать свое восприятие окружающей действительности, везде и всюду полное, всестороннее восприятие своего реального поведения, положение с учетом всех факторов окружающей действительности больного, строит свои поступки. Формирование ощущения полноты жизни в обычных условиях, яркое восприятие обыденной, повседневной жизнедеятельности.

Один из факторов болезни — вера, убежденность в то, что выиграет. В процессе формирования зависимости возникает эта слепая вера, идущая в противовес реальности и в которой доминирует желаемое, а не реальность, которая в данном случае не может противостоять желанию. Здесь важна когнитивная психотерапия (выявление, диагностика автоматических мыслей дезадаптивного характера, их замена адаптивными), техники НЛП (взмах, рефрейминг, изменение убеждений). Необходима психотерапевтическая работа, направленная на низведение жизни в состояние игры, состояние азарта. Важно понимать, что в ситуационных раскаиваниях игрома-

на нет настоящего низведения процесса и состояния игры, а проявление своеобразного мазохизма, наслаждения от страдания, а не смена жизненной позиции, изменения игромана как человека, решившего избавиться от этой страсти.

Поэтому нужно делать попытку настоящего изменения отношения к состоянию игры, ощущений, переживаний во время игры. Низведение, изживание ухода от этих ощущений, переживаний, наоборот, ощущение их никчемности, малозначимости в положительной судьбе человека. Перенос значимой жизнедеятельности в состояние игры, в эти переживания является суррогатным способом жизни, деградацией человека в целом, выражающейся в сужении интересов жизни к игре, уход от общечеловеческих ценностей, вытеснение их из своей жизни, потери человеческой сущности. Показывать никчемность этого состояния, его малозначимость в жизни человека, ведь есть переживания другого, более значимого характера, которые приносят, порождают настоящее чувство престижа, формируют реально значимые, общечеловеческие ценности. По сути дела игроман — раб игровых автоматов, рулетки и т.д. Избавиться от этого рабства, формирование этих общечеловеческих ценностей на личностном, семейном, профессиональном уровнях. Уделять внимание низведению престижной группы игромана и формирование престижной группы, которая способствовала бы положительным результатам в реальной жизни, создавала бы чувство самоуважения, престижности в семье, обществе.

Способствовать возникновение у человека внутреннего мира соответствующего модели «не играющего» путем использования психотерапевтического приема, разработанного нами ассоциативной проекции необходимых чувств и отношений.

Вкратце формирование не играющего:

1. Формирование безразличия и равнодушия к состоянию и переживанию процесса игры, азарту игры путем вызывания этих чувств к явлениям и предметам действительно безразличных и перенос этих чувств на игру, состояние игры.
2. Формирование такими же приемами ненависти и злобы как к враждебному к игре, переживанию игры.

В этих двух приемах нет противоречия, так как ненависть и злоба с оттенком безразличия и равнодушия не вовлекает человека в постоянный процесс проявления злобы, то есть злоба, ненависть к играм, переживанием игры без борьбы с ними и не превращает такого человека в борца игровыми заведениями и дает уход от этого явления.

3. Формирование безразличия и равнодушия к играющим, к их неудачам или успехам, отсутствие зависти к ним.
4. Свежесть, эмоциональное восприятие повседневности, внутренняя самодостаточность, осознание себя источником эмоциональных проявлений взамен пассивному, идущему извне эмоциональному возбуждению.

Конечно, важен процесс личностного роста, налаживания процесса полноценной жизнедеятельности.

7. Психотерапия проблем веса

Повышенное влечение к еде, невозможность ограничивать себя в еде носит сложный, многоуровневый характер.

Повышенная эмоциональность переживаний, парадоксальность эмоциональных реакций, доминирование в большей степени жизни на эмоциональном уровне жизни, аффективная логика делают женщину непредсказуемой, загадочной, придают ей определенный шарм, а жизни — динамизм, искореняют скуку.

Недаром З.Фрейд, исследуя природу женщины, пишет об определенных вытесненных комплексах зависти к мужчине. Карен Хорни, заметим — женщина, что немаловажно в данном случае, пишет о женщине как о «прооперированном» мужчине, но это крайности теорий. Несмотря на все вышесказанное о природе и сущности женщины, надо помнить о ее нелегкой внутренней жизни, что у женщин чаще, чем у мужчин бывают депрессии, субдепрессии, на их жизнь накладывает еще влияние женская цикличность.

В данном случае может организоваться патологический круг, когда состояние субдепрессии создает предпосылку

влечения к еде, а переедание усугубляет состояние субдепрессии. Хотя эмоциональная изменчивость считается сущностью женщины, но диапазон этой изменчивости должен не превышать рамок нормы, не достигать признаков субдепрессии, скрытой, соматизированной депрессии. В этом вопросе важен фактор типа личности, особенно симптомный, циклотимичный.

Главный фактор, способствующий перееданию, — это идея ценности пищи с ее бессознательным компонентом, отсюда и внутреннее, глубинное желание проглотить ее побольше, переедание. Не достаточное, необходимое, адекватное питание, а переедание. Это особенно наглядно видно в ситуации дорогостоящих, дефицитных, экзотических блюд.

Важную роль играет культурально привитое микросредой своеволие, то есть ценность жизни в том, чтобы делать то, что хочется, особый шик в этом, хотя это нецелесообразно, отсутствие навыков отказывать себе в чем-то, ограничивать себя.

Фактор наслаждения едой, особенно в сочетании со спиртным, которое стимулирует аппетит, влияет на пищевое поведение человека. Девиз «Мы едим для того, чтобы жить, а не живем для того, чтобы есть» для таких людей неприемлем.

Отсутствие культурального фактора разумности отношения к еде, рациональности питания, понимание, что излишняя пища — это нагрузка на организм, а также отсутствие доминирования стремления к внешней привлекательности над пищевым рефлексом не способствует решению проблемы лишнего веса.

Важно клиническое обследование клиента, диагностика наличия аффективных и других расстройств, комплексов, приводящих к их компенсации в еде.

Приступая к проведению психотерапии, важно лечение аффективных расстройств, психопрофилактика скуки, попытаться разорвать порочный круг аффективных расстройств, напряженности, тревоги, скуки и разрядка всего этого в еде.

Здесь уместно повторить, что психотерапевтическое воздействие происходит на уровне обыденного сознания.

Низвести, разрушить аксиому, что еда это ценность, показать, что еда выше физиологических норм это вред, мировоззренчески изменить человека, его взгляд на пищу, еду.

Жить, реализовать себя на социально-психологическом, личностном уровне, поддерживать фактор телесного «Я» человека, забота о нем. Даже в советские времена говорили, что «женщина с плохой фигурой это все равно, что мужчина с маленькой зарплатой». Тренировка умения отказывать себе в чем-то, ролевые игры отказа от еды. Формирование чувства безразличия к еде, к блюдам, умение есть без аппетита, даже с отвращением. Формирование адекватной, минимальной пищевой установки, которая вытормаживала бы прием пищи. Формирование ее соответствующих понятийных, эмоциональных и поведенческих составляющих. Здесь возможны ролевые игры, когнитивно-поведенческая психотерапия, техники НЛП, психосинтез с разотождествлением с чувством голода, аппетита, АТ с соответствующими формулами самовнушения. Формирование мотива к похуданию, к отказу от еды по несколько дней, кроме фруктов и чая с кусочком хлеба, путем коррекции самосознания, самопредставления. Формирование концепции «я женщина без аппетита». Закрепление всего этого в гипнотическом состоянии. Внушение безразличия к еде, даже отвращение, того факта, что скука, напряженность, тревога, плохое настроение не переходит во влечение к еде. Наличие бодрости, хорошего самочувствия, воодушевления от пустого желудка, прилив сил, радость от осознания своей внешности, мысли и чувства о ней доминируют в переживаниях. Везде и всюду чувство комфортности в области желудка, в эпигастрии, отсутствие аппетита, чувство насыщения. Несколько раз в день при необходимости делать соответствующие самовнушения, техники НЛП.

8. Психотерапия психосоматических заболеваний

Проблема психосоматических заболеваний, психосоматики входит в проблему формирования, возникновения заболеваний вообще, их течения и динамики. Хотя и различают болезни соматического и психического характера, эти подразделения носят оттенок преобладания, доминирования проявления расстройств, но реакция организма на повреждающий фактор целостная и затрагивает все сферы функционирова-

ния человека, даже если он и не чувствует и не осознает их. Повреждающий фактор преломляясь через соматическую и психическую сферы может нести только негативный характер, потенцируя друг друга, так и противодействуя друг другу в том или ином направлении.

З.Фрейд ввел понятие «психоэкономика», то есть энергетические затраты, необходимые для поддержания жизнедеятельности, психического функционирования. Он подчеркивал, что «индивид», испытывает усталость, несмотря на безделье, подвержен общему торможению, обусловленному скрытыми проблемами, то есть тем фактором, что идут процессы в бессознательной сфере, в том числе и во сне. Тем, наверное, и обусловлены стенокардия покоя, инфаркты, гипертонические кризы ночью, во время сна. Поэтому важна психотерапия, направленная на эти бессознательные, глубинные процессы, дезактуализация их становления состояния глубинного внутреннего комфорта, внутренней уравновешенности, как в состоянии бодрствования, так и сна.

Так что, проявление внешнего, формального отдыха еще не говорит о процессе восстановления организма, отсутствия повреждающего фактора психогенного характера, и что не требуется проведения психотерапии. Поэтому для полноценного отдыха часто требуется проведение АТ, медитационных техник, гипнотерапии, особенно «гипноза — отдыха» по В.Е.Рожнову, так как по словам автора гипнотическое состояние создает для человека «башню молчания», выключает с наиболее возможной степени работу и в бессознательной сфере психики при соответствующем характере внушения.

Тонкие механизмы формирования болезни еще недостаточно исследованы, все усилия направлены на процесс лечения выраженного проявления болезненного процесса.

В природе в целом, и в организме, в частности, нет константных состояний. Все колеблется в определенных пределах. Если какая-то константа жестко фиксирована и ее отклонение влечет непоправимые изменения (например, кислотно-щелочное равновесие), то она имеет буферные системы, которые дают возможность отклоняться без ущерба от основных параметров и таким образом защищать основной параметр жестко-константного состояния (например, КЩР).

То есть, в процессе жизнедеятельности происходят физиологические колебания всех параметров в определенных пределах и временами наступает «функциональная дисфункция», которая корригируется компенсаторными механизмами.

Функционированность, поддержание нужной степени работоспособности в естественных условиях — это и есть обычный режим жизни.

Анализ процесса жизнедеятельности с момента новой адаптации на более высоком уровне показывает, что необходимо включение механизма тренируемости. Он предполагает повышенную степень функционирования определенных параметров организма без включения компенсаторных механизмов в запредельных режимах их работы. Задействованы в этом процессе те же механизмы, что и при спортивных тренировках, вернее, механизмы спортивных тренировок основаны на тех же механизмах, на которых построена жизнедеятельность человека в меняющихся условиях и целях жизни. В процессе тренировки происходит становление быстрого выключения этих компенсаторных механизмов с возможностью становления более высокого уровня естественного функционирования организма по этим параметрам. Регуляторное включение компенсаторных механизмов, естественно, стимулирует функционирование основных физиологических, биохимических и психических механизмов уже без их включения. То есть, переход этого повышенного уровня функционирования в естественное состояние организма. Например, наращивание мышечной ткани, повышение количества митохондрий с их суммарным повышением интенсивности обменных процессов. Такие процессы происходят и в митохондриях нейронов.

Механизм переутомляемости, перетренированности характеризуется тем, что компенсаторные механизмы включены постоянно, и они начинают также истощаться и не справляются с воздействием нагрузки. В этих состояниях не происходит полное восстановление как компенсаторных механизмов, так тем более естественных, обычных механизмов жизнедеятельности, то есть уже не возникает процесс восстановления нормального состояния, обычного жизненного тонуса.

В дальнейшем возникает состояние предболезни (доклинические, донозологические нарушения) — это состоя-

ние организма, когда компенсаторные механизмы относительно длительное время не восстанавливаются, истощены и уже постоянно не справляются с естественной нагрузкой. На данном этапе уже необходимо проводить первичное профилактическое вмешательство, иначе рано или поздно возникает болезнь, то есть стойкое патологическое состояние. Понимание этих этапов и механизмов в становлении болезни дает возможность врачам более целенаправленно и осознанно проводить профилактику и лечение заболеваний, воздействуя и на тонкие механизмы компенсации, их восстановления и на механизмы поломки, которые компенсаторно не восстанавливаются хотя бы временно.

Особенно важно изучение этих механизмов при становлении хронических заболеваний, их природы, при которых первичные компенсаторные механизмы блокируются и не включаются или редуцированы, несмотря на лечение, восстановление функций. То есть, при хроническом заболевании компенсаторные механизмы направлены не на профилактику начавшейся дисфункции, нарушения, а на следствие этих нарушений. Компенсаторные механизмы не направлены против дисфункции, не приостанавливают, затормаживают ее развитие, и сразу возникает обострение. Такое состояние порождает готовность обострять поломку, а не заболеть заново, как при острых заболеваниях, когда отсутствует готовность к обострению и надо заново заболеть.

Естественно, все компенсаторные механизмы локализируются в соматических клетках, нейронах, в их биофизиологических функциях, процессах и в состоянии этих процессов.

Конечно, возникновение патологических расстройств не исчерпывается только расстройствами в клетках. Организм целостный, патология затрагивает все уровни обеспечения жизнедеятельности, но уровню клеточных расстройств следует уделять должное внимание, и теория клеточной патологии Р.Вихрова, как одна из уровней возникновения патологических состояний, важна в комплексной тактике лечения заболеваний.

В настоящее время важно проводить не только специфическое лечение, но и восстановление компенсаторных механизмов, более полное и целостное восстановление клеток, то есть комплексности (психотерапевтическое и биологическое).

Целостный, комплексный подход к человеку, совокупность его соматической и психической сущности есть веяние времени. Примат психического над соматическим и соматического над психическим не может иметь место в подходе и здоровью человека, хотя в определенных условиях психическое оказывает влияние на соматические процессы и наоборот. Так, даже в реанимационных отделениях можно наблюдать случаи, когда тяжесть повреждений у двух больных одинаков, но больной стенически настроен — выживает, а пессимистически, к сожалению, нет.

Ярким наглядным примером систематического влияния психического на соматическое состояние приведено в автобиографии всемирно известного психопатолога и философа К.Ясперса: «Вся моя жизнь была омрачена нездоровьем. С детства был хронически болен (тяжелый порок сердца)...». К.Ясперс прожил долгую творчески плодотворную жизнь (1883—1969 гг.).

В то же время в следствие сомато-психического единства в процессе формирования и течения, например, сердечно-сосудистых заболеваний, формируются психические расстройства, в которых преобладают тревожные, эмоционально-напряженные, астено-депрессивные и депрессивные расстройства. Важно учитывать, что эти расстройства, которые сформированы на основе сердечно-сосудистых заболеваний, начинают утяжелять характер течения этих заболеваний. По разным литературным источникам при сердечно-сосудистых заболеваниях психические расстройства не психотического уровня наблюдаются до 60 % больных, а по некоторым данным алекситимические расстройства и выше.

На примере сердечно-сосудистых заболеваний можно увидеть, что они, как и другие заболевания, естественно полиэтиологичны, и пусковыми механизмами могут служить как отдельные факторы с присоединением в дальнейшем и других, так и сразу нескольких. Это подтверждается и тем, что по некоторым литературным данным в настоящее время существует свыше 200 теорий патогенеза стенокардии. Связующим звеном всех этих факторов является, на наш взгляд, такой «медиатор» запуска патологии сердечно-сосудистой системы, как и других заболеваний — это астенический син-

дром, как первый уровень реакции организма на повреждающий фактор.

Клиницисты недооценивают роль и место астенических проявлений, как этапа становления заболеваний, формирование повреждений. Важно рассматривать астенический синдром как ситуационную изношенность организма еще функционального уровня, характера повреждения. Исходя из этого этапа становления болезни, а также системной взаимозависимости всех процессов в организме человека следует и рассматривать тезис нашей отечественной медицины «лечить не болезнь, а человека».

Астенический синдром является почвой и провоцирует формирование парадоксальных рефлексов (моторно-висцеральных, висцеро-моторных, висцеро-висцеральных, моторно-висцеро-сосудистых), как патогенетического этапа становления болезней, обострение существующих.

Астенический синдром и его специфика, структурные проявления при разных заболеваниях достаточно широко описаны в литературных источниках прошлых лет (Б.С.Бамдас и др.), но в настоящее время не уделяется должного внимания. В лучшем случае упоминается об неврозоподобной симптоматике, которую в некоторых случаях следует купировать транквилизаторами. Тогда как астенический синдром требует проведения целенаправленного лечения, комплексного воздействия на него на фоне лечения основного заболевания, как профилактики его рецидива. Но нет публикаций, и не упоминается, не уделяется внимание у практических врачей на роль астенического синдрома в провоцировании и возникновении самих заболеваний, их профилактики, а также удельный вес лечения астенического синдрома в успешности достижения. Становления стойкой ремиссии, восстановления здоровья. Ведь первый уровень реакции организма на какие-то неблагоприятия — это астенические состояния, то есть это и есть сигнал о неблагоприятии, перенапряжении в организме. Эти астенические состояния не всегда причинно осознаются, перекрываются волевыми усилиями, осознанием необходимости деятельности привитой принятым стандартам жизни, а также излишней информационной стимуляцией (журналы, радио, постоянно включенным телевизором с его музыкальным сопровождением).

Конечно, такое информационное воздействие на человека в нормальном состоянии действует стимулирующее, но в астеническом состоянии еще больше его усугубляет. Но так как большинство нашего населения пребывает в астеническом состоянии, о чем свидетельствуют наблюдения, клинические исследования, то такая стимуляция активизирует временно в какой-то степени с последующим еще большим истощением, проявляющемся в неудовольствии жизнью, чувством внутреннего дискомфорта. То есть, такая внешняя стимуляция приводит к усугублению и еще большей хронизации этих состояний астенического регистра, вработывания в эти состояния как естественные состояния человека. Отсутствие ощущения свежести, бодрости, легкости в теле, свежести в голове начинает ощущаться как норма. Часто происходит формирование астении не столько от переутомления на работе, а от уклада жизни, и как говорят в таких случаях представители старшего поколения, «от такой жизни». Не редко астенические состояния провоцируют не большие по силе и значимости стрессовые воздействия, которые еще не приводят к развитию реактивных состояний, но астенизируют человека («не успеваю», «нет сил это сделать, но надо бы», «неопределенность будущего», «отсутствие ясности и стабильности завтрашнего дня»).

Важно учитывать системность, целостность, взаимосвязь состояния человека, самочувствия и его отдельных органов, то, что астенический синдром оказывает воздействие на все органы и функциональные системы человека, а не только проявляется на психическом уровне (плохое внимание, не устойчивый процесс запоминания, отсутствие готовности что-либо делать, раздражительность и т.д.).

Клинические наблюдения показали, что астенический синдром оказывает депримирующее влияние на сердечно-сосудистую систему, любые воздействия на организм дают эффект повышенной нагрузки на сердечно-сосудистую систему. Все это приводит к эффекту гипоксии и это не редко проявляется в явлениях зевоты, потери интереса к текущей деятельности, как защитному механизму от перегрузки, что в таких случаях является и обычная деятельность. Скука также возникает и провоцируется вследствие астенического состояния, а не только от недостаточной стимуляции извне, отсутствия

навыков самостимуляции, то есть недостаточного жизненного тонуса, обеспечивающего функционирование организма в целом, как базиса самочувствия, психического функционирования и соответствующим воздействием и на сому.

Еще раз важно подчеркнуть, что часто астенический синдром, как в чистом виде, так и в структуре соматических заболеваний диагностируется как нервность, неврозоподобные состояния, что не предполагает лечения астенического синдрома, как сигнала о неблагополучном состоянии организма в целом и требующего комплексного лечения.

Астенический синдром — синдром раздражительной слабости, сигнализирующий о первоначальном проявлении болезненного состояния организма, выведением его с нормального, естественного состояния функционирования, сигнал о сбое в работе организма в целом. Первоначально, как известно, проявляется в чувстве внутреннего дискомфорта или усталости, угнетении, активности, снижении жизненного тонуса и на этом фоне повышенная раздражительность. Доминирование такого состояния не может считаться естественным, обычным и требует выяснения причин, вызвавших его, их устранение. Часто астенические состояния воспринимаются за особенности характера (повышенная раздражительность, обидчивость, ранимость, огорчаемость, плохое внимание, рассеянность, забывчивость), которые проявляются вследствие слабости нервных процессов, дающих парадоксальные реакции на естественные раздражения, которые воспринимаются им и окружением, как непредсказуемость в характере.

Как известно, одновременно в астеническом синдроме идут несколько процессов, взаимодействуя друг с другом.

1) повышенная утомляемость, истощаемость, снижение активного и пассивного внимания, в силу которых снижение памяти, появление ошибок при выполнении сложных видов деятельности, снижение уровня общего самочувствия;

2) повышенная раздражительность, возбудимость, проявляющиеся в своеобразной нервности; сомато-вегетативные расстройства разнообразного характера.

Преобладание расстройств первого порядка порождает гипостенический вариант астенического синдрома, второго — гиперстенический, бывает смешанный.

Б.С.Бамдас, резюмируя обширные литературные данные, констатирует, что «изменения интимных биохимических клеточных процессов, возникающих при различных астенических состояниях, характеризуется, прежде всего, различной степенью истощения клеточных ресурсов, нарушением энергетического баланса нервной клетки...».

Истощение нервных и соматических органных клеток в зависимости от причин астенического состояния может быть связано с чрезвычайным расходом энергии, вызванным болезнью, с нарушением внутриклеточного обмена, недостаточностью их питания, и способностью усваивать и утилизировать эти питательные вещества, внешним или внеклеточным токсическим воздействием, аутоинтоксикацией вследствие нарушения процесса утилизации продуктов обмена, их выведения.

Поэтому на первый план выступает необходимость нормализации этих процессов. Важно на фоне лечения основного заболевания специфическими лекарственными средствами назначать в комплексе с витаминами, микроэлементами, полноценным белковым питанием, назначение цитопротекторов, обладающих антиоксидантными, антигипоксическими, активирующими энергосинтезирующими функции митохондрий, мембранно-протекторными свойствами, ингибирующие свободнорадикальное окисление липидов.

При любых соматических заболеваниях в некоторых случаях необходима психотерапия, так как ее объектом воздействия и помощи является душевно страдающий от болезни человек. Необходимо снятие невротических реакций, астенических расстройств, реактивных состояний, то есть болезненных реакций, переживаний, связанных с наличием болезни. Важна работа с внутренней картиной болезни, формирование адекватной реакции на лечение, включение больного в активное участие в лечебном процессе, соблюдение необходимого режима, налаживание полноценной жизнедеятельности.

Особым разделом являются психосоматические заболевания (ИБС, гипертоническая и язвенная болезни, бронхиальная астма и др.), в возникновении которых есть очевидная большая доля психических факторов, а также в их формиро-

вании и становлении. В дальнейшем на фоне функционального формируются и грубые органические изменения, которые начинают доминировать в патогенезе.

При этом виде нозологии большую роль играют личностная нереализованность, фрустрированность, неудовлетворенность, внутреннее чувство неадаптированности к окружающей среде, чувство того, что все не так, как хотелось бы, сочетание стеничности внутренних устремлений и субдепрессивный фон настроения.

Здесь важна психотерапевтическая работа с внутренней картиной болезни, создание перспективы благоприятного течения болезни, снятие астенической симптоматики, имеющей нозологические особенности. Необходимы тренировки и формирование более способного типа реагирования на личностные проблемы, психотравмы, явления жизни. Проводить, делать акцент на внутренние механизмы адаптации пациентов к окружающей среде, достижение внутреннего чувства привычности, естества проявленной жизни, того, что она такая и другой нет. Подчеркивать тот факт, что нет в мире ни одного человека, у которого все бы ладилось, все было бы хорошо, и это, может быть, к сожалению, естество такого явления, как жизнь. Стабильности, неизменчивости в жизни нет, а, наоборот, динамизм, изменчивость, развитие — это естество жизни, ее динамика.

Важна работа с личностными проблемами, вопросами самореализации, самоутверждения, формирование и осознание ощущения жизненного процесса, его атрибутов и возможностей. Снятие проявления особой субанестезии, душевного щемления, невозможности полноценно, исчерпывающе чувствовать жизнь, наоборот, умение довольствоваться наличествующим в данный момент жизни, присутствие чувства самодостаточности.

Опыт показывает, что при проведении психотерапии с больными психосоматическими заболеваниями важно работать с ними, как с больными неврозами, брать некоторые элементы работы из раздела расстройства личности и поведения у взрослых. Учитывая тот факт, что при психосоматических заболеваниях психогении, личностные коллизии разряжаются, получают развитие в большей степени через

вегетативную нервную систему, органическое реагирование, важна гипнотерапия, направленная на редукцию сомато-вегетативных расстройств, формирование ощущения хорошего самочувствия, душевного уюта, комфорта в этой динамической жизни, адаптация к ней. Это подтверждает Б.Д.Карвасарский, указывая на международный конгресс в Швеции в 1978 году со специальной темой обсуждения об использовании гипноза в психосоматической медицине. В литературе неоднократно указывалось, что с помощью гипнотерапии, АТ, внушения, самовнушения и других методов, использующих гетеро- и ауто-суггестию, можно воздействовать на страхи, астенические состояния, депрессии, ипохондрические расстройства, а также на нейровегетативные и нейросоматические функциональные расстройства.

Важно в работе с больными в индивидуальной и групповой форме анализировать, формировать новые пути и переживания своей реализованности, удовлетворенности, учитывая возможность жизни. Проводить конкретизацию желаний, их реалистичность, способствовать возникновению внутреннего чувства спокойствия, уверенности, адаптивности к окружающей среде, ее естества. Поиск ресурсных состояний чувства естества, адаптированности, привычности окружающей жизни. Закрепление всего этого путем соответствующих внушений в гипнотическом состоянии.

При этом необходимо подчеркнуть важность длительного курса лечения, массивного курса гипнотерапии. Так, П.И.Буль рекомендует 30 и более сеансов гипнотерапии при лечении гипертонической болезни.

Некоторые авторы (Х.Лейнер, Я.Л.Обухов) рекомендуют проведение кататимно-имагинальной психотерапии (символодрамы). Особенно важна техника интроспекции внутреннего тела, поиск мест дискомфорта, боли, что по Х.Лейнеру «операция на символе». На важность фактора психотерапевтического опосредования медикаментозных средств лечения указывают В.Е.Рожнов, Б.Д.Карвасарский, В.В.Макаров, В.Ю.Завьялов и др.

Сейчас соматологи включились в проведение психотерапии в виде «школы диабета», «школы бронхиальной астмы» на фоне биологических методов лечения.

9. Психотерапевтическая помощь школьникам

После выяснения у родителей жалоб, претензий, проблем по поводу ребенка, важно отдельно выяснить проблемы у самого ребенка. Важна диагностика состояний ребенка, которые могли привести к возникновению трудностей и проблем. Это могут быть астенические состояния, невротические реакции, трудности адаптации, саморазвития, самореализации и на этой основе негативный путь самоутверждения, игра роли плохого школьника, ребенка, неудачника. Проявление детского негативизма, отстаивание себя, желание делать все по-своему, страхи, опасения, кошмарные сновидения, нарушение режима дня, питания, наличие трудностей в семье. Особенно влияет на трудности учебы отсутствие навыков в учебе, подготовки к ней, несформированный макросредой престиж учебы, интерес к знаниям, отсутствие навыков настойчивости, усидчивости в учебе.

Важно при необходимости проводить медикаментозное лечение, психотерапевтически устранять выявленные причины трудностей, проблем. Учитывая возрастные особенности пациентов, здесь важны ролевые тренировки, игры, устраняющие соответствующие причины проблем, тренировки положительного пути самоутверждения, налаживание в микросреде обстановки, способствующей саморазвитию, самореализации ребенка. Так как у детей в основном реализуется принцип «здесь и теперь», аффективное сужение сознания на происходящем, важно включать в их ролевой репертуар и будущее, элементы подготовки к будущему, к взрослой жизни.

В то же время способствовать большей осознанности настоящей жизни, нажиться в детстве, юности, но готовиться к взрослому этапу жизни. Не очень огорчаться настоящим, если оно ничего не дает во взрослом, будущем состоянии.

Важна нормализация самочувствия, работоспособности, жизненного тонуса, а также улучшение произвольного внимания, памяти, улучшая режим дня, формируя нужные установки, настрои, устремления. Закрепление всего этого в гипнотическом состоянии, снимая астенические расстройства, нормализуя жизненный тонус, формируя внутреннюю

готовность к учебе, к запоминанию, способность превращения учебного материала в свои знания, умения, понимание закономерностей и природы окружающего мира, получение удовольствия от учебы, полученных знаний, выученности, овладения знаниями о мире.

Немало важен процесс адаптации к учебе как к интересному способу времяпрепровождения, выделения процесса учебы в отдельных навыках. Уметь учиться, выучить, научиться, освоить, овладеть. Формирование мотива к учебе, знаниям, закрепление его в гипнотическом состоянии.

10. Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств

Вопрос избавления человека от страданий, тревоги беспокоит человечество с начала его зарождения. Все религии в той или иной мере решают вопрос повышения толерантности человека к страданию, дают тот или иной путь выхода из трудных ситуаций, определенную опору человеку в жизни. Н.Бердяев, рассматривая роль христианства в развитии цивилизации, пишет о том, что до христианства, в эпоху язычества, человек был среди природы и сам в природе, подчинялся полностью своей природе, страстям, эмоциям, влечениям и т. д. Христианство подняло человека над его природой, показало, что дух человека может противостоять его природе, дало ему возможность подняться над своей природой до самосознания себя как творящего духовного субъекта.

Индийская йога, в частности Раджа йога, решала эти вопросы путем поиска истинного «Я», отбрасывая «не Я» в том числе тело и душевные переживания как «не Я», «Я» выше этих ощущений.

Своеобразно этот вопрос решает Хайдеггер и вводит понятие «подлинная» жизнь, обозначающая мужество взять на себя ответственность за всю правду о своем существовании и не принимать никаких определений своего существования извне и всегда быть открытым к своему новому, совершенно свободному, ничем не обусловленному решению, оспаривающему даже свои собственные прежние выборы, прежний способ жизни

и мышления. По общеизвестному определению Хайдеггера, только подлинный человек свободен в полном смысле этого слова, так как он знает, что он ничто, что все его свершения будут перечеркнуты, что он одинок и обречен на смерть...

И забота — это не случайное для нас состояние, а имманентный, постоянный признак человеческого существования. Легкая озабоченность, волнительность (но не тревога) являются признаками включенности в жизнь, а беззаботность, беспечность как внутренняя жизнь с внутренней энергией, зарядом не нуждаются пока во внешних подкреплениях, коррекциях.

Как вулканическая деятельность раскрывает процессы, происходящие в глубинах земной коры, так и психопатологические феномены сигнализируют о процессах, происходящих в психике, хотя и в выпуклой, акцентированной форме, вырванных из общего контекста целостных процессов, являющихся фрагментами этой целостной деятельности, проявляющихся самостоятельно и в силу этого носят характер патологичности. То есть все психопатологические феномены, выявленные в психиатрии, присутствуют в виде процессов, механизмов в психической деятельности человека, но глубоко скрытые на уровне бессознательного, автоматического, неосознаваемого, разумеется, в рамках нормы, как промежуточные элементы, обеспечивающие нормальную деятельность человека, те или иные его функции. Например, механизмы, обеспечивающие обязательность, пунктуальность, скрупулезность, добросовестность в выполнении данного слова, своих обязанностей, при их ослаблении ведут к необязательности, безответственности, ненадежности, а при усилении их функционирования — к ананкастическому типу поведения.

Не нужно забывать, что тревога сама по себе играет положительную роль как составляющая инстинкта самосохранения. Леча ребенка, которого покусала собака и который боится гулять во дворе, нельзя устранять полностью тревожность, важно, чтобы она присутствовала в разумных пределах с целью прогнозирования действия собаки в следующий момент, осторожность. Подтекст психотерапевтической тактики — ты не боишься собак, а тревожность, беспечность здесь не уместны. Попытка сделать человека беспечным, нетре-

возным и таким способом обеспечить ему легкую жизнь будет нередко иметь результаты, далекие от намерения.

Общеизвестно, что как тревожные, так и астенические расстройства являются наименее специфическими и наиболее распространенными. Часто астенические расстройства служат базисом для тревожных расстройств, так как при астенических нарушается уравновешенность нервных процессов, что ведет к утрате психического равновесия, самообладания из-за любой мелочи, пустяка.

Тревога психогенного, невротического уровня — это осознаваемые или не вполне осознаваемые опасения угрозы сущности человека, концепции «Я» или внешним проявлениям этих атрибутов, их стабильности в прогнозируемом будущем. Со слов больных, тревога — это вибрирующая, пульсирующая напряженность, напряженность с долей секундных послаблений, которые создают волнения души с чувством угрозы в том или ином смысле.

Тревога является патопластом, генерализацией психики, подготовительной фазой провоцирования возникновения почти всех симптомов и синдромов невротического уровня. Возникшая неосознанная или подавленная тревога опосредуется, привязывается к каким-то внешним событиям, превращаясь в симптом или синдром. Тревога выступает как сила, энергия, формирующая синдромы, и продолжает существовать в той или иной форме в их структурах, а иногда и в чистом виде, в силу каких-то причин не получившая дальнейшей реализации, воплощенная в каком-то законченном синдроме или неуспевшая реализоваться. То есть, тревога является первым этапом реагирования на какую-то угрожающую психотравму и иногда не получает дальнейшего развития, особенно в тех случаях, где на существующую уже, хотя и не очень значимую наслаивается другая психотравма. Психотравма оскорбляющего характера быстро трансформируется через этап генерализации — т. е. тревога переходит в агрессию, порождает месть.

Агрессивность, нервность, выражающаяся в агрессивной форме поведения, также часто являются производными от тревоги, которая возникает на почве ситуации, с которой пациент не может справиться, чувствует свою несостоятель-

ность, не может в ней определиться. Сформулировать в ней линию поведения, что позволило бы почувствовать себя уверенно, или, наоборот, ситуация приняла такой характер, что разрушила его ожидания, линию поведения. Конечно, агрессивность, взрывчатость в дальнейшем могут закрепляться и стать привычным типом поведения.

В психотерапии тревожных расстройств важную роль играет осознание, но не просто осознание психотравмы, конфликта, а осознание, направленное на овладение этой ситуацией. Видеть себя в этой ситуации, то есть подняться до определенного уровня понимания себя, своего личностного или межличностного конфликта, и не только себя, но и окружения, людей, которые имеют такие же права, свойства, как и «Я». Осознание причин поступков других людей, их личностного реагирования, понимание общих закономерностей развития таких ситуаций. Осознать, овладеть — это значит выделить себя из этой ситуации, как бы подняться над ней и посмотреть на нее со стороны. Увидеть себя в ракурсе нового контекста, то есть измениться, перевести себя из плоскости эмоционального реагирования в плоскость интеллектуальной переработки и самоутверждения в этой ситуации своего «Я». Быть выше такого вида реагирования, как раньше, опираясь на общечеловеческие ценности, понятия (выдержка, терпение, снисходительность, хладнокровие и т. д.). В некоторых случаях порекомендовать пациенту перевести тревогу в удовольствие собой, на свой тип реагирования, поведения, создав таким путем мотив к другому типу личностного реагирования. Побывать в воображении в той ситуации, которой пациент опасается, о которой тревожится, построить в ней свою тактику конструктивных действий, увидеть в ней мотивы новых своих действий. Катарсис, отреагирование на ситуацию опасений, угроз, изживание аффекта тревоги. Коррекция «Я» больного от неадекватных притязаний, завышенных ожиданий, идеализации жизни и реальности, здоровое сравнение «Я» больного с «Я» других людей с целью лучшего самосознания.

Очень важно в таких ситуациях поднять вопрос психической устойчивости. Психическая устойчивость, стабильность обеспечиваются реагированием на целостную жизненную ситуацию и лишь потом на фоне такого целостного

реагирования — на какой-то определенный фактор. Именно это свойство целостного реагирования придает человеку душевную устойчивость, мощь. Подчеркнуть больным то, на что похож человек, какая у него может быть душевная устойчивость, если он на любое явление жизни реагирует изолированно от всей своей жизненной ситуации. Показать наглядно, что именно жизненная ситуация в целом есть тот фундамент, на котором строится стабильность человека, его душевная мощь. Ведь важна оценка всего того, что имеется у человека, прежде всего с положительной стороны, а потом — с отрицательной (но на фоне положительного). То есть в трудные моменты жизни не замыкаться только на отрицательном, опуская все остальное. Разбирать с больными случаи из жизни, тренировать у них способность реагирования в любой ситуации целостно на свою жизненную ситуацию, а не на каждый факт в отдельности, разбрасываясь, драматизируя свою жизнь.

Проводя лечение больных с агрессивными тенденциями, реакциями как производными тревоги, или тревоги в чистом виде, важно, чтобы психотерапия опережала медикаментозное лечение, так как оно часто затушевывает ситуацию, не решая ее, а подавляя, и при отмене ее снова возникает актуализация конфликта, проблемы.

У больных с пограничной патологией, но эндогенной почвой, у эндогенных больных в ремиссии тревога вызывает немотивированную, ненужную им в их ситуации по логике вещей агрессивность, взрывчатость, конфликтность и является своеобразной попыткой выхода, изживания тревоги, разрядкой, способствующими облегчению душевного состояния. Важно, чтобы окружение правильно понимало состояние таких больных: они конфликтуют, так как на душе у них тревожно, тяжело, а иногда и внутреннее ощущение, предчувствие начинающейся паники. Возрастание тревоги часто является предвестником психотического эпизода, и тревога уменьшается, когда начинает проявляться симптоматика. Способом снятия тревоги является метод психофизической реабилитации (В.В.Никитин). Глубинное изживание очага тревоги является клиническая трансперсональная терапия (В.П.Колосов). Мы можем предположить, что одним из механизмов целебного

воздействия психотерапии является творческое самовыражение (М.Е.Бурно), где вовлечение больного в творческий процесс способствует выходу энергии тревоги в конструктивное начало, обогащая и развивая личность больного.

Вопрос тревожных расстройств в клинике алкоголизма в ремиссии решается в рамках лечения астенического синдрома алкогольного генеза, психогений, личностного подхода. В период активного проявления болезни это проводится в рамках купирования острой симптоматики, нормализации психосоматического статуса.

Психотерапия психогенных, реактивных депрессий является очень деликатным делом, так как эти расстройства являются, по существу дела, общепринятыми, общечеловеческими реакциями на психотравму, особо значимую для человека.

В клинической картине болезни звучит «психотравма», и психотерапевтическая тактика отличается от таковой при неврозах.

Поэтому первым этапом психотерапевтической тактики является сочувственно-успокоительная беседа, где успокоение носит не прямой, а косвенный характер, звучит в подтексте беседы на фоне седативной медикаментозной терапии. Второй этап — осторожное «растворение» горя в факте переживания такого рода многими людьми, в том числе и довольно известными, заслуженными. Третий этап — вопрос силы духа, душевной силы человека, стойкости в эти трудные часы. Взять ответственность на себя, справиться с ситуацией, выйти из нее с честью и достоинством, а иначе дополнительное горе, что не справился с этой ситуацией. Четвертый этап — перевод психотравмы с чувственных переживаний в прошлое, в память как значимое, стимулирующее человека к жизни определенным образом, к активности (в противоположность при неврозах — к дезактуализации). Пятый этап — включение в реальную жизнь, в реальную деятельность, часто наперекор судьбе, в память о том, что пережил.

Как приведенные выше пути и подходы в психотерапии, так и следующий подход — технология психотерапии эндогенных депрессий — являются не попыткой шаблонизации психотерапии, а своеобразным материалом для понятийной индивидуализации, попыткой приближения к сущности депрессии

и на этом основании построения психотерапевтического процесса в данном индивидуальном случае. Общеизвестно высказывание, что «под каждой могильной плитой хранится целая вселенная», и это верно, потому что каждый человек — это целая неповторимая вселенная со своим, только ему присущим миром, и к этому миру, хотя и больного человека, в конечном счете надо апеллировать. Надо помнить, что в этом мире больного человека часто что-то звучит более выпукло, насущно, богаче, чем в душевном мире здорового человека.

Здесь еще встает вопрос о базисной подготовке врача, особенно врача-психотерапевта. Чтобы врач мог осуществлять свой индивидуальный подход, уловить индивидуальную сущность болезни и больного в болезни, особенности его существования и на этой почве строить индивидуализированную психотерапевтическую тактику, он должен обладать определенными знаниями о жизни человека вообще, о расстройствах, о существующих психотерапевтических подходах, тактиках. Даже феноменологический подход в какой-то мере шаблон, но шаблон, обеспечивающий наиболее полный учет особенностей, неповторимости случая. К сожалению, феноменологический подход, его теоретики не уделяют должного внимания базисным знаниям, их формированию. Для нас механизмы наручных часов все одинаковые, и только часовой мастер улавливает их индивидуальность, особенность конструкций. Чтобы различать, глубже видеть различия, особенности, надо иметь определенные базисные знания и установку на улавливание неповторимости случая.

Психотерапия эндогенных депрессивных расстройств в нашей стране не стала общепринятой, судя по публикациям, научным сборникам, посвященным этой патологии и изданным у нас в последние годы. Исключением являются работы В.П.Колосова, Московского психотерапевтического журнала, № 3 за 1996 г., и ряд других работ.

В то же время врач, находясь рядом с таким больным, в силу своих душевных качеств, не может интуитивно не заниматься психотерапией, пытаясь отвлечь его от этих неприятных переживаний, в какой-то мере взбодрить его хотя бы временно и облегчить страдания.

Актуальность психотерапии при лечении депрессивных

расстройств указывает и С.Н. Мосолов: «Согласно статистическим данным, даже при тяжелых эндогенных психозах присоединение психофармакотерапии адекватной психотерапии повышает общий эффект лечения на 20-30%. Чтобы добиться этого результата, достаточно 2-3 собеседования с несколькими больными и их родственниками, при которых в доступной им форме обсуждаются цели и задачи лечения, действия и подобные эффекты препаратов. Проведение психообразовательной работы в дополнение к лечению психотропными средствами в течение года за счет повышения комплаентности оптимизирует эффективность терапии до 30%. Нами разработана более глубокая и действенная тактика и конкретное содержание психотерапевтической работы с депрессивными больными на фоне разъяснительной терапии в отношении психофармакологии.

Наш опыт работы показывает необходимость обсуждения с больным депрессией следующих вопросов:

1. Жизнь — это ценность, ценность непреходящая как для самого человека, так и для родных, близких, окружения. Даже если ситуационно и кажется, что жизнь малоценна, то это не значит, что это истина, реальность в целом.
2. Плохое настроение — явление временное, оно проходит. Этот период имеет начало и окончание. Как плохая погода, какой бы долгой она не казалась, заканчивается ясным солнечным днем, так и настроение. Не делать выводов, не принимать решений глобальных для своей жизни в таком состоянии.
3. Бывают случаи, когда настроение не отражает реального положения дел, является артефактом, как сломанный спидометр, который не отражает реальную скорость. Да, действительно, настроение дано природой как результирующая оценка реального положения дел, как внешних, так и внутренних.

По Хайдеггеру настроение (состояние) является действительным глубочайшим общечеловеческим способом бытия. Но нужно помнить, что настроение не только общечеловеческий способ бытия, но и прежде всего индикатор реального положения дел (благополучие, неблагополучие) и уже в силу этого является общечеловеческим способом бытия.

Настроение дано человеку, чтобы с его помощью он мог ориентироваться в окружающем мире и в самом себе, в своем положении в этом мире, не затрачивая при этом много времени, сил и энергии на сознательную оценку всего этого. Но бывают случаи, когда настроение не отражает реального положения дел, и нельзя полностью уповать на настроение, а следует опираться на оценку своего положения, анализируя реальность. Напрямую, игнорируя настроение, оценивать действительность. Аналогию примера дальтоника применяет В.П.Колосов (1985) для формирования веры в благополучный исход лечения. Эту аналогию мы применяем в других моментах психотерапевтического воздействия. Больной депрессией должен помнить, что как дальтоник не видит реально существующих цветов, так и он (вследствие поломки в системе регуляции настроения) не видит радостного, хорошего, бодрящего, не чувствует оптимизма, но все это есть в реальности, и, если человек не чувствует, это не значит, что этого нет. Просто умом надо осознавать, что все это в жизни есть, даже если не чувствует в силу определенной патологии, также как и водитель-дальтоник часто ориентируется по положению фонарей светофора, у которого верхний — красный, средний — желтый, нижний — зеленый, запоминает сложные знаки (отдельные фонари). Важно больному попытаться посмотреть на мир глазами других людей, которые не в депрессии.

4. Не суживать жизнь до своего настроения, расширять ее, не погружаться полностью в настроение, переживания, а смотреть на окружающую реальность. Другие люди живут, действуют, жизнь имеет для них смысл и ценность, значит, и для меня тоже.
5. В то же время переживание горя, плохого настроения — необходимый атрибут жизни. На земле рая нет, всех постигает горечь утраты, разочарование и человеку трудно с этими фактами смириться, но это реальная жизнь, сущность человеческой жизни. Никто не исследовал, сколько люди в своей массе носят в себе переживаний горя, утрат, и все равно жизнь имеет ценность, смысл. Но все это нужно отличать от болезни, когда действует поломка механизма регуляции настроения.

6. Конструктивное переживание депрессии с приобретением душевного опыта. Стать сильнее и выйти из депрессии лучше чувствуя жизнь, ее ценность. Страдания — это прежде всего опыт, постижение тех сторон жизни, которые в обычном состоянии недоступны. Существует особая поэзия грусти, и она отражена в народных песнях, мелодиях, щемящих душу. Меланхоличность придает особый флер жизни, особую романтичность, особое богатство душевных переживаний тонкой чувственности и некоторым проявлениям жизни. Недаром Наполеон сказал, что лучше страдать, чем ничего не чувствовать.
7. В обычном состоянии выработать, формировать установку, жизненную тактику, линию поведения на накопление опыта переживаний, оценки реальности, которыми следует руководствоваться во время будущих депрессивных состояний.
8. Жизнь человека, его экзистенция, то есть существование, есть бытие не только в мире, но и, что важно акцентировать, во времени. Египтяне, чтобы показать величие пирамид сравнивали их со временем: «Все боится времени, а время боится пирамид». В том же духе, но, показывая в чем величие человека, Л.Н.Толстой констатировал, что «память уничтожает время».

Вопрос субъективности восприятия человеком времени зависит от многих факторов. В депрессивном состоянии время, как говорят больные, как будто бы застыло, почти «стоячее» (как вода), не движется. В тревоге время как будто бы сконцентрировано, спрессовано. По некоторым сведениям, в Древней Греции люди жили только в настоящем времени. Св. Августин пишет о том, что прошедшее и будущее может быть осмыслено только как настоящее: прошедшее должно быть отождествлено с воспоминанием, а будущее с ожиданием, причем воспоминание и ожидание являются фактами, относящимися к настоящему. Действительно, беседуя с депрессивными больными, мы вспоминаем, что по св. Августину существует три времени: настоящее прошедших предметов, настоящее настоящих предметов, настоящее будущих предметов. Больной чаще всего оценивает свое прошлое и

будущее под углом зрения настоящего состояния. Здесь важно, в тех случаях, где не происходит спонтанно полный перенос в прошлое, помочь больному вспомнить, почувствовать себя, как в детстве, юности было, как все воспринималось, как чувствовалась радость жизни, оптимизм. Это все было, эта была реальность и, несмотря на сегодняшнее состояние (надо признать, но не с подтекстом, что было хорошо, а как сейчас плохо, а что было хорошо) не все плохо в жизни и это состояние пройдет. Преодоление чувства застоя времени, его остановки, что обусловлено настроением, требует дальнейшей разработки, но выполнение каких-то заданий, какой-то работы уменьшает оттенок тягостности в этом плане.

Конечно, надо учитывать во всей совокупности работы многообразие этих расстройств, индивидуальность случая и какие-то пункты этой программы надо видоизменять, опускать и т. д.

Мы видим, что при тревожных и депрессивных расстройствах идут два процесса со сложными взаимовлияниями: экзистенция и синдромы, то есть существование человека и его эмоциональные расстройства. Воздействовать только на синдромы медикаментозно, оставляя интактной личность больного, ее душевный мир, не следует, сочетание необходимо, а удельный вес тех или иных воздействий следует индивидуализировать.

Такая тактика в подавляющем числе случаев дает возможность смягчить переживания больных, в какой-то степени видоизменить их отношение и реакции на депрессивные расстройства.

11. Психотерапия в психиатрии

Здесь речь пойдет не о глубинных психотерапевтических подходах лечения психозов, таких как, например, эмоционально интимный психотерапевтический контакт, контакт врача с больным (Я.Клези, Д.Розен, М.Е.Бурно, Ю.И.Полищук, В.Е.Смирнов, Н.Л.Зубкова и др.), а о более простых и доступных для психиатров, механизмах налаживания адаптации к микросреде, поведенческих процессов, профилактике возникновения конфликтов в ремиссии, которые

ведут к возникновению тревоги, провоцирующей рецидивы основных заболеваний. Психиатры, проводя биологические методы лечения, проводят индивидуальную психотерапию, способствующую организации медикаментозного метода лечения. В то же время они в какой-то мере оставляют интактным внутренний мир больного, характер переживания больным своего бытия. Снижаются, редуцируются медикаментозно симптомы и синдромы болезни, но остается часто нарушенная адаптация больного к его микросреде в частности и полноценная жизнедеятельность в целом.

В данном случае более целесообразно проводить групповую работу с больными, так как в данном случае присутствуют групповой фактор, взаимопомощь, взаимоподдержка, возможность проведения ролевых тренировок, элементов психодрамы. Оптимальны в данном случае малые группы по 7-9 больных на разных стадиях лечения с преобладанием купированной острой симптоматики. По возможности включать больных и с психотическими расстройствами без проявления возбуждения, агрессивности, и они служат опорным пунктом высвечивания проблем, наглядным примером нарушения адекватного функционирования человека. Больные без психотических расстройств являются примером для формирования адаптации к микросреде, показывают важность этого процесса, цели наряду с редукцией симптомов и синдромов, то есть цели в личностном аспекте. Психопатология нарушает психические функции, но больной продолжает жить на личностном уровне, удовлетворяет свои потребности не всегда адекватно из-за присутствия психопатологии.

Вначале обговариваются нормы и правила поведения в группе. Определяются цели группы — формирование взаимопонимания, осознание фактора влияния болезни на жизнь и поведение человека, взаимопомощь в исправлении поведения, вопросы ресоциализации к микросреде после выписки путем выработки новых форм взаимодействия между членами группы. В процессе работы с группой более выукло виден психический статус больного, необходимость коррекции медикаментозных методов лечения.

На группе по очереди каждый из пациентов говорит о своих проблемах, трудностях, конфликтах, внутренних состояниях,

и они становятся предметом обсуждения, даются советы, разъяснения положения дел, пути их исправления, изменения характера поведения. Например, у некоторых больных возникает проблема с необходимостью постоянного поддерживающего лечения, так как они прерывают его, вследствие чего возникает обострение. В этом случае на группе проводятся аналогии с другими заболеваниями, когда необходим постоянный прием лекарств (гипертония, сахарный диабет), наличие внутренней готовности в любой момент принять лекарства для купирования или профилактики приступов болезненных состояний. Люди с этими заболеваниями живут, и главное — это поддерживающее лечение воспринимают как необходимость жизни, важно внутренне с этим смириться, как с атрибутами личной гигиены.

Анализируя конфликтные ситуации в семье на группе, указать, что их причиной возникновения часто является отсутствие взаимопонимания. Например, больной должен понимать, что другие члены семьи в данный момент обеспокоены чем-то, решают какие-то вопросы и этот момент — не время для выяснения каких-то их вопросов, важно подождать удобного момента. Плохое состояние больного, фрустрация могут быть причинами агрессии, недопонимания больными других членов семьи. Адекватнее в данном случае сказать членам семьи, что, к сожалению, у меня плохое настроение, самочувствие и я вас прошу сейчас не беспокоить меня, а через день-второй поблагодарить их за то, что они понимают его состояние. В процесс ресоциализации, адаптации входят:

1. Формирование адекватного внешнего поведения, компонентов взаимодействия соответственно ситуации, то есть «так принято», разыгрывание нужных ролей и сцен. Например, раньше сын грубил матери, которая его навещала, не понимал ее отношения к нему, того, что мать на небольшую пенсию покупает ему гостинцы. Такая поведенческая реакция — результат ранее сформированной установки, навыка, а не результат психопатологии, а в тех случаях, где психопатологическое обуславливание, надо корректировать медикаментозно. После разучивания соответствующего ролевого поведения, пусть и без эмоционального созвучия, но благодарит мать, говорит ей, что она очень хорошая мать. Здесь присутствует и групповой

фактор воздействия, нередко и контроль членов группы этих ситуаций с последующим разбором на группе с положительным или отрицательным подкреплением.

2. Попытка формирования адекватного внутреннего состояния, установок, чувств в зависимости от социально-психологического характера ролевого поведения. Восстанавливать эмоциональный репертуар пациента. Признательность, душевная теплота, благодарность взамен враждебности, агрессивности, которые возникли вследствие непонимания больным окружающей среды, намерения других людей. Раньше больные часто видели во всем угрозу, враждебность, и она, как поведенческая реакция, остается даже после медикаментозного снятия патологической аффективности. Тренировать настрой, установки у больных на состояние миролюбия, спокойствия, дружеских отношений.
3. Способность и готовность адекватно воспринимать и понимать состояние других людей. Умение посмотреть на себя со стороны других людей, увидеть то, что их раздражает, создает им неудобства. Важно знать тот факт, что нервное состояние больных само по себе раздражает других, поэтому важен настрой на спокойствие, поддерживающее лечение.
4. Преодоление такого явления, как негативизм на фоне медикаментозного лечения, ролевые тренировки этого процесса, фактор группового давления.
5. Ролевые игры, тренировка умения склоняться в ситуациях своей амбивалентности и амбитендентности к общепринятому ролевому поведению.
6. Преодоление аутизма, умение включаться в жизненные ситуации, понимание их, жить в реальной жизни, активно и адекватно вносить свою лепту в жизнь семьи, рабочего коллектива.
7. Умение избегать конфликтных ситуаций, отказываться от своих намерений, если они приводят к конфликту.

Когда больной начинает видеть не только чужие болезненные проявления, промахи в поведении, неадекватности, но и свои в процессе групповой работы, появляется возможность исправить их, формировать другие намерения, формы поведения.

Взаимодействие медикаментозного лечения с психотерапией дает возможность не только редуцировать симптомы и синдромы, но и провести ресоциализацию больного к его микросреде после психологического состояния.

Анализ изменения состояния физических систем, их звеньев по П.К.Анохину, проведенный нами при изучении сомнамбулической стадии гипноза (см. стр. 342-346) в какой-то мере и с большой долей условностей можно по аналогии сопоставить с психотипическими галлюцинациями, хотя последние вызваны не гипнотическим состоянием, а какими-то экзогенными или эндогенными факторами, но функциональные звенья, обеспечивающие эти феномены (галлюцинации), одни и те же. Гипнотические галлюцинации по своей функциональной природе ближе к истинным, хотя они и носят характер функциональности, прекращаются соответствующими внушениями. При гипнотических галлюцинациях обстановочная афферентация не включается («когнитивный дефицит»), доминирует модель ожидаемых результатов, и она воспринимается как реальность. Псевдогаллюцинации занимают промежуточные положения — чувство сделанности, т.е. двуплановость (реальность и галлюцинации разделены), то при гипнотических галлюцинациях наблюдается феномен отрицательных галлюцинаций.

Так что наряду с нейробиологическими исследованиями психотических состояний (медиаторные системы) важны и структурные исследования нарушения процесса адекватного функционирования человека (галлюцинации, аутизм, амбивалентность, амбитендентность, типизация по вторичным признакам и т.д.) с точки зрения структуры функциональных систем П.К.Анохина.

12. Некоторые особенности психотерапии наркоманической зависимости

К наркотикам относятся вещества, которые юридически отнесены к наркотическим веществам (Э.А.Бабаян), если не отнесены, но есть злоупотребление, возникает зависимость, тогда констатируется токсикомания.

Спиртные напитки имеют открытую культуральную почву употребления, они легальны. Наркотики, наоборот, имеют нелегальную субкультуральную почву, характер своеобразного сектантства в мировоззрении, психологический настрой жить в благе, вызванном искусственно, химическими средствами.

Раньше были своеобразные гуру («учителя»), которые настраивали человека, решившего употреблять наркотики, на необычные ощущения, своеобразное состояние блаженства, его ожидания, то есть своеобразное внушение цели, которую нужно достичь на фоне действия наркотиков. Теперь присутствует культуральный настрой — «кайф», «адреналин» стали обычными выражениями в официальной культуре, как эквивалент наивысшего блаженства вместо обычных слов «блаженство», «благоговение», «подъем душевных сил», «внутренний комфорт», «умиление». То есть сейчас наблюдаются тенденции интенсификации ощущения жизни не по богатству оттенков, нюансов жизненных ощущений, а по силе и остроте, хотя и в более прямой и простой форме, приемах.

Субкультура наркотиков распространяется посредством референтных, престижных групп, членов этих групп, которые имеют особенности возрастного характера. Этому способствует фактор внушения, подражания, индукции состояний, настроев, подражания. Здесь играет немалую роль этап юношеской эмоциональной нестабильности, своеобразного состояния эмоционального томления.

Проблемы настроения и самочувствия, возможности испытывать разные чувства, вопрос претензий к своему настроению и самочувствию актуальны. Вопрос эмоциональной устойчивости, наличия базисных эмоциональных состояний, которые обеспечивали бы адекватность человека в реальной жизни, его саморазвитие, самоутверждение необходим для реального развития человека. Это важно, так как состояние наркотического опьянения является тупиковым состоянием, пределом саморазвития, самообучения в жизни и научения вообще. В данном случае научение, саморазвитие происходит только в сторону достижения наркотического опьянения или того, что будет способствовать этому.

К наличествующему опыту эмоциональных состояний человека искусственно присоединяется еще одно — состояние

наркотического опьянения. Первые опыты приема наркотиков вызывают в большинстве случаев головокружение, рвоту или подташнивание и т. д. Настрой на достижение необычного состояния, влияние окружения, членов престижной группы, индукция, подражание другим, находящимся в состоянии «кайфа», способствует преодолению неприятных ощущений и вхождению в это состояние. Наркотическое опьянение еще в большей мере, чем алкогольное, обеспечивает получение того состояния, на которое человек был настроен перед приемом наркотика, то есть с той целью, с которой принимал его (спокойствие, внутренний уют, расслабленность, воодушевление, агрессия, злоба, чувство мести, готовность к преступлению и т. д.). Человек склонен в какой-то мере к тем видам наркотиков, которые в большей мере обеспечивают ему возможность реализовать доминирующую потребность.

Наркотические средства еще в большей мере и степени выраженности рвут жесткую связь человека с реальностью и делают его автономным в своих ощущениях, независимым от реального положения дел, дают возможность моделировать нужные состояния.

Наблюдения, анализ случаев соприкосновения человека с наркотиками показывают, что в одних случаях происходит перенос значимой жизнедеятельности в состояние опьянения. В других — просто пребывание в этом состоянии, а в третьих, не происходит ни то, ни другое, и люди прекращают прием наркотиков, так как живут на реальном уровне, предпочитают реальное положение дел.

Перенос значимой жизнедеятельности в состояние наркотического опьянения или ее изживание в этом состоянии является доминирующим, образующим фактором в становлении систематического употребления наркотиков и становлении наркоманами.

Наркоманическая позиция больного идентична по структуре алкогольной, но по удельному весу отдельных структур и по содержанию этих структур немного отличается от нее.

Этот жесткий разрыв при наркоманиях внутреннего состояния и реальности делает наркоманию более тяжелой, менее курабельной и дает более выраженное изменение личности. С одной стороны, личность становится малочувствительной к

переживаниям других людей, то есть эмпатия фактически отсутствует, с другой, она очень сензитивна к воздействию на нее других. Как было сказано: «...переступит через упавшую больную мать, но очень возмущается и негодует по поводу каких-то сделанных ему замечаний, попыток наставить на путь истины».

Наркоманическая позиция больного состоит из:

1. Неадекватного осознания болезни, которое выражается в чувстве принадлежности к особой категории людей, в скрытном, запретительном характере потребления наркотиков, существующих проблемах ломки и доставания наркотиков, а не в плане понимания наличия болезни. Абстинентный наркоманический синдром или синдром лишения, ломка воспринимаются не как признак заболевания, а как сигнал к приему наркотика, не болезнь и наркотики виноваты, а отсутствие последних — сигнал к их приему.
2. Переноса значимой жизнедеятельности в состояние наркотического опьянения, пребывание в нем — освещены выше.
3. Наркоманической установки, то есть предуготовности к приему наркотиков и пребыванию в опьянении. Ее познавательный компонент претерпевает существенное изменение. Происходит разрыв интеллектуальной деятельности и реальности, реальных поступков, действий больных, которые сводятся к резонерству, рассуждательству, реализации механизмов психологической защиты. Познание сообразно аффективно настрою. Эмоциональный компонент состоит из стремлений, аффектов реализации установки, эмоциональных реакций реализации механизмов психологической зависимости, отстаивания своей правоты.
4. Механизмов психологической защиты, которые проявляются в уходе от проблем, в разговорах с аффективно-агрессивным оттенком отрицания очевидного, вытеснения, реже рационализации, особые наркоманические игры. При наркоманиях имеется такой специфический механизм психологической защиты, как считать себя умным, а других неумными, смотреть на них с презрением и свысока.

5. Наркоманического образа жизни, при котором, как говорят больные, «окружение знает, что ты наркоман, но не знает содержания твоей жизни». Больные живут по принципу «здесь и теперь», но только в своих внутренних переживаниях, вернее, пребывание без включенности в окружающую реальную жизнь, которая носит для него формальный характер и раздражает его, если противоречит внутренним переживаниям (И.С.Павлов, С.В.Корень). Все это на фоне астенизации, постоянных обманов родных и близких, заботы по добыванию денег на наркотики, конфликтов с товарищами по несчастью на почве потребления наркотиков, одалживания, занятия денег и т. д.

Уже на стадии купирования острой симптоматики, нормализации психосоматического статуса больного формировать подтекст наличия наркоманической зависимости, делая акцент на реальные факты, состояние больного, особенности развития заболевания, которые действуют слепо и неподвластны ни больному, ни врачу. Делать это мягко, сочувствуя, но акцентируя внимание на законах биологии, которые неподвластны человеку. Помочь возможно только опираясь на его особенности и свойства, согласуясь с их закономерностями. Важно подчеркнуть, что наличие внутренних механизмов, обусловленных зависимостью, требует полного воздержания от любых психоактивных средств, в том числе от алкоголя. Этот механизм имеет не специфический, а перекрестный характер, и в одних случаях сразу формируется и алкогольная зависимость, в других — алкогольное состояние опьянения оживляет наркоманическую зависимость (И.С.Павлов, С.В.Корень).

Важно уделять внимание нормализации жизненного тонуса, самочувствия, характера отношения к себе. Здесь важно в гипнотическом состоянии внушения хорошего самочувствия, легкости на душе, хорошего жизненного тонуса, настроения, оптимизма, уверенности в себе, в своих силах.

Для реабилитации, ресоциализации, во-первых, важно прививать больным чувство ценности жизни самой по себе, как факта радости жизни как таковой. Формирование чувства «я живу», ведь первейшая аксиома жизни: «жизнь — это

ценность». Чувство и переживания бытия, своего пребывания в этом мире, культивирование этих чувств и переживаний в повседневной жизни. Здесь важна сосредоточенность на этом чувстве, удержание его в сознании, медитация на этом чувстве, визуализация, внушение чувства ценности жизни в гипнотическом состоянии.

Во-вторых, адаптация к трезвому состоянию, как естественному, данному от природы, являющемуся природой и сущностью жизни. Сосредоточенность на состоянии трезвости, ясности ума, чувственных восприятий, их естество. Важно осознанное пребывание в трезвости, фиксация на нем, соответствующие самовнушения в состоянии аутогенной погруженности, визуализации этих переживаний, процесс сознания в гештальттерапии.

В-третьих, восстановление способности зарождать, генерировать чувства, особенно положительного характера, так как больной привык ожидать появления чувств, особенно положительного характера, под воздействием наркотиков. Необходимо сосредоточиваться, представлять появление тех или иных чувств, прием поиска ресурсных состояний из НЛП, внушение их в гипнотическом состоянии способности появления этих чувств в реальной жизни. Попытаться научить больного умению влиять на свои произвольные действия (см. АТ) и владеть способностью воодушевлять себя, успокаивать, проявлять психическую устойчивость, переносить хандру, скуку, дискомфорт. Понимать закономерности природы человека, волнообразный характер психобиологических процессов, необходимость их смены во всех сферах жизни, в том числе и в настроении, эмоциях. Опирайтесь в своей самооценке не на настроение, эмоциональное состояние, а на реальное положение дел, то есть не на то, что чувствует человек в данный момент, а на то, что есть в реальности. Нередко можно услышать от зрелого человека: «Настроение неважное, но все хорошо». Так, что у многих больных бывают необоснованно повышенные претензии к своему состоянию, самочувствию. Ведь они вторичны и зависят от состояния организма, истощаются, поэтому важно решать проблему отдыха, режима дня, восстановления сил. Важно научиться получать удовольствие от простого отдыха, сна.

В-четвертых, способствовать включенности больного в окружающую реальную жизнь, получению внутренней энергии от взаимодействия с окружающей действительностью, общения. Именно при наркомании страдает способность в трезвом состоянии воспринимать эмоциональное впечатление от окружающей действительности. Поэтому важно восстановить эту способность как реальный источник эмоций, эмоциональных состояний, индикатор своего реального положения в среде. Здесь важны ролевые тренировки, социодрама, гештальттерапия, когнитивная и поведенческая психотерапия.

В-пятых, восстановление способности чувствовать бытие времени, инстинкта самосохранения, ценности быть во времени, так как жизнь больных по принципу «здесь и теперь» с опорой на внутреннее переживание, а не на внешнюю ситуацию, порождает выключение перспективы и ценности жизни в будущем, будущего, как перспективы жизни. Быть во времени, жить во времени, ответственность за жизнь во времени. Общепринятым стал фактор односторонности времени, то есть безвозвратность жизни, а загадка времени тождественна загадке жизни. Жизнь невозвратима, нет обратного пути от смерти к рождению. Мифы наркоманов о «золотом» уколе, а также и другие, которые кажутся их родителям, другим людям жуткими, наивными, трагическими. Жизнь во времени — это непреходящая ценность. Мифы об особых ощущениях, неземных переживаниях также являются результатом фиксации в жизни на внутренних ощущениях, без того, что дает чувство реальной «реальности», критического подхода, сравнения, иллюстрированного восприятия переживаний. Как показывают клинические наблюдения, анализ клинических случаев, оттенок особых ощущений, неземных переживаний возникает вследствие особого настроения по типу техники наложения в НЛП, когда на ощущения «накладывают» необычность, неземное как четкость, яркость, цветность.

Проблема времени, жизни во времени важна, как и при психотерапии депрессивных расстройств, играет важную роль в психотерапии наркоманий. Попытаться посмотреть вместе с больным на его прошлое, именно на прошлое, а не прошлое настоящее, то есть через призму его настоящего, находящегося под влиянием болезни. Помочь ему вспомнить

прошлое до увлечения наркотиками, то есть, какое оно было в реальности, погрузиться в ту атмосферу его жизни, увидеть настоящую, реальную жизнь, радость жизни. Посмотреть в его будущее, но не через призму наличия болезни, а через призму прошлого, того времени и состояния, когда не было болезни. Здесь возможны техники НЛП — поднастройка к желаемому будущему, линия времени, изменение прошлого. Всю эту работу выполнять на фоне формирования у больного свойств трезвенника. Здесь мы отметили некоторые особенности психотерапии наркотической зависимости, а основной психотерапевтический процесс возможно адаптировать из алкогольного.

Важно проинформировать родственников больного об особенностях жизни и поведении наркоманов. Их особенно возмущает и раздражает его очевидная ложь, как говорят «ложь на ровном месте». Важно в этом случае объяснить родственникам, что есть такой вид взаимодействия со средой, с окружающей действительностью в гештальттерапии, как дифлексия, то есть голое отрицание и надо такое явление воспринимать спокойно, как особенность проявления болезни. Если есть актуальность дифлексии, то наркологу-психотерапевту необходимо с больным разобрать типы взаимодействия со средой (слияние, интроэкция, ретрофлексия, проекция, дифлексия), показать их свойства, те ситуации, где те или иные виды взаимодействия помогают и те, которые вредят. Проанализировать его реальные типы взаимодействия с окружающей действительностью, средой. Сменить его слияние с больными наркоманией на слияние с родственниками, что будет способствовать спасению больного. Изменить характер и сферу проявления ретрофлексии, интроекции, проекции.

При работе с другими механизмами психологической защиты по аналогии брать работу с больными алкогольной зависимостью, но с учетом особенностей его типа наркомании и внести коррективы в свою работу. Например, героиноманы, как известно, смотрят на других людей свысока, считают себя умнее всех. В этом случае сработать на опережение и заранее сказать, драматизируя при этом, что героиноманы считают всех дураками, не умными людьми, а они умные, умнее всех, другие олухи и не понимают жизнь. Такая опережаю-

шая психотерапевтическая интервенция делает у больных внутренний переворот, лишает их такого рода внутренней поддержки, чувства своего превосходства. При дальнейшем обсуждении этой темы они по сути дела, даже можно сказать, кричат, что это все вы сказали, мы этого не говорили, мы так не думаем. Таким образом, ослабляется этот фактор защиты наркоманической позиции.

Часто больные выдвигают тезис, что при наркомании нельзя помочь, что наркологи не могут помочь, что влечение такой силы (имеется в виду первичное влечение, то есть на ровном месте, когда в организме нет наркотиков и продуктов их распада, состояния последствия наркотиков, синдрома лишения). На самом деле ничего не может быть сильнее врожденных биологически обусловленных инстинктов. Но ими человек управляет, их контролирует, и его культуральный уровень вытормаживает удовлетворение этих инстинктов. Влечение к наркотику, вернее к наркоманическому опьянению — это искусственно созданное влечение, и его можно и нужно вытормаживать не ситуационно, а постоянно, сменить влечение на отвращение, безразличие. Это дает достаточно основания для того, чтобы стать трезвенником, отказаться от этого вида влечения, выбросить из своей жизни наркоманическое опьянение, памятуя о том, что за ним следует. То есть думать, сосредотачиваться не на состоянии опьянения, а на состояниях его последствий (ломка, рабство перед наркотиками, уход от реальной жизни, трагедия для родственников, передозировка и т.д.).

В теме о том, что наркологи плохо лечат, что не могут помочь, надо показать, что не наркологи плохо лечат, а больные наркоманиями плохо лечатся, вернее не хотят лечиться. Попробуйте лечить заболевание сердца, других заболеваний, если человек не хочет лечиться. Почему-то в литературе по зависимостям не упоминается такое понятие, как комплайн. Но не редко при соответствующем настрое больные могут вспомнить своих знакомых, которые «завязали» с наркотиками и ушли из их сообщества, и они не афишируют этот факт. За границей этого не скрывают, и можно увидеть факт успешного лечения на примере всемирно известных кинозвезд, спортсменов.

Больными выдвигаются в защиту наркоманической позиции, что сложившейся человек не может измениться, тем более сделаться с наркомана трезвенником. Показать, что люди меняются, и что сложившийся болельщик футбольной команды со временем уходит из этого увлечения, видит в нем мальчишество, что в жизни есть вещи поважнее. Можно найти массу примеров в таком явлении, как смена строя в нашей стране, экономике.

Разобрать генез становления ощущения пресловутого «кайфа», показать на его примере и примере других, как это произошло. Ведь это результат ожидания, гетеро- и аутовнушения под влиянием окружения, рассказа других наркоманов, нацеленность на необычайность ощущений по типу техники наложения НЛП. Первые употребления наркотика обычно вызывают плохое самочувствие, тошноту, а то и рвоту, головокружение. Ожидание, нацеленность путем самовнушения формируют «кайф», так как действие наркотика формирует разрыв связей к окружающей действительности, дает автономию, обезболивание, и если есть настрой, то и легкость на душе. Пройти с больными обратный путь развития от «кайфа» до плохого состояния первого приема. Важно также в этот процесс включать, в таком же порядке восстанавливать инстинкт самосохранения, используя материал главы «Формирование социально-психологической устойчивости...», адаптированный для возрастных особенностей наркомана и восстановление инстинкта самосохранения, как в данный момент, так и в период перед началом употребления наркотиков, когда не был сформирован инстинкт самосохранения.

При предварительной договоренности возможна работа с пациентом и в состоянии наркоманического опьянения показывая природу и сущность суррогатного счастья, природу рабства перед наркотиками, снимая и разоблачая феномен этих ощущений, где главенствует фактор самовнушений, ожиданий и фантазий.

Понятие трагедии, бессмысленности жизни как ее итога у наркомана, так как состояние наркоманического опьянения не отражает и не составляет в его жизни ничего реального, никаких реальных ценностей. Оно не понятно для людей, и

он и общество осознают, что человек пожил липовыми, суррогатными ценностями при подведении итогов его определенного пути жизни.

Поднять вопрос понятия трагедии, бессмысленности жизни как ее итога у наркомана, так как состояние наркоманического опьянения не оставляет в его жизни ничего реального, никаких реальных ценностей. Оно не понятно для людей и он и люди осознают, что человек пожил липовыми ценностями.

Так как при наркоманиях, и, в меньшей степени, при алкоголизме, нарушаются пути возникновения, формирования эмоциональных состояний от внешних явлений, ситуаций, состояния других людей из микросреды, то есть нарушается воздействие обстановочной афферентации в функциональной системе по П.К.Анохину, дающие адекватную связь с реальностью, — важно такую категорию больных заново учить жить в трезвом состоянии. Восстанавливать естественные пути возникновения эмоциональных состояний под воздействием реальности и от ее наличия. То есть возникновение чувств, переживаний от реальности, реального положения дел, и чтобы плохое порождало мотив, стремление исправить положение реальных дел и от этого изменения получать положительные эмоции. Восстанавливать регулирующую роль эмоций, настроений взамен самоцели суррогатных состояний.

Психотерапевтические модальности (методики)

Мы ранее пришли к выводу, что все направления, виды психотерапии имеют право на существование, так как отражают сложность личности клиента и сложность жизненных ситуаций, в которых он оказывается со своим уникальным внутренним миром, многообразием опыта личностных реакций, которые в то же время определяются множеством факторов. Каждое из направлений, методик возникли из этих сложных случаев и наиболее адекватны им, тому подходу, который был реализован при их разработке. Так что деление методик, направлений на хорошие или плохие, эффективные или неэффективные, тем более соперничество между ними, бессмысленно. Все зависит от того, какую задачу наилучшим способом в данном случае и на данном этапе психотерапевтического процесса сможет решить та или иная методика. Конечно, важен учет возможностей психотерапевта, особенно учитывая временные факторы, предрасположенность пациента работать в рамках данной методики, учет культуральных факторов. Методики и направления можно условно подразделить, в которых менее или более активное личностное участие пациента в психотерапевтическом процессе, пассивное или высокоинтеллектуальное вовлечение в этот процесс и учет этих факторов, исходя из особенностей и склонностей пациента.

Естественно, в стране должны быть психотерапевтические кафедры, институты, центры, разрабатывающие те или иные методики и направления. На психотерапевтических кафедрах, в институтах, центрах или на их выездных сессиях практические психотерапевты обучаются этим методикам. Практический психотерапевт, работающий в кабинете по-

ликлиники, кооператива, других практических учреждений, конечно, должен быть знаком с базисными понятиями и механизмами многих методик, направлений. С некоторыми из этих методик, направлений в психотерапии знакомится глубже, обучается, практически усваивает их применение, так как он считает их необходимыми в повседневной работе.

Это могут быть методики в их целостной системе или какие-то их отдельные техники, терапевтические механизмы, тенденции. Очень часто психотерапевту трудно в практической работе обходиться одной методикой.

Например, ситуация конфликта ребенка с родителями вследствие трудностей в учебе. Вначале важна диагностика семейной ситуации, состояния ребенка, родителей, характер отношений, сложившихся в конфликте, возможностей ребенка и претензий родителей. При построении психотерапевтического процесса важно учитывать пути выхода из данной ситуации, определять цели, исходя из временных возможностей, состояния ребенка, личностных особенностей родителей, наличия или отсутствия латентных расстройств, проявляющихся в конфликтной ситуации у членов семьи.

Конечно, часто требуется специальная тактика, направленная на улучшение общего состояния ребенка, формирование готовности участвовать в учебном процессе, а также нормализация состояния родителей, решение их собственных проблемных ситуаций. Многие методики не подходят в силу возрастных особенностей ребенка, временных возможностей, предрасположенности родителей к той или иной работе. Часто оптимальным вариантом является в гипнотическом состоянии снятие астенической симптоматики, нормализация общего состояния, внушение хорошего самочувствия, бодрости, свежести, способности легко сосредотачиваться на теме урока, понимать ее, интереса к учебе, хорошего устойчивого внимания, хорошей памяти — «запоминание навсегда» ребенком. Внушение внутреннего желания учиться в домашних условиях, проявление настойчивости в достижении понимания закономерностей, явлений, процессов, темы изучения. Второй этап работы — транзактный анализ семейных отношений, гармонизация транзакций, обучение родителей общению с ребенком не только с позиции родитель—ребенок,

но и ребенок—ребенок, то есть снизить до своего состояния ребенка и пообщаться на таком уровне интересов с ребенком, наладить с ним контакт, понять его уровень потребностей и возможностей и определить пути решения его проблем. Важна в арсенале родителей способность апелляции к Взрослому ребенку, его формирование. Обучение ребенка транзакциям ребенок—родитель как необходимый этап и механизм его взросления, социализации.

Из этого примера, мы видим, что практический психотерапевт должен знать ведущие модальности (методики) на уровне их практического применения, понимать механизмы их лечебного воздействия.

Обучение выявлению клиники расстройств, их диагностике, построению психотерапевтической тактики, процесса в зависимости от вида расстройств, их осуществлению проводятся на кафедрах психотерапии.

К сожалению, нередко случаи преподавания сразу каких-то вариантов той или иной методики, их интеграции с другими методиками, например, НЛП и эриксоновского гипноза, и у учащихся не складывается представления о методиках (модальностях) в их академическом, первоначальном виде, что создает путаницу в представлениях о них. Поэтому, во-первых, важно изучать классические варианты модальностей с их понятийным аппаратом, а потом уже варианты, которые имеют право на существование. Таким путем формируется у психотерапевтов общий понятийный аппарат, понимание методик, а вторым шагом служат их варианты, авторские модификации. Во-вторых, важно купировать тенденции погони психотерапевта только за новыми сведениями, за чем то еще неизвестным. Наоборот, формирование тенденции на глубокие знания методик, приобретение опыта их применения на практике.

В то же время мы должны помнить, что психотерапия сейчас развивается путем редукции, упрощения понимания сущности человека путем выделения одной из сторон такого сложного явления как личность, возведение ее до системообразующего уровня, заключающего в себе всеобщую ее природу. На модальности важно смотреть как на прием более глубокого познания отдельных свойств человека, его отдельных механизмов функционирования, воздействия. Так как модально-

сти развивались путем дифференциации человека, то теперь необходим их синтез, то есть целостное восприятие человека и рассматривать модальности в контексте человека. Не монотерапия отдельной модальностью, а включение модальностей в психотерапевтический процесс, технологию лечения для решения определения подцелей, что и делалось и делается в клинической психотерапии в целостном восприятии человека, то есть это возвращение снова в «Альма матер». Сейчас забыли о базисной сущности клинической психотерапии и проявляется склонность к модным названиям как трансмодальную и супермодальную, интегральную, но не подразумевающих и не выполняющих и не реализующих психотерапевтическую технологию превращения больного в здорового или состояния компенсации при хронических заболеваниях.

К.Ясперс писал: «Мы были свидетелями всеобщего стремления к абсолютизации отдельных целостностей... В любой абсолютизации содержится элемент истины, но чем дальше мы идем по пути абсолютизации, тем меньше остается от истины». Это особенно актуально и относится к современному состоянию дел в психотерапии, ведет к абсолютизации модальностей, соревнование между ними. Ведь очередная модальность лишь заполняла очевидный вакуум образовавшегося вследствие деятельности доминирующей, например, психоанализ породил гуманистическую психотерапию в ее многочисленных разветвлениях, отражающих духовную сущность человека.

Сейчас все больше и больше становится общепризнанным биопсихосоциальная сущность человека, а в психотерапии, психологии разобщенность даже в психической составляющей — модальности, но не как части целого, а как самостоятельная сущность человека на психическом уровне, возведение в абсолют.

1. Психоанализ

Если гипнотерапия в большей мере действует на бессознательную сферу с целью формирования конструктивных свойств, опыта, навыков, то психоанализ строит свою терапевтическую стратегию и тактику на вскрытии и осознании существующих

(ранее вытесненных) комплексов, которые мешают адекватно воспринимать окружающую действительность, реакции на нее, а также комплексов «оно» — либидо и танатос. Наше «Я», сознательная личность является результатом взаимодействия сил «оно» (катексис) и «сверх Я» (контркатексис). Сформированное таким образом «Я» сопротивляется и защищается от вытесненных комплексов и сил «оно». Основной лечебный механизм при психоанализе — это осознание этих комплексов, выведение их в сознание, отреагирование (катарсис). Осознанию мешают защитные механизмы, цензура «сверх Я», оберегающие «Я» от травматизации.

Так как доступ к бессознательному затруднен, З.Фрейд определил основные пути доступа к его содержанию: свободные ассоциации, оговорки, описки, ошибочные действия, сновидения.

Техника свободных ассоциаций проходит в обстановке взаимного доверия, желания пациента высказать вслух все о своих чувственных состояниях, мыслях, желаниях, которые возникают у него в голове спонтанно. Пациент обычно находится на кушетке, лучше, если глаза закрыты, так как это способствует обращению внимания пациента к своему внутреннему миру. Психотерапевт сидит в 2-3 метрах от клиента вне его поля зрения, даже если он откроет глаза. Обращение психотерапевта к клиенту носит характер просьбы говорить постоянно, высказывать свои всплывающие мысли, специально не думая ни о чем, а также образы, чувства, опасения, сомнения и т. д. Просьба только не молчать.

Как бы мы ни настраивали клиента, первые 5-10 минут его речь носит структурированный характер, то есть преобладает стремление сознательно структурировать свои высказывания. В дальнейшем, наверно, действует и фактор гипервентиляции (постоянное говорение) и настрой клиента не думать специально о чем-то, то есть подтекст выключения логического мышления, и клиент начинает проговариваться, давая значимую для психотерапевта информацию. Эти высказывания фиксируются и составляют предмет анализа. Сеанс длится около 1 часа. З.Фрейд принимал 6 клиентов в день и тратил 1 час на свободные ассоциации и 1 час на анализ полученного материала. Иногда лучше сперва провести

несколько сеансов свободных ассоциаций, чтобы набрать достаточно материала. Ценность материала характеризуется его тенденцией вскрывать глубинные, вытесненные проблемы клиента, его «интимные» ожидания, желания и намерения реализовать свою сущность.

Анализ сновидений. З.Фрейд считал, что сновидения несут определенную личностную нагрузку, проблемы, тенденции данной личности, нереализованные в обычной жизни. Сон как феномен (выключение сознания, отсутствие обычных восприятий окружающей среды) способствует проявлению прорыва бессознательных процессов. Если эти процессы подвержены сопротивлению, то они проявляются в символических формах. Явные сновидения не несут глубинной информационной нагрузки. При анализе происходит толкование сновидений, то есть попытка понять скрытый смысл сновидений.

Цензура вследствие защиты способствует формированию выражения в символах (смещение), а также превращению мыслей в образы (регрессия). З.Фрейд ввел понятие символов и их значение (острые и продолговатые предметы, полые и т. д.).

Анализ ошибочных действий. Оговорки, опiski, ослышание, пройти мимо и т. д. — и в них действуют бессознательные тенденции и проявляются помимо воли клиента.

Важно учитывать факт сопротивления анализу, анализ этого факта.

Анализ переносов. Некоторые психоаналитики считают анализ переноса уже этапом неофрейдизма. З.Фрейд уделял внимание факту трансфера и контртрансфера, но их не анализировал.

Перенос — формы проявления прошлых типов, форм отношений в настоящем, имеет характер стойкости, интенсивности, неуместности проявления в данной ситуации, к данному человеку. Перенос бывает положительным (любовь, уважение), отрицательным (гнев, злоба, недоверие и т. д.). Проводится анализ переживаний клиента и поиск в них бессознательных источников переноса, их осознание.

2. Индивидуальная психотерапия А.Адлера

А.Адлер придавал большое значение сформулированному в детстве чувству неполноценности по отношению к взрослому, а также наличию каких-то недостатков (рост, психические особенности, способности). Человек своим поведением старается компенсировать этот комплекс неполноценности стремлением к власти, превосходству.

В индивидуальной психотерапии рассматривают роль расстройств, того, чего добивается пациент своим видом поведения, то есть роль комплекса неполноценности и пути его компенсации или сверхкомпенсации. Для этого важен:

1. Анализ ранних воспоминаний, в котором можно увидеть формирование жизненных установок, тенденций, жизненных стереотипов.
2. Анализ истории жизни пациента, особенно на стадии кризисов, потрясений, направленности стремлений, цели стремлений.
3. Анализ сновидений. В противоположность З.Фрейду А.Адлер видел в сновидениях будущее, желание, цель к действию, попытку решить проблемы комплексов, то, что фрустрировано в реальной жизни, и все сновидения интерпретирует под углом компенсации.

3. Аналитическая психотерапия

Психотерапевтический процесс по К.Юнгу состоит из индивидуализации, то есть наша самость, становление собой. Первый этап индивидуализации — это анализ персоны, которая защищает проявление нашей самости. Второй этап — снятие влияния тени путем признания ее реальности. Третий этап — работа с архетипами. Четвертый этап — работа с самостью. Аналитической психотерапией по К.Юнгу называется потому, что он анализировал не прошлое, раннее развитие, а настоящие комплексы в настоящих жизненных ситуациях. Первый этап синтетической психотерапии — обучение. После осознания и понимания комплексов необходимо обучение новым формам поведения и реагирования.

Вторым этапом является перенос центра тяжести психотерапевтического процесса на пациента и трансформация старых форм поведения в повседневности в новые, необходим процесс уравнивания сознания и бессознательности. Проводится анализ сновидений и символики, того, что она значит в контексте индивидуального опыта (амплификация). Осваивая символы бессознательного, человек опережает их проявление в сознании без его трансформации сознанием. Важны свободные ассоциации в отношении содержания сновидений. Прием активного воображения также играет важную роль в аналитической психотерапии.

4. Телесно-ориентированная психотерапия

Одним из направлений телесной психотерапии является биоэнергетический анализ, разработанный А.Лоуэном, учеником В.Райха, основоположника телесно-ориентированной психотерапии. Он придавал большое значение сердцу — органу любви, но реальность жизни препятствует проявлению любви в жизни. Блокирование проявления любви в жизни происходит на многих уровнях реализации жизненных проявлений.

Уровень 4 — любовь стремится наружу.

Уровень 3 — любовь, встретив препятствие, вызывает эмоции фрустрирующего характера (ярость, страдание, огорчение, отчаяние, печаль, испуг и т. д.), но они неприемлемы в культуральной среде и подлежат подавлению.

Уровень 2 — мышечный слой, который на уровне тела подавляет эти фрустрационные эмоции путем мышечного напряжения, формируя «мышечный панцирь» (термин В.Райха), и он становится привычным, постоянным.

Уровень 1 — механизмы психологической защиты.

Защитная форма со стойким их проявлением образует особые характерологические структуры: шизоидная, оральная, нарциссическая, мазохистская, ригидная.

Биоэнергетический анализ на первом уровне — это психоанализ со всеми его составляющими факторами. Второй уровень — «мышечный панцирь», на уровне которого диа-

гностируется состояние мышечной системы всего тела — от мышц головы до мышц бедер. Разработан ряд упражнений, редуцирующих напряжения мышц тела. На третьем уровне применяется катарсис, то есть отреагирование фрустрационных эмоций. Формируется новый опыт свободного проявления своего «Я», по-другому осознавать свое тело, установить с частями своего тела адекватный контакт, и пациент начинает чувствовать перспективу своего личностного развития.

5. Символодрама

Синонимы: «кататимное переживание образов», «метод сновидений наяву». Основоположник символдрамы Х.Лейнер пишет: «Исходным моментом служат воображаемые прогулки по ландшафту и переживания природы, которые воздействуют на воспоминания и чувства пациента». В процессе выполнения этой работы, на фоне этих представлений всплывают в определенных символах действия, переживания, оказывающие воздействие на пациента (конфликтные и травматические переживания). Теоретическая основа символдрамы, ее направление — психодинамическое (глубинной психологии) в целом и психоанализ в частности. По сути дела это путь, механизм вскрытия вытесненных, бессознательных конфликтов через соответствующие представления в воображении, сновидения наяву. Метод заключается в вызывании сновидений наяву, представлении образов — имагинаций (визуализация) у пациента, сидящего в кресле или лежащего на кушетке. Важно задавать клиенту более обобщенную тему, менее определенный «мотив» представлений, оставляя произвольность деталей, образов, характера их проявлений и эмоциональной открытости для проявления выраженных в символах своих глубинных проблем, их эмоциональной окрашенности, их ассоциативное проявление и развитие.

Символодрама обоснована на тех принципах, что «психика, очевидно, спонтанно, стремится к тому, чтобы самой образно представлять себя в своих оптических фантазиях». На это указывали Х.Зильберер (1909), Л.Франк (1913).

Э.Кречмер считал, что «от кататимных образов до сновиде-

дений — один шаг», когда изучал спонтанное мышление кинокадрами. Аффект, охвативший человека, может трансформироваться в какой-то образ.

Психотерапевту для вызывания «кататимного переживания образов также необходимо (как пишет Х.Лейнер) освоить методы расслабления, а также АТ, и он должен владеть расслабляющим внушением». Хотя отрицается сходство этого этапа методики с гипнозом, но он лучше идет в трансовом (гипнотическом) состоянии. Предложение представить образы повышает расслабленность в теле, а более сильное расслабление углубляет переживание образов. Кататимные образы имеют тенденцию углубить состояние погруженности в них. Упражнения вызывания образов дают более близкое приближение к реальному восприятию, распространяясь и на другие органы чувств.

На первом этапе символдрамы пациент находится в кресле или на кушетке и ему предлагают расслабиться, проводят сеанс релаксации или транса. На втором этапе даются мотивы, сперва стандартные:

1. Мотив луга — как плоскость для проекций актуальных конфликтов.
2. Мотив ручья с задачей подниматься в воображении по нему вверх до истоков либо спускаться вниз до устья.
3. Мотив горы, наблюдение ее издали, а потом подняться на нее и увидеть панораму, что стимулирует ассоциативно соответствующие переживания.
4. Мотив дома, задача осмотреть дом.
5. Мотив опушки луга с заданием, находясь на лугу, заглянуть в темный лес и посмотреть, какая символическая фигура выйдет из леса.

Другие стандартные мотивы: значимое лицо, сексуальность (куст розы для мужчины и поездка автостопом для женщины), агрессивность (лев), идеальное «Я», пещера, вулкан, фолиант.

Наводящими вопросами способствовать возникновению символических проявлений и на первых этапах тесной работы избегать их толкования и не давать возможных вариантов их толкования. Здесь важно вызвать ассоциативные образы и наблюдать эмоциональные реакции на эти образы, пережи-

вания. При кататимном переживании образов (КПО), символдраме происходит осознание через символы конфликтов, проблем и выход из этого состояния, разрядка аффектов на бессознательном уровне.

Сроки лечения — от 15 до 30 занятий по 1-2 раза в неделю. В тех случаях, где требуется анализ характера, — до 50-60 сеансов.

6. Трансактный анализ

Основоположник трансактного анализа Э.Берн видоизменил структуру личности по З.Фрейдю, придав ей более социально-психологическую направленность и детерминантность (В.В.Макаров).

В структуре личности в трансактном анализе Э.Берн выделяет три уровня, три составные части: Ребенок, Взрослый и Родитель.

Ребенок — сохранившиеся в человеке черты ребенка с его капризностью, непослушанием, непосредственностью, чувствительностью, эмоциональностью, способом проявления радости, теплоты, нежности, фантазии, обиды, огорчения, обеспечивает спонтанность в поведении.

Взрослый — рациональность, разумность в реагировании на окружающую действительность, действия других людей, способность предвосхищать последствия своих действий, адаптируется к реальности, то есть условно можно сказать — компьютер.

Родитель — собрание законов, аксиом, догм жизни, которые человек усвоил в детстве от родителей, учителей, взрослого окружения. Этот процесс очень нагляден при наблюдении игры девочки с куклами, когда она их учит уму-разуму, наказывает за провинность. Эта часть личности придает человеку стабильность, постоянство и она проявляется ригидностью, косностью, отстаивает общепринятость.

Единица взаимодействия в человеческой деятельности — трансакция, то есть воздействие и ответ на него. Цель трансактного анализа — это осознание того, какие части у общающихся, взаимодействующих людей вступают в контакт.

Параллельные трансакции (Р-В и В-Р; Р-Род и Род-Р и т. д.) носят конструктивный характер, а непараллельные (Р-В и Род-Р; Р-Род и Род-В и т. д.) носят деструктивный характер. Важен процесс выявления, диагностики деструктивных трансакций, осознание пациентами их сущности и формирование конструктивных.

Серия конструктивных трансакций, мотивированных целесообразностью, — процедуры, а мотивированных социальными нормами — ритуалы. Через процедуры и ритуалы, в которых человек проводит время, он реализует свои ролевые функции. Повторяющиеся с определенным алгоритмом трансакции, целью которых является заранее предполагаемый исход, но носящие скрытый подтекст, — это игра. Игры носят защитный характер, не дающий человеку осознать себя, измениться, поэтому они деструктивны и их нужно редуцировать, исключить из жизненного репертуара в тех случаях, если они мешают становлению личной зрелости, личностного роста. Совокупность и алгоритм трансакций образуют сценарии жизни, как результат инфантильного опыта взаимодействия со средой, адаптации к ней, подражания в этом родителям. Важен анализ сценария жизни, их осознание и перестройка. Важен анализ и перестройка трансакций, процедур, ритуалов, осознание и перестройка сценариев жизни.

7. Психосинтез

Основоположник психосинтеза Роберто Ассаджиоли, психоаналитик, ученик З.Фрейда, обратил внимание на оригинальные открытия по изучению психики Пьера Жана. Его изучение явления «психического автоматизма» показало, что присутствуют «вторичные» личности, которые «живут», не соприкасаясь с повседневной личностью человека, и способны подменять ее. Р. Ассаджиоли в карте-схеме нашей психики выделил: 1) низшее бессознательное — бывшее в нашей психике в виде подавленных комплексов, забытых давно воспоминаний; 2) среднее — все наши психические состояния, знания, навыки, которые можно по нашему желанию перевести в поле сознания; 3) сверхсознательное — высшие

формы интуиции и вдохновения (художественного, философского и научного), этических тенденций с проявлением альтруизма, состояния созерцания, просветления и экстаза.

Р.Ассаджиоли выделил коллективное бессознательное — между человеком и другими людьми протекают процессы «психического осмоса», а также между человеком и окружающей нас психической средой.

Развитие человека, его прогресс состоит из перехода от низшего к среднему, а от среднего к сверхсознательному.

Восприятие всех этих уровней создает наше личностное «Я», дает нам ощущение своего центрального положения в личности, чувство самотождественности и представляет собой отраженное подличностное «Я». Личностное «Я» функционирует на личностном, то есть индивидуальном уровне.

Надличностное «Я» функционирует на уровне всеобщего, где личностное (планы, интересы) отступают на периферию более широкого видения целого. Это «Я» пребывает над потоком мысли и состояниями тела и не подвержено их влиянию. Отождествление с ним редко достигается.

Первый этап психосинтеза составляет техника психоанализа, целью которого является осознание темных сил, которые угрожают благополучию пациента, преследуют его, доминируют над ним, истощают его энергию.

Второй этап — установление контроля над составными факторами содержания личности.

Главные постулаты:

- 1 «Над нами властвует все то, с чем мы себя отождествляем».
2. «Мы можем властвовать над тем и контролировать все то, с чем мы себя разотождествили».

В этом сущность секрета свободы и порабощения человека. С чем мы себя отождествляем (злоба, месть, вина и т. д. и т. п.), то и владеет нами, мы этим ограничиваем, обособляем себя. Говоря себе «я в гневе», «я в унынии», мы отождествляем себя с гневом, унынием. Но если мы будем говорить себе «меня пытается одолеть уныние» или «меня пытается одолеть гнев», то наше «Я» может противостоять этим влияниям.

Эти такого рода атаки с бессознательной сферы не отражать каждый раз, а обратиться к более глубинным причинам

этих атак и убрать их глубинные корни. Надо их «опредмечивать», «критически анализировать», «различать». Посмотреть на них, как будто бы они были внешними явлениями, установить между пациентами и ними дистанцию, то есть дистанцироваться от них.

Критическое отношение, дистанцирование дает возможность снимать с себя ненужные воздействия.

Те побуждения, которые повторяются, например, сексуальные и агрессивные, которые возбуждают и беспокоят, следует пускать по конструктивному пути — на творчество, развитие и т. д.

Третьим этапом психосинтеза является создание объединяющего центра, командного мостика личности, постижение своего истинного «Я».

Важно объединить низшее личностное «Я» с высшим. Оно возможно через отождествление своих «Я» — низшего и высшего — с чем-то возвышенным, выносить его вовне, и оно может какое-то время служить удачной формой опосредованного самопостижения. При этом человек полностью не теряет себя во внешнем, но освобождается от эгоистической сущности и своей ограниченности.

Четвертый этап — перестройка личности вокруг нового центра, собственно говоря, это и есть психосинтез по формированию цельной, внутренне согласованной и объединенной в одно целое личности.

Для формирования внутренней программы надо визуализировать свою цель, то есть новую личность, четко сознавать цели:

1. Использование для реализации этих моделей всех наличествующих энергий — ресурсных состояний, эмоций, влечений, для превращения в деятельность ума, воображения, и они стимулируют планы, а потом и действия.
2. Развитие тех свойств личности, которые необходимы для реализации наших целей (самовнушение, тренировка).
3. Достижение согласованности и соподчиненности свойств личности, ее функций для формирования в структуре личности стабильности.

Р. Ассаджиоли подчеркивает, что психосинтез — динамическая и даже драматическая концепция психотерапии, при которой происходит непрерывное взаимодействие и борьба противоположных сил с объединяющим центром, пытающимся управлять ими. Борьба происходит между инертностью, привычностью, ленью и желанием роста, самоутверждением, риском, пробуждением новых потребностей, устремлений, новых духовных интересов. Здесь важен фактор духовного развития, личностного роста в сторону эстетической, героической, гуманистической или альтруистической направленности, слияние личностного «Я» с духовным «Я».

Р. Ассаджиоли придает большое значение состоянию кризиса, его важности в процессе личностного роста, как движущего мотива.

Пьеро Феруччи, ученик и последователь Р. Ассаджиоли, подчеркнул, что самое вредное заблуждение — представление о себе как о неделимом, неизменном.

Различные модели мира перестраивают наше восприятие, наш образ жизни и, что особенно важно, и образ себя. Эта совокупность чувств, поступков, мнений, жестов, то есть образ себя, составляет субличность. Субличности — психологические образования, подобные живым существам, существующим в нашей личности.

Любая субличность ведет свою жизнь со своими внутренними мотивами, целями, своей логикой и часто отличается от таковых других сублинностей. Сублинности ведут постоянно взаимодействие между собой, и часто — антагонистического характера. Выявление главных сублинностей на основании анализа своей деятельности, их осознание и приводит их всех к гармонизации себя и всех своих действий.

Надо отметить главные свои жизненные тенденции, установки, стремления, характерные черты, интересы. Взять для рассмотрения одну из этих тенденций, стремлений, способствовать созданию образа этой тенденции без попытки сознательного изучения этого образа. Дать этому образу раскрыть себя без нашего вмешательства, без попытки оценить его, но выявить его потребности. Поговорить с этой субличностью, дать ей имя (скептик, шут, нытик и т. д.). Выявить другие главные сублинности.

Выявленные субличности, их совокупность дают нам представление о нашем внутреннем мире. Важен не столько характер той или другой субличности, сколько контроль над ней, возможность произвольно входить в ту или иную субличность и выходить из нее. В этом процессе играет существенную роль наше истинное «Я», объединяющий центр, пункт, с помощью которого возможно разотождествление, то есть ядро нашего существования, далее уже неделимое, неразложимое, никогда не меняющееся.

Воспринимая себя как тело, мы отождествляем себя с телом, воспринимая себя как эмоциональное состояние, мы отождествляем себя с этим эмоциональным состоянием, то же самое, когда воспринимаем себя мужем, сыном, инженером и т. д. и когда эти роли заканчиваются, мы чувствуем утрату смысла жизни.

Отождествление с самим собой, с нашим истинным «Я» — самоотождествление формирует ощущение стабильности нашего «Я», «Я есть», это «Я» в чистом виде, без мыслей, переживаний и «Я» могут позволить запомнить по моему желанию мое «Я» определенным содержанием сознания. Наше содержание сознания определяет то, чем мы живем, так как оно несет в себе энергетический заряд.

Перед проведением сеанса психосинтеза проводится в течение 15-20 минут медитация на дыхании, то есть сосредоточенность на процессе дыхания. В процессе разотождествления в ответе на вопрос «кто я?», проникать вглубь себя и как в луковице за оболочками, снимая их, находить творческое и живое центральное, истинное «Я». Я — не мое тело, я не мое эмоциональное состояние, так как оно может меняться, а я — нет, значит, это эмоциональное состояние не мое истинное «Я», и т. д. и т. п.

Производится анализ тех сублинностей, которые проявляются в жизни пациента, тех эмоциональных состояний, которые завладевали им, разотождествление с ними (это не истинное «Я»). Разотождествления: я обладаю телом, но мое «Я» — не тело; я обладаю чувствами, но мое «Я» — не чувство; я обладаю умом, но мое «Я» — не ум; я обладаю желаниями, но «Я» — не желания; я центр чистого самосознания; самоотождествление с нужными в данной ситуации сублинностями. Также важную роль играет осознание расширения времени до

бесконечности, затем увеличение пространства до бесконечности и как результат этого — осознание вечности и бесконечности. Здесь мы находим много общего с Раджа-йога.

8. Рациональная и разъяснительная психотерапия

Научное оформление метода и название ему дал швейцарский невропатолог П. Дюбуа, и в 1912 году его книга «Психоневрозы и их психическое лечение» была издана в России. П. Дюбуа определял психотерапию, как «ту, которая имеет своей целью действовать на мир представлений пациента непосредственно, а именно — путем убедительной диалектики». Это определение, его направленность не потеряли актуальности сейчас, именно действовать на мир представлений, а не просто вести беседу. Он считал, что «рациональная психотерапия обращена к уму и рассудку больного, опирается на логику, как на науку о законах мышления, убедительно демонстрирует больному ошибки в его рассуждениях, связанных с неправильной оценкой болезненного состояния». В.М.Бехтерев (1911 г.) занимался разработкой разъяснительной психотерапии. С.И.Консторум (1962 г.) выделял в рациональной психотерапии фактор разъяснения и убеждения. Д.В.Панков говорил о «рациональной и разъяснительной психотерапии», и на законах формальной логики строил рациональную психотерапию, ее приемы, а на закономерностях дидактики — разъяснительную психотерапию.

П. Дюбуа рассматривал психогенные страдания и расстройства как результат и продукт неправильных представлений, а психотерапевтический эффект происходит по механизму: «С развитием рассудка смягчается аффективность, а параллельно с нашим знанием укрепляется наша этика». Необходимо придавать психотерапевтической работе контекст «разумности, обоснованности разумными доводами» (П. Дюбуа) и «целесообразности, логичности, основанности на разуме, подтвержденному фактами, серьезными доводами, убежденностью» (Д.В.Панков).

Парижский невропатолог Дежерин считал, что для более эффективного воздействия на больного, у которого ослаблен интеллектуальный контроль и гипертрофированность аффек-

тивных реакций, важен и эмоциональный фактор влияния. Он ссылаясь на высказывание Паскаля: «Сердце имеет доводы, которых не знает разум» и считал, что «нет холодной терапии», придавал большое значение личности психотерапевта.

Цель рациональной и разъяснительной психотерапии — формирование у больных адекватной внутренней картины болезни, адекватного осознания природы расстройств, их сущности, познания закономерностей жизни в обществе, в микросреде больного, его личностного роста, налаживания полноценной жизнедеятельности.

Разъяснительная психотерапия должна носить характер доступности, наглядности, идти от более простых понятий, представлений к более сложным.

Рациональная психотерапия помогает психотерапевту замечать, анализировать в высказываниях больных их бездоказательность, неправильность умозаключений, нарушения законов формальной логики, неправильное установление причинно-следственных отношений и формирование правильного, опосредованного отражения объективной действительности.

Д.В. Панков предложил прием рациональной психотерапии, основанной на планомерном обучении больного законам логики и демонстрации в процессе этого обучения логических ошибок, способствовавших его дезадаптации в среде, и формированию у больного правильного, логического мышления. Например, закон противоречия — два противоположных заключения к одному и тому же явлению и по тому же вопросу не могут быть верными, одно заключение неверно. Закон тождества дает возможность выявлять и корригировать неопределенность в формировании умозаключений, когда в один термин вкладываются различные понятия, их содержание. Закон следствия, например, если из явления А вытекает явление В, то это не значит, что из В следует А.

Дальнейшее развитие рациональная и разъяснительная психотерапия получила в когнитивной психотерапии А.Бека, где он тоже находил искажение умозаключений (преувеличение и минимизация, неаргументированное умозаключение, умозаключение по типу дизъюнкции — или... или... и т. д.).

Мы в своей работе для облегчения доказательств пользуемся и методом аналогии.

9. Когнитивная психотерапия

Как П.Дюбуа, Э.Дежерин, В.М.Бехтерев, К.И.Платонов, С.И.Консторум, Д.В.Панков придавали большое значение познавательным процессам, их искажению при патологии, их исправлению, так и А.Бек (психоаналитик по образованию и, как современные психоаналитики, не знаком с другими направлениями психотерапии, в том числе и с рациональной психотерапией, в противоположность первопроходцам психоанализа З.Фрейду, А.Адлеру, К.Юнгу и другим), создал на той же основе и той же концепции когнитивную психотерапию.

А.Бек также пришел к выводу о том, что люди страдают от собственных мыслей, и в силу этого следует исправлять неправильное, неадаптивное мышление, мешающее жить полноценно, приводящие к дезадаптации, то есть мышление, которое приводит к расстройствам.

Неадаптивные мысли носят характер автоматичности, то есть быстротечности, слабой осознаваемости, непроизвольности по отношению к человеку, автономности возникновения и в то же время возникновение чувства их аутентичности, то есть собственности, принадлежащих им, их мысли.

Схематически можно изобразить так:

А В С,

где А — стимул, В — промежуточные автоматические мысли, которые являются промежуточным звеном между стимулом и реакцией, С — реакция на стимул. Например, при клаустрофобии: 1) пациент заходит в лифт, то есть закрытое пространство, стимул А; 2) автоматически, непроизвольно возникают мысли об опасности, автоматические мысли об опасности — В; 3) формирование и проявление фобии, то есть реакция С. Принцип когнитивной психотерапии в перестройке промежуточной стадии, то есть автоматических мыслей: стимул лифта, закрытого пространства; автоматические мысли об опасности, которые возникали раньше, надо перестроить в мысли о благодарности лифту, который облегчает ему жизнь, сочувствие тем людям, в домах которых нет лифта, так как лифт в целом и кабину в частности конструировали инжене-

ры, опираясь на специальные знания, законы физики, сопротивление материалов, а также специалисты по безопасности, главная цель которых — забота о людях, их безопасности. В силу этого — радость езды в лифте, признательность ему, что он результат прогресса, развития цивилизации.

Техника когнитивной психотерапии состоит в следующем:

1. Выявление неадаптивных автоматических мыслей. Потренировать пациента, способствовать приобретению им способности наблюдать за ходом своих спонтанных мыслей, за тем, в каком направлении они идут, их содержание. В дальнейшем проделать это в воображаемой психотравмирующей ситуации (визуализация), попытаться улавливать содержание и ход мыслей, выявлять, какие мысли ведут к такой патологической реакции, какие мысли об опасности предшествуют, порождают это чувство, расстройство. Важно уточнять, детализировать, развернуть их ход, «растянуть» проявление во времени и диагностировать эти автоматические мысли, которые быстротечны, малоосознаваемы. Именно осознание и выявление дезадаптивных мыслей.
2. Анализ и осознание этих мыслей как дезадаптивных, ненужных, неверных, ведущих к нарушению осознания закономерностей реальности и использование их в объективных закономерностях жизни. Эти дезадаптивные мысли — как плохая, неверная интуиция, ведущая к заблуждению. Важно, чтобы больной разотождествил себя с этими мыслями, дистанцировался от них, так как они ведут к страданию. Подвергать сомнению, усомниться в верности этих дезадаптивных мыслей, вспомнить о таких феноменах, как заблуждение, ошибка. Осознание пациентом, что причина этих неадекватных мыслей в его определенном преднастрое, в укоренившемся ходе мыслей, оторванных от реальности. Дистанцироваться от них и посмотреть на эти дезадаптивные мысли как бы со стороны, с расстояния, перестав идентифицировать себя с этими мыслями.
3. Проверка на истинность этих дезадаптивных мыслей, оценивающих реальность. Своеобразный диалог-ре-

альность и мои автоматические мысли об этой реальности, их неадекватность.

4. Формирование адаптивных мыслей. Анализ и формирование таких мыслей, суждений о реальности, которые вели бы к адаптации, к правильной оценке действительности, адекватным действиям. Важна замена дезадаптивных мыслей на адаптивные, внедрение их в повседневную жизнь путем тренировок, поведенческих действий.

А. Бек рассматривал депрессию, как фактор неправильно-го восприятия окружающей действительности и себя самого в этой ситуации. Это неправильное восприятие включает в себя: 1) пессимистическое восприятие себя; 2) пессимистический взгляд на окружающую действительность; 3) негативный взгляд на будущее. Цель психотерапии — в коррекции, замене дезадаптивных автоматических мыслей на адаптивные.

10. Групповая психотерапия

Описание работы с группой больных туберкулезом американского фтизиатра Д.Пратта (1905 г.) является первым упоминанием о групповой психотерапии, зафиксированным в литературе. Почти в то же время с группой больных алкоголизмом работал В.М.Бехтерев, разрабатывая комплексное воздействие на больных, в том числе разъяснительную психотерапию. В.А.Гиляровский (1926 г.) опубликовал отчет о работе в группе с невротиками.

Группы бывают двух типов:

1. Закрытые, одномоментные (одновременно формируют группу, проводят лечебную работу, заканчивают, распускают ее и набирают новую).
2. Открытые, непрерывные (группа идет все время, поступают новые больные, «сторожилы» заканчивают лечебный процесс в группе и выписываются, а новые пополняют ряды группы).

Общепринятым стало название «малые группы», когда в них до 8—12 человек, а большими — до 25 человек. Психотерапевту лучше начинать по типу «классной работы», то есть проводить ту же работу, что проводил бы и с одним больным,

то есть, воздействуя на каждого больного в отдельности и на группу в целом, допуская дискуссии, взаимопомощь в решении каких-то проблем. В дальнейшем способствовать возникновению дискуссий на темы трудностей, проблем жизни, в чем сущность обыденной жизни, проблем расстройств «нервной» системы, что такое психическая устойчивость и т. д. В дальнейшем включать фактор групповой динамики, где включаются механизмы функционирования группы.

Члены группы должны быть готовы и внутренне согласны на воздействие на них группы в целом, а также отдельных членов и терапевта (возможно и ко-терапевта) с целью своей перестройки и изменения, приобретение нового внутреннего опыта и форм реагирования, поведения. Усвоить и адсорбировать опыт, приобретенный в группе с переносом его в повседневную жизнь. Расширить репертуар своего возможного поведения, почувствовать свою произвольность и вариантность в поведении и реакциях.

Терапевт должен создавать тенденцию возникновения механизмов излечения при проведении групповой психотерапии.

- I. Катарсис — отреагирование имевшейся эмоциональной напряженности, формирование адекватной спонтанности.
- II. Самопознание, самоисследование через раскрытие своего внутреннего мира в группе и реакции группы на проявление своей самости с целью изменения ее в желаемом направлении.

Процесс самораскрытия и самопознания в группе лучше всего демонстрируется на примере окна «Джогарри» (первые слоги имен авторов).

1. «Арена» — то, что знает пациент о себе и члены группы знают о нем.
2. «Видимость» — то, что пациент знает о себе, а члены группы нет.
3. «Слепое пятно» — то, что другие знают о пациенте, а он не знает.
4. «Неизвестное» — то, что скрыто от пациента и от других членов группы.

В процессе групповой динамики происходит увеличение

«арены» и уменьшение «видимости», «слепого пятна», «неизвестного».

Важно на группе обговорить этические нормы поведения, что можно, а чего нельзя, проявление внутреннего уважения к другим, подтекст желаний помочь другому, понимание того, что другой тоже хочет помочь тебе, не выносить сведения о членах группы за пределы группы, то есть создание своеобразного чувства безопасности. Необходимо соблюдение принципа «здесь и теперь», то есть быть и жить в реальной ситуации, которая происходит здесь и теперь, вовлеченности в нее, этого момента своей жизни, реакции на происходящую ситуацию, жить в ней. Важно, чтобы члены группы по отношению друг к другу не делали суждений, умозаключений, а больше акцентировались на эмоциональности восприятий (я чувствую, я воспринял, я почувствовал, мне показалось, но, возможно, я ошибаюсь в своих восприятиях). Взаиморезультативное уважение, доверие, открытость, готовность помочь другим, ожидание от других этого, даже если что-то и неприятно в первый момент, то это для исправления, коррекции, выработки новых форм реагирования, поведения.

III. Закрепление новых форм поведения, ответных реакций на те или другие ситуации в группе и перенос их в реальную жизнь, поиск и закрепление новых, наиболее адекватных решений, проблем, отношений и реагирование, адекватного стиля поведения.

Все это происходит посредством групповой динамики, которая включает в себя:

1. Разминка, разогрев, актуализация спонтанности. Возможны разнообразные игры — процесс синхронизации настроек членов группы в процессе выдвижения по команде пальцев на руке до их совпадения всеми членами группы; выбор имени и его обсуждение, ранжировка по росту, возрасту, по степени доброты и т. д. Цель разминки — снять с себя социальные статусы, ролевые функции, быть самим собой, формирование тенденции включения в реальную жизнь, свой непосредственный внутренний мир, изменить свое поведение с целью более полного удовлетворения глубинных внутренних потребностей.

2. Формирование группы, объединение ее общими целями, проявление спонтанности, осознание процессов, происходящих в группе.
3. Стадия распределения ролей в группе — лидерство, харизматичность, интеллектуальное первенство, эмоциональная привлекательность и т. д., конфронтация на этой стадии, появление оппозиционеров и их вовлеченность в групповой процесс. Если стадия конфронтации вызывает бурную реакцию, то важно показать, что главная цель в группе — не столько утвердиться, сколько обогатиться опытом, взять необходимое для себя, своего изменения, обогащения душевного мира, жизненного опыта, понимание ситуации (что важно, а что второстепенно в группе и в реальной жизни). Соотношение лидерства и интересов реального дела, удовлетворение своих неболезненных потребностей, формирование состояния самодостаточности.
4. Этап сплочения, взаимного доверия, взаимопомощи, эмпатии, взаимопонимания, открытости. Формирование и закрепление новых типов реакций, поведения на основе обратной связи реакций членов группы, адаптация в группе, ведь группа, по сути дела, является моделью микросреды, общества, где можно экспериментировать, опробовать новые типы поведения.
5. Завершение группы — возникновение у членов группы чувства того, что группа для них исчерпала свою актуальность, ресурс и выход из группы всех ее членов.

Естественно, важно терапевту учитывать личностные особенности членов группы (астеники, эпитимы, синтонпики и т. д.). Важно формирование у каждого члена группы умения брать в любой сфере лидерство на себя, и в то же время давать другим играть роль лидера. Важно помнить и о групповой форме проведения разных методов (модальностей) психотерапии.

Проведение групповой формы психотерапии экономит много времени психотерапевта при решении психотерапевтических задач, стоящих на уровне нозиса на многих этапах психотерапевтического процесса.

11. Психодрама

Я.Морено, основоположник психодрамы, считал причиной расстройств нарушения усвоения ролей, системы отношений человека с миром, а в социальном контексте — эмоционального реагирования. В социальную сферу человек включается через роль. Страх, другие факторы блокируют освоение и принятие ролей, необходимых для функционирования в обществе. В развитии расстройств играют роль не только нарушения усвоения ролей, но и способность дистанцироваться от них, чтобы реализовать свои собственные потребности.

В процессе психотерапии важно способствовать возникновению спонтанности в жизненных ситуациях, творческого подхода. Влияя в психодраме на ролевые функции, развивая их, меняя, таким образом, социальные связи, мы меняем и динамику жизни человека во внешней и внутренней сферах. Здесь большую роль играет эффект группового взаимодействия, принцип «здесь и теперь». В психодраме пациент сам творит прецедент, делает «события», а не просто участвует в ситуациях, то есть формируется креативность, он вносит новое в свою жизнь.

Разыгрывая психодраматические для себя ситуации, пациент отреагирует заново, откроет что-то новое для себя, в ситуации происходит особое озарение, он расширяет свой ролевой репертуар.

Главное действующее лицо — это протагонист, тот, кто разыгрывает свои психотерапевтические ситуации, он, исходя из своих проблем, с помощью психотерапевта сочиняет свой сценарий, организует его проведение, выбирает вспомогательные «Я» для разыгрывания сцены, психотерапевт способствует организации и проведению всего этого.

Сперва важно провести разогрев группы, в которой не более 10 человек (групповая дискуссия, игры и т. д.). В психодраматическом процессе проводятся сцены, ситуации, фантазии и т. д. В дальнейшем обсуждаются психодраматические действия с анализом происходящего, степень выраженности, характер чувственного поведения. В обсуждении сперва участники группы выражают свое восприятие происходящего, а протагонист делает акцент на том, что для него бы-

ло значимо, ново, в чем он идентифицировался с чувствами других. Важен элемент экспериментирования, повтор сцен или игра новых с подтекстом развития естественной способности к игре, возникновение подлинных эмоциональных связей, творческое переосмысление собственных проблем, их осознание. Здесь действуют и механизмы групповой терапии, получение членами группы и протагонистом положительного подкрепления, то есть одобрения.

Основной механизм излечения при психодраме — это, во-первых, катарсис, то есть повторное переживание заново психотравмирующей ситуации, отреагирование, изживание аффективной реакции на эту психотравмирующую ситуацию. Во-вторых — это формирование нового способа поведения, вернее способов реагирования в таких ситуациях, обучение.

Протагонист, вкратце описывает сюжет своей трудной, часто психотравмирующей ситуации, определяет вспомогательные роли, которые необходимы ему для реализации сценария. В дальнейшем проводится проигрывание сценария.

Я.Морено считал, что истинная суть вещей (событий) раскрывается лишь, когда они оказываются в первоначальном контексте. Контекст — это восприятие ситуации с точки зрения «здесь и теперь», ситуация может и восприниматься шаблонно как было воспринято с точки зрения прошлого опыта. Необходимо при проигрывании сценария и обговаривании с группой воспринять ситуацию по принципу только «здесь и теперь», в новом контексте и расширить репертуар, протагонисту осознать свой потенциал и возможность, то есть формирование новых навыков и умений, обучение этому.

Другие участники группы получают терапевтический эффект за счет идентификации себя с протагонистом.

Очень важен процесс формирования спонтанности, спонтанного реагирования. По Я.Морено отсутствие спонтанности означает психическое нездоровье. Спонтанность порождает энергию, которая разряжается в процессе интеллектуального, эмоционального и волевого действий. Творчество реализуется тоже через спонтанность.

Ролевые игры — это только процесс обучения, где задается цель играть определенную роль, роль человека с определенными свойствами, стилем поведения. Адепты ролевых

игр считают, что не роли рождаются из собственного «Я», а собственное «Я» рождается из ролей.

Наш опыт показывает, что ролевые игры можно применять как в положительном плане, так и негативном, играя роль какого-то человека, к которому нужно выработать неприязнь, вернее к его стилю поведения.

12. Поведенческая психотерапия

Цель поведенческой психотерапии — улучшение или изменение, формирование новых способов действий, формирование механизмов, позволяющих человеку лучше себя контролировать.

Теоретическими основами поведенческой психотерапии являются классическое обуславливание И.П.Павлова, при котором условный стимул должен предшествовать по времени безусловному, и оперативное, при котором нужная реакция подкрепляется награждением, то есть поведение есть функция его последствий (E.Thorndike, B.Skinner), а также теория социального научения (A.Bandura), то есть учеба на опыте других. В последнем случае важно упомянуть теорию подражания Тарда.

На базе классического обуславливания И.П.Павлова и на идеях В.М.Бехтерева в клинике алкоголизма И.Ф.Случевский и А.А.Фрикен модифицировали поведенческую реакцию к спиртному, применяя апоморфин, Н.В.Канторович использовал для этой же цели электрораздражения.

Применяются методы:

1. Систематической десенсибилизации, предложенной Wolpe для угашения ненужных реакций на фоне одновременных воздействий стимулов, вызывающих патологические реакции, и других стимулов, которые являются антагонистами к первым, например, релаксация, задание самоутверждения и т. д. Сперва важна тренировка в воображаемой ситуации, потом ее постепенно усложняют. В дальнейшем возможен вариант записи этих ситуаций на видеокассету, а потом и в реальности.
2. Постепенное угасание ненужных рефлексов. Этот метод похож на систематическую десенсибилизацию, но в чистом виде, без других воздействий. Психотерапевт

способствует пребыванию пациента в воображаемой психотравмирующей ситуации, испытывая эти расстройства в течение 30 минут и более, что приводит их к истощению, угасанию.

3. Метод тренировки противоположного стиля поведения, поведенческих реакций.
4. Метод парадоксальной интенции В. Франкла, А. Бандуры — выполнять ненужные, патологические реакции по своей воле, желанию, усиливая их, что тоже приводит к их ослаблению, угасанию.

На стыке когнитивной и поведенческой психотерапии А. Эллис создал рационально-эмотивную терапию. Он выделяет у пациентов иррациональные установки и идеи, которые надо корригировать. В частности, это установка на должное, категоричность в этом плане, обязательность и т. д. Важно работать над этими иррациональными убеждениями пациента, предварительно диагностировав их. Анализ с больными его когнитивной сферы А — В — С, где А — стимул, В — иррациональные убеждения, С — неприятное чувство. Анализировать неприятные чувства и стимулы, которые их вызвали, и на их основании через инсайт, анализ исправлять иррациональные убеждения.

13. Трансперсональная психотерапия

С. Грофф, исходя из концепции психоанализа, построил свой оригинальный подход к работе с бессознательной сферой, исследуя феномены измененных состояний сознания. В начале он работал с ЛСД, но когда ЛСД запретили и в США, взял на вооружение для вызывания этих состояний дыхательные техники сибирских шаманов. Человек, погружаясь в измененное состояние сознания, получает особый «трансперсональный» опыт, где отсутствуют «реальные» взаимосвязи, восприятия объективной реальности в привычных образах, формах, ощущениях, и, если быть точнее, находится в состоянии «искаженного» сознания. Эти состояния дают возможность глубинным психическим структурам разрядить негативные аффекты, нереализованные влечения, снять заблокированные тенденции к восстановлению гармонии.

С.Грофф выделил три уровня жизни человека: 1) перинатальный — внутриутробный; 2) биографический — реальную жизнь; 3) трансперсональный (внеиндивидуальное содержание — исторический период развития человека, всего живого и неживой природы). Обычно трансперсональную психотерапию проводят в группе от 6 до 10 человек, хотя возможны другие варианты, в частности — индивидуальные. Предварительно проводят консультацию терапевта, исследование ЭКГ на предмет соматических противопоказаний, а также у невропатолога с целью исключения органики.

Этапы проведения:

1. Вводная беседа преследует создание соответствующего настроения на изменение сознания, искажение восприятий, появление особых ракурсов, восприятие окружающих событий жизни, как в прошлом, так и в настоящем, переживание себя, своих самоощущений. Именно формирование более легкой тенденции возникновения этих феноменов, без какого-либо контроля, самонаблюдения, так как цель — просто переживать, довериться процессу возникновения этих состояний.
2. Проведение дыхательных техник. По сути дела, эти упражнения вызывают дыхательный алкалоз буферных систем (гипервентиляция), который является мягким, лечебным шокowym ударом для психики и вызывает изменение ее состояния на фоне предшествующего сосредоточения внимания, то есть дыхательной медитации, которая способствует возникновению транса.

Каждое занятие продолжается 2-3 часа. Группа разбивается на пары, из которых одни участвуют, а другие ситтеры (сиделки) и располагаются напротив, так как возможно возникновение мышечных подергиваний, зажимов и ситтер боится от этих явлений. Дыхательные упражнения обычно проводятся на фоне музыки, стимулирующей и задающей ритм дыханию и дающей настрой для переживаний. Сперва музыка должна носить «разогревающий» характер, создающий гипервентиляцию, — в течение 10-15 минут на первом сеансе с последующим увеличением до 25-30 минут. Далее переходят на музыку, индуцирующую тяжелые по характеру переживания с целью пробудить в бессознательной сфере со-

ответствующие проявления, оживляя их, актуализируя, что приводит к выведению их наружу и заканчивается медитационной музыкой.

После сеанса проводятся обсуждения переживаний, их характера. Переживания могут носить перинатальный, биографический или трансперсональный характер.

Основной излечивающий механизм — выведение, разрядка вытесненных комплексов, переживаний, а также эффект ребефинга, то есть эффект заново родившегося, сбросившего груз прошлого, освежающего и стимулирующего пробуждения резервных сил организма, вовлечения тех структур мозга, которые раньше пребывали в пассивном состоянии.

14. Гештальттерапия

Основоположник этого направления в психотерапии Ф.Пёрлз в 1952 году организовал Институт гештальттерапии в Нью-Йорке. Гештальт — результат интеграции многих факторов, присутствующих в данный момент. Фигура, входящая в гештальт, — наиболее актуальная в данный момент потребность, эмоция и то, что ее может удовлетворить, а все остальное окружающее — фон. Динамика жизни это переход фигуры в фон и из фона в фигуру по типу «контакт уход».

Незавершенные гештальты могут дезорганизовать психику человека, так как самопроизвольно всплывают и искажают текущий момент, мешают его осознанию. Поэтому Ф.Пёрлз придавал большое значение процессу контакта личности с зонами: 1) внешнего мира; 2) внутреннего телесного мира; 3) психических процессов (мир идей и фантазий). Вследствие этого основной психотерапевтический механизм при гештальттерапии — это сознание, его тренировка в этих трех зонах. Именно тренировка механизмов, приобретение навыков сознания в течение 15-20 минут в каждой зоне. Человек сидит, расслабившись и сфокусировав свое сознание, пытается сознать ощущения и восприятия, полученные из внешней среды данной ситуации. Отчет об этом процессе начинать фразой: «Сейчас я сознаю ощущения, восприятия...», то есть происходит тренировка присутствия в ситуа-

ции («здесь и теперь»). Еще 15-20 минут тратится на сознание телесной зоны и столько же на сознание психической сферы (сейчас я сознаю, что думаю, представляю). То есть происходит тренировка адекватного восприятия окружения и себя сообразно сознанию, формирование на этой основе гештальта к месту, случаю, к возможности его реализации, и на их основе реальной фигуры, учитывая общепринятость, приемлемость ее на данном фоне.

Такая тренировка дает возможность пациенту переживать ситуацию в целом, в том числе и свое состояние, погрузиться полностью в нее и жить в ней на данный момент именно через сознание. Погрузиться в бытие данного момента, то есть реализация принципа «здесь и теперь», избегать возникновения неадекватных, психотравмирующих фигур. Полноте бытия мешает то, что есть тенденция постоянно отвлекаться от ситуации в прошлое, в будущее, в другие ситуации и места, и эффективность переживания действующей ситуации снижается. Мы постоянно отвлекаемся, делаем что-то, обедняя полноту переживаний, восприятий, эффективность действий.

Ф.Пёрлз видел в приоритете ощущений, восприятий, чувств над интеллектуальными процессами залог адекватности.

Перестройка форм поведения, реагирования в настоящем является задачей гештальттерапии, и этот процесс идет на уровне переживаний (ощущений, переживаний, эмоций). Тренировка способности воспринимать ситуацию в чистом виде, не по шаблону, возникновение на этой почве свежих эмоциональных переживаний, адекватного восприятия всего с оттенком как бы впервые увиденного, по механизму непосредственного восприятия. Это позволяет смотреть на окружающий мир и себя самого непредвзятым, свежим, познающим взглядом.

Ф.Пёрлз придает главное значение контакту, именно процессу, происходящему на границе нашего «Я» и среды (внешней, телесной и психологической) и выделяет следующие типы взаимодействия.

1. *Слияние* — конфлюенция, не выделение себя, а принадлежность к чему-то, сглаживание различия, сковывание с чем-то одной целью, своеобразное «соглашение» не спорить. Этот вид контакта характерен в детстве, когда ребенок не отделяет себя от среды, родителей. Этот вид контакта сохраня-

ется и в зрелом возрасте, но может приобретать патологические формы и требует специальной работы.

2. **Интроекция** — восприятие всего без личностной переработки, как «младенец без зубов глотает все, что ему дают», является способом заимствования чужого опыта, но «зрелый человек откусывает, пережевывает и перерабатывает пищу», так же должно быть и с информацией от сред. Такой вид контакта приводит к усвоению не нужных, чуждых, иногда и очень вредных типов поведения, эмоциональных форм реагирования. В этом случае граница контекста переносится внутрь человека.

3. **Проекция** — отдаление от себя неприемлемых мыслей, желаний, свойств и приписывание их другим людям, перекладывание на них ответственности за свои поступки. Человек с таким видом контакта часто употребляет местоимение «они» вместо «я», так как не способен к самоидентификации («они меня довели» и т. д.). Ф.Пёрлз считал человека с таким типом контакта, как бы окруженным зеркалами и считающим, что смотрит в окна, а не в зеркала, то есть контакт вынесен наружу.

4. **Ретрофлексия** — человек направляет на себя то, что хотел бы сделать другому или хотел бы получить от других. Например, агрессивен по отношению к себе, или обвиняет себя во всем, или жалеет себя. При ретрофлексии изменяется направленность реакции: вместо к среде направленность к себе.

5. **Дифлексия** — уклонение, приемы ухода от контакта со средой, а изоляция — крайняя выраженность ухода.

Приемы, техники сознания, их тренировка признаны устранить эти патологические формы контакта и восстановить естественные, непосредственные контакты со средой, свободно взаимодействовать со средой, привлекая внутренние саморегулирующие механизмы, то есть свою самость, без блокирования процесса сознания.

Работа по тренировке механизмов сознания наряду с анализом и коррекцией типов контакта во всех сферах является важной.

Техника «пустого стула», целью которой является завершение незавершенных гештальтов, восстановление контактов в рамках нормальных границ, формирование ответственности за свои поступки, восстановление аутентичности.

Первый этап «пустого стула»: например, сидит наркоман на одном стуле, напротив на пустом стуле сидит воображаемая мать, и он высказывает ей все свои упреки, неудовольствия, возмущения. Второй этап — они меняются местами, и он садится на стул воображаемой матери и входит в ее роль, предъявляя все претензии, горечи, обиды, любовь.

Важную роль играет восстановление аутентичности, и для этого надо пройти:

- первый уровень — клиент не живет непосредственно контактом со средой, и контакт носит шаблонный, формальный характер («как дела?», «всех благ»);
- второй уровень — контакт носит тоже не непосредственный характер, а играние ролей (благодетель, супермен, важная персона, святая невинность и т. д.), то есть играет эти роли, как будто бы являясь таковым, не являясь им по сути;
- третий уровень — когда в контакте снимается шаблонность, играние ролей и возникает уровень тупика. В этом случае возникает переживание пустоты, экзистенциального тупика, так как привычные формы контакта отброшены, а аутентичность не сформирована в контексте. Человек, перестав проявлять шаблоны, играть роли, не получает одобрений от других, их поддержки, а сам еще не способен на самоподдержку. По сути дела, эти шаблоны, роли, манипуляции закрывали пустоту;
- четвертый уровень — возникновение страха конца прошлому пути контакта. Противоположные тенденции как бы застыли, и человек переходит на эксплозивную форму внешнего взрыва;
- пятый уровень — осознание этого состояния способствует соприкосновению с глубинной сущностью личности (самостью) и, освободив чувство своей самости, способен переживать и выражать свои истинные чувства и эмоции. При этом Ф.Пёрлз подчеркивал, что «психотерапия — это всегда творческий процесс, основанный на проникновении в суть проблемы».

Гештальттерапию проводят и на группе. Техника «горячего стула», когда на стул в центре садится кто-то, и с ним од-

ним работают, соблюдая принцип «здесь и теперь». Остальные члены группы идентифицируются с ним, сопереживают ему, оказывают ему эмоциональную поддержку.

15. Клиент-центрированная психотерапия

К.Роджерс считал главным в психотерапевтическом процессе «помогающие отношения». Важно именно не делать что-то с клиентом, а быть с клиентом. Более важны не техники, а какие мы в отношениях с клиентом.

Клиент-центрированные психотерапевты пытаются избежать обвинения в техницизме, а также своим внутренним миром менее всего вторгаться в мир клиента. Тем самым создается ситуация, в которой у клиента есть шанс оценить реальность природы своего внутреннего мира и при этом не надо бороться с точкой зрения, мировоззрением психотерапевта. Психотерапевт задает вопросы не для прояснения себе каких-то явлений или их характера, а, что важно, для уточнения его переживания для себя, для более полного развития его внутреннего процесса, реализации всей его сущности. Описывая это, К.Роджерс использовал метафору парного танца, в которой ведет клиент, а сопровождает его психотерапевт. Для этого вида психотерапии важно изменение в первую очередь субъективного мира клиента, а не внешних, поведенческих реакций.

Психотерапевт акцентирует внимание не на проблемы клиента, а на состояние его внутреннего мира, переживаний в данный момент. Помогающие отношения, главные психотерапевтические механизмы клиент-ориентированной психотерапии состоят:

- 1) из эмпатического понимания психотерапевтом клиента, эмоциональное созвучие к его состоянию, настрой психотерапевта своим внутренним миром на мир переживаний клиента, что создает у клиента понимание и чувство, что его понимают и сопереживают ему, с ним идентифицируются, как бы входят в его внутренний мир, он близок им;
- 2) из невызывающего сомнений позитивного (уважительного) отношения к клиенту без каких-либо оценок с негативным, осуждающим характером;

3) из конгруэнтности (цельности) психотерапевта, проявляющейся в единстве чувственных переживаний с мимикой, пантомимикой, модуляциями в голосе, с внутренним настроением в целом, в осознании этого единства, то есть проявлять свою сущность, в которой звучит его позитивное отношение к клиенту.

Клиент в таких эмоциональных условиях самоактуализируется, проявляет тенденцию к личностному росту, начинает чувствовать важность своего внутреннего мира, изменения его в положительную сторону. Приобретение, восстановление опыта научения в реальной жизни, включение в реальную жизнь и гибкое реагирование на изменение в ней, а не действие по шаблону. Углубляется и приобретает личностный характер переживаний, доверие к ним, формируется правильный ракурс оценки своего внутреннего мира, восстанавливается и улучшается процесс самопознания, повышается доверие к себе, к своим действиям, способствует включению в жизнедеятельность.

Весь этот процесс способствует формированию зрелости, «полной функционирующей личности», то есть полная конгруэнтность, способность справляться с трудностями жизни, творчески подходить к своей жизни, к реализации себя в жизни.

Психотерапию по К.Роджерсу можно проводить индивидуально и в группах (групповые встречи). Введенное К.Роджерсом понятие «основной встречи» предполагает индивидуальное развитие, вследствие того что члены группы могут свободно выражать свои собственные чувства и принимать в свой внутренний мир чувства других членов группы. В группе встреч атмосфера психологически способствует самораскрытию клиента, самоосознанию, формированию у членов группы ответственности, внимания к чувствам и переживаниям других людей, их внутреннему миру в группе, то есть по принципу «здесь и теперь».

16. Гипносуггестивная психотерапия

История вопроса феноменов гипнотического состояния древняя, как и человечество. Наиболее древнее литературное упоминание о феноменах гипноза датируется около XV века до н. э. в папирусе Эберса. В древнегреческом храме Аскле-

пия использовались феномены гипноза. Эффект внушения использовал венский врач А.Месмер в конце XVIII века. Английский хирург Бред в 1843 году выпустил книгу «Нейрогипнология», в которой впервые употребил слово гипноз (hypnos — сон). Учение о гипнозе, гипнотерапия бурно развивалась во Франции, это, прежде всего работы школы в Нанси А.Льебо, А.Бони, И.Бернгейм и др., в Париже — М.Шарко, П.Жане, в Швейцарии — А.Форель и многие, многие другие пионеры гипнотерапии.

В России на кафедре физиологии Харьковского университета В.Я.Данилевский экспериментально изучал гипноз. В Москве феномен гипноза изучал А.А.Токарский, ученик С.С.Корсакова, в Санкт-Петербурге — В.М.Бехтерев, его ученик К.И.Платонов — в Харькове. Ученики И.П.Павлова экспериментально изучали гипноз, его феномены (Б.Н.Бирман, Л.Н.Воскресенский, М.К.Петров и др.), в Москве — Ю.А.Поворинский, И.В.Стрельчук, Е.А.Попов, В.Е.Рожнов, в Ростове-на-Дону — М.П.Невский, в Иркутске — И.С.Сумбаев.

За рубежом в настоящее время усиленно изучается феномен гипноза, явление гипнотерапии, имеются многочисленные ассоциации, проводятся съезды, но, к сожалению, в нашей литературе это не находит отражения и исключением в этом вопросе является информация в работах В.Л.Райкова.

Общеизвестно, что состояние, обозначенное позже как гипноз, возникло первым среди методов психического лечения. Гипнотерапия пережила на своем длительном историческом пути взлеты и падения, но в настоящее время можно констатировать факт ее недооценки в нашей литературе.

В общесоматических больницах, поликлиниках почти не применяется гипнотерапия с целью комплексного лечения психосоматических заболеваний. В клинике пограничных состояний психотерапевты больше демонстрируют приверженность к «новейшим» методикам, чем к комплексной психотерапии, к психотерапевтическому процессу превращения больного в здорового. Ведь ни одна из существующих психотерапевтических школ, методик не может полностью выполнить этот психотерапевтический путь: больной — здоровый или при хронической форме заболевания: больной — относительно здоровый, профилактика рецидива заболевания. Погоня за новей-

шими методиками, применение их в чистом виде без понимания их значения на разных этапах лечения больного человека, механизмов психотерапевтического воздействия, без их разумного сочетания со «старыми» в «технологии» лечения не ведут к прогрессу в психотерапии на данном этапе ее развития.

Важно помнить, что в такой совсем не ретроградной стране (а это о многом говорит), как США, существуют две ассоциации клинического гипноза (Американская ассоциация клинического гипноза и Американская ассоциация экспериментального и клинического гипноза). Так что более полноценное внедрение гипнотерапии в нашей стране не теряет актуальности, а, наоборот, ее актуальность возрастает.

Развитие человечества в целом и развитие каждого человека в частности шло двумя параллельными путями. Во-первых, это выделение себя из окружающего, осознание своей идентичности и переход к самосознанию, т. е. не просто знание чего-то, но и формирование знания о том, что он знает, осознает себя, свое состояние. В то же время человек может отождествлять себя с окружением по каким-то параметрам осознанно, а часто и неосознанно (что иногда у наших больных не способствует успешности психотерапевтического процесса). Во-вторых, это процесс абстрагирования, т. е. от манипулирования реальными вещами — к манипулированию в уме образами, представлениями об этих реальных вещах, явлениях. Как развитие этого процесса — переход к словам, которые вызывают представления предметов, их образов, а дальше и последний этап перехода к полной абстракции, когда слова уже обозначают больше понятия и смыслы, чем образы. Таким образом, мы видим, что путь постижения закономерностей, логики реальности, понимания смысла и значения окружающей реальности, ее свойств уже происходит не через манипулирование реальными предметами, явлениями, а абстрактно, т. е. косвенно, путем мышления.

Высказывание лауреата Нобелевской премии И.П. Павлова: «Слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие...» — особенно актуально для психотерапевта. Ведь в повседневной жизни человек в своей речевой деятельности

настолько абстрагируется от значения произносимых фраз, что речь часто действует не как реальный условный раздражитель, а как абстрактные понятия. Поэтому очень важно, чтобы при погружении в гипноз слова погружающего несли значение реальности условного раздражителя, а не проговаривания (например, «спокойствие овладевает вами», «желание спать» и т. д.). При изучении техники гипноза начинающим важно внимательно вчитаться, проникнуться духом слов И.П.Павлова: «Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражителями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет и поэтому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражения...». Недаром эти слова взял девизом к своей книге «Слово как физиологический и лечебный фактор» К.И. Платонов. Резюмируя эти высказывания, он писал: «Нужно сказать, что всякое слово как раздражитель является безразличным для человека до тех пор, пока в коре его мозга не возникла условно-рефлекторная связь между этим словом и тем или иным безусловным раздражителем или условным раздражителем первой сигнальной системы». Именно врач-гипнолог, погружая больного в гипнотическое состояние, должен, созвучно переживая семантику, значение произносимых слов, «замыкать» у него условно-рефлекторную связь между произносимым словом и тем или иным безусловным раздражителем. Пример по аналогии: многие, читая стихи, не воспринимают их, не чувствуют их внутреннюю сущность, они для них «холодны», и те же люди получают огромное наслаждение, слушая их при чтении знатоками поэзии.

Врачу, осваивая гипнотерапию, важно начинать свое обучение с погружения в гипноз словесным методом. В педагогических целях мы здесь не касаемся показаний и противопоказаний, клинических задач, решаемых гипнотерапией, исходя из нозологической сущности и этапов лечения, что будет изложено ниже. На первом сеансе следует обговорить с больным сущность метода, снять опасение по поводу гипноза, которое может быть сформировано под впечатлением эстрадного представления. Не очень вдаваясь в теорию, объяснить больному, что это лечебная процедура и гипноти-

ческое состояние целительно само по себе, что это неестественный сон и в этом состоянии слова врача имеют целебную сущность. Необходимо обговорить с больным точное время окончания сеанса, чтобы снять временную неопределенность.

Приступая к гипнотерапии, погружая пациента в гипнотическое состояние, врач все время должен держать в уме идею процесса перевода больного в состояние гипноза (т. е. бодрствующее состояние гипнотическое). Для четкого понимания этого процесса, более легкого запоминания, уяснения, ускорения обучения мы условно выделим ряд этапов этого процесса словесного погружения в гипноз. Приводим нашу схему формул словесного погружения в гипноз, которая может служить на первых порах образцом, а в дальнейшем врач может сам импровизировать, вырабатывать собственные варианты и формулы погружения в гипнотическое состояние, но держа в подтексте процесс перевода из бодрствующего состояния в гипнотическое.

1. Общее успокоение (цель — дать больному время и возможность успокоиться, лежа на кушетке, чтобы наступило общее успокоение всего организма).

«Лежите удобно на кушетке, так, чтобы ничто вам не мешало, не беспокоило, не создавало неудобств... Закройте глаза, лежите спокойно, молча, неподвижно. Настраивайтесь только на отдых. Спокойствие и отдых. Приятная усталость разливается по всему телу, хочется отдыхать. Представьте себе, что вы после трудного рабочего дня или туристического похода, когда очень устали и хочется отдохнуть, легли и наслаждаетесь покоем. Спокойствие и отдых все больше и больше овладевают вами... Ваше дыхание ровное, спокойное, ритмичное... Приятная усталость овладевает вами... Вас охватывает все больше и больше чувство покоя и отдыха, приятного отдыха. Приятная усталость во всем теле... Единственное желание — отдыхать, наслаждаться покоем и отдыхом... Полный покой и отдых... Дыхание становится все более и более спокойным, ритмичным, поверхностным, дышится легко, и вы отдыхаете, погружаясь все глубже и глубже в покой и отдых. Спокойствие и отдых, отдых и покой... Желание отдыхать, неодолимое желание отдыха и покоя... Желание внутреннего покоя и отдыха... Покоя и отдыха... Постепенно успокаиваетесь, успокаиваетесь... Приятное спокойствие, спокойствие...

Просто желание отдыхать. Состояние полного покоя... Дыхание легкое, ровное, ритмичное. Вы полностью отрешились от всех забот, переживаний, хлопот. Мой голос действует на вас успокаивающе».

2. Мышечное расслабление (цель — достижение мышечного расслабления, пассивного состояния всего тела как промежуточная цель на пути к гипнотическому состоянию).

«Приятная расслабленность начинает охватывать мышцы всего тела... Приятная расслабленность и истома во всем теле... Мышцы лица и шеи расслабляются, расслабляются... Расслабляются все более и более, и вы чувствуете, как ваша голова лежит на подушке, всем своим весом давит на нее, глубже уходит в подушку... Мышцы лица и шеи полностью расслабились... Мышцы плечевого пояса расслабляются, приятная расслабленность мышц плечевого пояса... Мышцы рук расслабляются, приятная расслабленность и теплота разливаются по рукам... Полная расслабленность во всех мышцах рук, и они, как тряпки, лежат на кушетке, всем своим весом давят на нее... Приятная расслабленность и тяжесть в руках... Мышцы рук полностью расслабились, они слегка теплые и тяжелые. Теплота и тяжесть в руках... Мышцы туловища расслабляются, расслабляются, полностью расслабились... Мышцы ног расслабляются, все больше и больше расслабляются... Полная расслабленность мышц ног. Полная расслабленность во всем теле, расслабленность, спокойствие и отдых... Приятная легкая теплота и истома во всем теле, тело как будто не свое... Желание отдыхать, глубже в покой. Во всем теле приятная истома и покой... Тело как будто бы не свое».

3. Сфера восприятия окружающей среды (цель — достижение своеобразной отрешенности от всего окружающего, дальнейший уход в гипнотическое состояние).

«Все посторонние звуки как будто удаляются от вас, утомляют, усыпляют вас... Спокойствие и отдых... Приятная отрешенность овладевает вами... Отрешенность и покой... Вы слышите отчетливо мой голос, который действует на вас успокаивающе, усыпляюще, и вы отдыхаете, отдыхаете, отрешившись от всего. Полный покой и отдых. Все глубже и глубже погружаетесь в отрешенность от всего, полный покой».

4. Интеллектуальная сфера (цель — снижение уровня функционирования интеллектуальной сферы, «выключения» ее).

«...Лень и неохота о чем-либо думать... Желание полного покоя...

бездумья и отдыха... Спокойствие. Расслабленность и отдых. Ваши мысли начинают совпадать с моими словами, все посторонние мысли уходят, вы отвлекаетесь от них. Бездумье и покой, полное бездумье и приятный, безмятежный отдых. Покой и бездумье. Лень и неохота о чем-либо думать, мысли делаются ленивыми, рассеиваются, и приятное бездумье все больше и больше охватывает вас. Мыслей все меньше и меньше, мысли уходят... Желание бездумья и спокойствия, полного и глубокого спокойствия... Чувство полного покоя все больше и больше овладевает вами... Приятное бездумье, спокойствие и отдых, глубже в покой».

5. Эмоциональная сфера (цель — снижение уровня функционирования эмоциональной сферы, дальнейшее погружение больного в пассивное состояние как этап на пути в гипнотическое состояние).

«...Желание полного, глубокого покоя и отдыха... Все спокойнее и спокойнее становится на душе и в голове... Переживания, мешающие покою и отдыху, уходят от вас... Желание отдыхать бездумно и безмятежно. Отдаваясь всецело и полностью спокойствию и отдыху, вы больше ни о чем не тревожитесь. Приятное спокойствие на душе, полный отдых. Дыхание ровное, спокойное, ритмичное, дышится легко, и вы отдыхаете... Приятное спокойствие на душе, отдых, желание отдыхать».

6. Волевая сфера (цель — внушение своеобразного безволия, похожего на состояние при пробуждении, когда хочется еще спать, лень и неохота двигаться).

«...Приятное безволие охватывает вас... Лень и неохота шевелить руками, ногами... Состояние бездумья, приятного безволия во всем теле, и вы отдыхаете, отдаваясь полностью покою и отдыху... приятное безволие в руках, ногах, лень и неохота шевелиться, проявлять активность... Желание отдыхать, хочется отдыхать... Вы полностью отдаетесь безволию и отдыху, полному отдыху всего организма. Отдыхает каждая клеточка вашего организма, полный покой и отдых».

7. Фаза внушения дремоты (цель — погружение больного в дремоту).

«Приятная дремота окутывает ваше сознание, желание отдыхать, желание спать. Дремота и отдых, глубже и глубже погружаетесь в дремоту. Дыхание спокойное, ритмичное, дышится легко, и вы отдыхаете, отдаетесь полностью покою, отдыху, дремоте... Дремота, сознание все больше

и больше окутывает дремота,.. Полный покой и отдых. Желание спать. Полностью погружаетесь в дремоту, отдых, отрешенность от всего. Вас охватывает сонливость. Дремота усиливается, нарастает, и вы оказываетесь как бы в легком сне, отрешенность от всего».

8. Фаза внушения сна (цель — внушение самого гипнотического состояния).

«...Спокойствие, отдых, желание спать, желание спать, и вы не сопротивляетесь этому желанию, отдыхаете... Сонливость усиливается с каждым вздохом. Дышится легко... Дыхание спокойное, поверхностное, ровное, ритмичное, и вы все глубже погружаетесь в сонливость. Желание спать нарастает, все сильнее и сильнее хочется спать. Неодолимая сонливость охватывает вас... Желание спать, и вы постепенно погружаетесь в сон, сон, отдых... Забываетесь сном... Спите, спите... Глубже и глубже в отдых, сон, лечебный сон, при котором ясно и отчетливо слышите мой голос. Лечебный сон».

Начиная осваивать гипнотерапию, врачу следует научиться настраивать себя на внутреннее, глубинное спокойствие, уравновешенность в любых ситуациях, которые могут возникнуть в процессе проведения сеанса (здесь может сыграть положительную роль овладение врачом АТ). Проникнуться этим состоянием настроив на спокойствие и сон, передавать этот настрой в тоне и темпе формул погружения. Попытаться настроить больного на спокойствие, сотрудничество, доверие, согласие, умиротворенность. Погружая больного в гипнотическое состояние, произнося фразы погружения, стараться, чтобы в голосе звучали чувства, состояния, обозначенные в содержании слов, спокойная настойчивость с оттенком того, что и больной этого желает, уверенность в том, что так и будет. В голосе должны звучать, подобно внушающей фразе, мысли и желания, пронизывающие сознание больного, заполняющие его. Попытаться завладеть вниманием больного, сосредоточить его внимание только на этих фразах погружения, заполнить ими сознание больного. Вкладывать в слова силу, чтобы слова были проникнуты этой силой и в то же время спокойствием, уверенностью. Врач должен полностью сосредоточиться на значении употребляемых слов, ярко представлять себе их значение и стараться передать это боль-

ному, убаюкивая его, вызывая приятную дремоту и лечебный сон. Фразы, подлежащие запечатлению в сознании больного, следует повторять многократно, с разных сторон освещая их. Важно помнить, что, погружая в гипнотическое состояние, надо моделировать переход от бодрствующего состояния в гипнотическое. Начинается погружение в гипноз с внушения в бодрствующем состоянии и внушения гипнотического.

В. Вундт понимал под внушением ассоциацию с одновременным сужением сознания по отношению к представлениям, возбуждаемым путем сочетания, так что противоположные душевные связи не проявляются.

П. Жане определял внушение как влияние одного человека на другого, происходящее без сознательного согласия.

По словам В. М. Бехтерева, «внушение проникает в психическую сферу не путем логического убеждения, но, так сказать, с «заднего крыльца», обходя личное «Я», личное сознание и волю, и это явление имеет одинаковый характер как в гипнозе, так и в бодрствующем состоянии».

Можно сказать, что внушение — это информация, полученная субъектом в обход критики, вне активной сознательной переработки.

В состоянии бодрствования это достигается в результате авторитетности, большой компетентности лица, производящего внушение, внезапности в тот момент, когда субъект рассеян, затруднены ассоциации, активность мышления. То есть апелляция к сфере бессознательного в обход сознания с его критикой является сущностью внушения. Многие авторы, чтобы вскрыть эту сущность, прибегали к аналогии. Они справедливо писали о том, что рассудок выполняет две функции: активную и пассивную. По аналогии они просят вообразить себе двух близнецов, совместно работающих в одной фирме, — активного и пассивного. Пассивный — это добродушный, покладистый, автоматически упорно и усиленно работающий человек. Он суеверен, очень доверчив и склонен верить всему, что ему говорят, если только это не противоречит его здравому смыслу. Активный — это скептический, зоркий, твердый человек, проявляет бдительность, наблюдая за своим пассивным братом, чтобы не пострадали интересы фирмы. Вся философия в том, чтобы обойти бдительность

активного брата. То есть апелляция к глубинному, бессознательному «Я», минуя сознательное критическое восприятие.

Для удобства обучающихся приводим образцы формул погружения в гипнотическое состояние ряда психотерапевтов. Рекомендуем, как можно чаще читать эти тексты и проникнуться духом погружения в гипноз, ярко представляя себе картину погружения в гипноз.

В.Е.Рожнов пишет по этому поводу:

«Принципы усыпления и употреблявшиеся при этом выражения в общих чертах одинаковы и в своем современном виде выглядят примерно так: «Расслабьте мышцы. Лежите совершенно спокойно. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я вам буду говорить. У вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы лица, мышцы шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и по мере того как я буду проводить этот счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать все больше и больше, все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру десять, вы заснете».

Примерно такие фразы врач повторяет несколько раз спокойным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спать! Спите!» Говорить лучше негромко, спокойно, но в то же время твердо и уверенно. Отдельные слова, особенно такие, как «Спать! Спите!», следует выделять из общей мелодии речи и произносить с ударением, придавая им приказной оттенок. Не следует допускать скороговорок, слова должны произноситься с некоторыми паузами, фразы должны быть короткими, понятными, легко воспринимаемыми. Все вышесказанное относится и к формулам собственно лечебных внушений, которые начинают говорить тогда, когда больной уже погружен в гипнотическое состояние. Слова, произносимые в лечебных целях, должны быть в первую очередь продуманными, стерильными в интрогенном отношении, доступными, обладать впечатляющей смысловой глубиной.

К.И.Платонов рекомендует примерно следующие слова усыпления:

«Вы уже пришли в состояние полного душевного покоя, необходимого для наступления дремоты, а в дальнейшем — сна. По всему вашему телу начинает разливаться приятная нега и истома, у вас появляется сонливость, ощущается приятная вялость, тяжелеют веки, как бы наливаются свинцом, вы начинаете чувствовать, как вас неодолимо клонит ко сну. Мой голос вы хорошо слышите, я сейчас буду медленно считать до десяти, с каждым счетом ваша дремота все более углубляется: раз... два... три... (и т. д. до десяти). Вы засыпаете, переходя во все более глубокое состояние спокойного и приятного сна».

Эти слова следует произносить негромким голосом, монотонно, медленно, спокойно, но в то же время достаточно четко и уверенно. Отдельные фразы повторяют по несколько раз.

Необходимо вселить в больного твердое убеждение в том, что внушаемое ему засыпание действительно приходит как бы само собой, причем он с каждой минутой поддается этому состоянию все более и более.

Дальнейшие слова усыпления могут быть таковы:

«Ну вот, вы сейчас находитесь в состоянии полного покоя, вам дышится спокойно, легко и хорошо. Вы совершенно отрешились от всех ваших забот, волнений и впечатлений дня, на окружающее вы не обращаете внимания. Мои слова продолжаете четко воспринимать. При этом ничто вас не волнует, никаких неприятных ощущений у вас нет, по телу разлилась приятная слабость, ваши руки и ноги отяжелели, отяжелели веки, вас все более и более охватывает дремота, нет желания ни двигаться, ни открыть глаза, ваши веки слиплись, вы все более погружаетесь в глубокий, спокойный сон, вы спите!»

Такие усыпляющие внушения время от времени следует повторять, причем они постепенно приобретают характер сообщения о том, что уже совершилось:

«Вы уже перестали ощущать свое тело, ваши веки уже плотно сомкнулись, очень приятное отдохновение уже разлилось по вашему телу, полное успокоение уже наступило, никаких волнений уже нет, мои слова еще более четко воспринимаете и все более поддаетесь их воздействию».

Если признаков наступления сна пока не имеется, нужно, продолжая усыпление, все более настойчиво подчеркивать:

«Вот вы уже не можете двинуть ни одной частью своего тела, вам хочется лежать совершенно спокойно. Чем дольше вы слышите мой голос, мои слова, тем сильнее слипаются ваши веки, и тем глубже вы засыпаете».

При этом следует иметь в виду, что некоторые люди уже че-

рез 2-3 минуты после начала усыпления становятся сонливыми, а вскоре после этого глубоко спят, в то время как у других сонливость и сон развиваются значительно медленнее, лишь после 10-20 минут усыпления, а у третьих — в первый сеанс не удается добиться даже легкой сонливости, она появляется лишь в последующих сеансах. Это обстоятельство, несомненно, сильно препятствует получению во всех случаях достаточно быстрого эффекта. Поэтому для ускорения развития сонливости и сна рекомендуется с первого же сеанса внушать больному, что «переходить в сонливое состояние с каждым сеансом вы будете быстрее и быстрее и засыпать будете все глубже и глубже!»

С.И.Консторум:

«Слушайте меня внимательно и не спускайте глаз с этого предмета.

Вы убедитесь в том, что большую роль в борьбе с алкоголем играет внушение врача, так называемый гипноз. Сейчас вы сами испытаете, как все, что я скажу, будет вами выполнено словно помимо вашей воли. Сидите спокойно, молча, неподвижно, дышите ровно. Слушайте внимательно мой голос. Вы замечаете уже, что ваши глаза устали смотреть в одну точку, вам хочется закрыть их, вы чувствуете, как веки тяжелеют. Не противьтесь этому чувству усталости, закройте глаза, если хочется; если нет, смотрите в ту же точку, скоро и вы сомкнете глаза (ибо вдвое-трое уже в эту минуту опустили веки).

Вы замечаете, как от глаз чувство приятной усталости разливается по всему телу, руки и ноги становятся тяжелыми, вам не хочется двигаться, шевелиться, трудно открыть глаза, разговаривать, все тело словно сковано приятным чувством отдыха, неподвижности. И мысли делаются тоже такие ленивые, мысли рассеиваются, ни на чем не задерживаются, вы постепенно погружаетесь в приятное состояние легкой дремоты, полусна, полного бездумья. Я считаю до 10 и, покуда считаю, все кругом отходит куда-то вдаль, близко и ясно слышен только мой голос, нет ничего, кроме моего голоса, кроме моих приказаний. Я считаю: раз, два... десять.

Спите, глубже спите. Нет ничего, кроме моих приказаний, и вы теперь уже не в состоянии им противиться».

Все это я произношу не слишком громким, скорее — тихим и чуть монотонным, ровным голосом, говорю медленно, но без пауз».

М.Е.Бурно:

«Для тех, кто только учится гипнозу, могу предложить как «печку»,

от которой возможно поначалу оттолкнуться, сложившуюся у меня за долгую практику формулу спокойной гипнотизации (сокращенную здесь). С годами у каждого психотерапевта складывается своя «песня», отвечающая его душевным особенностям, мироощущению. Итак, в случае индивидуального сеанса, подготовив пациента к тому, что будет спокойное лечебное внушение и никакой эстрады, прошу его лечь на диван (кушетку) или сесть в кресло, закрыть глаза и расслабиться. Затем говорю — «пою» примерно следующее, переплетая между собою оба указанных выше основных момента, приема спокойной гипнотизации:

Удобно и хорошо так сидеть (лежать). Расслабились, совершенно расслабились, как бы отпустили тело свое. Голова уходит в подушку (в спину кресла). Голос мой все время хорошо слышится, на прочие звуки внимания не обращаете, а голос мой все время хорошо слышится. Я буду считать до десяти — и пока буду считать, с голосом моим глубже и глубже, бесконечно глубоко будете уходить в целебный покой. Раз, два... тяжелеют плечи, руки, ноги, все тело тяжелеет и тяжелеет и потихоньку теплеет. Приятная усталость, тяжесть расходитя, распространяется по всему телу. И дышится ровно, спокойно. Голос мой все время хорошо слышится и глубоко проникает в Вас. Все, что говорю, западает в душу. Три, четыре... Крепче и крепче схватывает Вас лечебный сон. И не хочется двигаться, и трудно двигаться. Спать... спать... глубже спать... пять... шесть... Все хуже и хуже слушается Вас Ваше тело, как будто бы оно само по себе. Мягче, легче, светлее на душе. Остатки напряженности рассасываются и уходят, и на душе еще легче, спокойнее. А мысли, последние мысли, ленивые, неповоротливые, уходят, уходят из головы — и голова делается приятно пустой. Шесть, семь... все меньше, все хуже чувствуете тело свое, уходит, уходит тяжесть. Все больше и больше легкости в теле. Легкое тело, легкое — оно будто повисло в воздухе, легкое, как облако в небе. Спать... Глубже и глубже с голосом моим уходите в целебный покой. Семь, восемь... Расслабленность и покой... Расслабилась каждая клеточка тела, все отдыхает... Тело Ваше как будто само по себе. Девять, десять... Бесконечно глубоко, с голосом моим уходите в целебный сон».

По несколько раз повторяя слова и переставляя их местами, протяжно, монотонно убаюкиваем гипнотизируемого. Нет смысла тревожиться, что вот не буду знать, что сказать дальше: одну и ту же фразу можно несколько раз переворачивать так и эдак («удобно и хорошо так лежать», «хорошо и удобно так лежать», «лежать так хорошо и удобно» и т. д.), пока не придет следующая. Погружение в гипноз продолжается обычно 10-20 минут.

Ю.П. Чарчейшвили:

«Методика словесного внушения более проста и доступна. После того как больной принял привычное для него и удобное положение тела, врач спокойным голосом сообщает, что по мере беседы у больного появится чувство приятного покоя, мышечной расслабленности, тяжелыми станут руки, ноги, все тело. Возникнет непреодолимое чувство усталости, сонливости, потребности отдохнуть. «Вы погрузитесь в приятный глубокий гипнотический сон, создающий все условия для полного выздоровления». После минутной паузы врач начинает спокойным голосом монотонно повторять слова, способные вызвать у больного представление об ощущениях или явлениях, предшествующих естественному сну: чувство приятного покоя, мышечная расслабленность, тяжесть в веках, руках, ногах, во всем теле, чувство непреодолимой усталости и сонливости, желание уснуть... Говорить следует не торопясь, слегка эмоционально окрашенным голосом, делая соответствующие паузы между фразами и предложениями. И далее, к примеру: «Веки ваши стали тяжелыми, словно свинец, плотно слиплись. Все ваше внимание сосредоточено на моих словах... В комнате полумрак, тихо, спокойно, ничто вас не волнует, вы совершенно спокойны... Все ваше тело приятно отдыхает, вы погружаетесь в дремотное состояние и т.д., и т.д. Вы ясно слышите мой голос, голос проводящего лечение врача... Дыхание ровное, сердце бьется ритмично, сонливость усиливается все больше и больше... Вы погружаетесь в глубокий лечебный сон, создающий все условия для выздоровления. Спать... глубже... еще глубже».

Усыпляющие внушения время от времени следует повторять, в конечном счете придавая им форму уже совершившегося. «Теперь вы уже не в состоянии пошевелить пальцем, открыть глаза, поднять руку... Все ваше тело неподвижно приковано к постели (кушетке, креслу), вы перестали им владеть, оно вам не подчиняется... спать... спать глубже, еще глубже, так... очень хорошо... все идет так, как надо...»

Формула внушения с каждым разом должна изменяться, сокращаться и становиться категоричнее.

Далее врач, попеременно углубляя сон, делает соответствующие внушения. Для ускорения и углубления сна целесообразно уже на первых лечебных сеансах давать примерно такую формулу: «С каждым последующим лечебным сеансом вы будете погружаться в гипнотический сон все глубже и глубже».

А.П. Слободяник:

«Я сейчас приведу вас в состояние, подобное сну, и на это время

чрезвычайно усилится мое влияние на вас. Для этого нужно, чтобы вы с полной готовностью соглашались со всем, что я буду говорить. Ни о чем другом не думайте, кроме сна и покоя. Мускулы должны быть совершенно вялыми... Так, совсем удобно... Дышите спокойно и равномерно. Слушайте меня. Пристально смотрите на блестящую точку. Вы скоро почувствуете усталость век, глаза вы не в состоянии будете держать открытыми. Теперь я вам кладу руку на лоб. Вы чувствуете, как это успокаивает, как вы приятно утомляетесь. Ваши веки уже тяжелеют, мигают, вы уже не в состоянии держать глаза открытыми, веки опускаются» (при этом гипнотизер мягко, совершенно незаметно касается пальцами глаз, если глаза не закрываются, предлагает пациенту их закрыть). «Когда я провожу рукой по лбу, вы чувствуете, как усталость возрастает, как ваше тело делается тяжелым» (теперь необходимо делать пассы вдоль всего тела и особенно рук). «Сейчас вы уже ощущаете легкое тянущее чувство в руках и ногах. Если я немного приподниму вашу руку, она вяло опускается. Вы вслушиваетесь в звуки метронома, которые вас вовсе не беспокоят, а, наоборот, успокаивают. С каждым ударом метронома все глубже и глубже покой. Все члены вашего тела расслаблены. Вы дышите ровно и спокойно. Вами уже овладевает сонливость. Внешний мир уходит от вас все дальше и дальше. Вы глубже и глубже погружаетесь в состояние, подобное сну. Это необходимо для вашего полного излечения. Вы слышите только то, что говорю я, окружающий мир сейчас вас не беспокоит, не тревожит. Вы спите глубоко и спокойно. Глаза ваши плотно закрыты, и вы сами теперь не в состоянии их открыть. Ваши члены теперь повинуются мне».

Можно загипнотизировать несколько иным способом. Больного укладывают на кушетку. Врач становится справа лицом к больному и ровно, настойчиво, делая все более продолжительные остановки между отдельными фразами, говорит: «Представьте себе, что вы очень устали и вам хочется тихо и сладко заснуть. Отгоните от себя все тревоги и мысли. В настоящее время окружающая обстановка вас не тревожит и не беспокоит. Дышите ровно и спокойно. Думайте только о сне. Расслабьте все свои мускулы. Теперь я воздействую на ваши нервы, буду производить легкие поглаживания вдоль тела. Это вас не беспокоит, а, наоборот, успокаивает» (в это время следуют пассы — медленно и ритмично, приблизительно через каждые десять секунд, кончиками пальцев обеих рук проводят вдоль всего тела больного, ото лба по туловищу к ногам). После каждого третьего-пятого движения врач медленно, настойчиво, раздельно, с многократными повторениями произносит следующие фразы:

«Ваше дыхание делается совсем равномерным, глубоким и спокойным. Все тише и спокойнее становится вокруг вас. Ваши нервы успокаиваются. Голова утомлена, тело утомлено, требует сна. Мое влияние на вас все возрастает и возрастает. Все глубже и глубже покой. Весь внешний мир отступает дальше и дальше. Вы слабы и утомлены, но чувствуете себя хорошо. Дремотное состояние усиливается и усиливается. Ваше тело совершенно безвольно. Сонливость овладевает вами. Вы засыпаете все крепче. Спите глубоко и спокойно. Вы слышите только меня. Ваше тело теперь повинуется только мне. Ваши глаза плотно закрыты. И вы не в состоянии их открыть» (легко провести рукой по векам).

П.И.Буль:

«Формула внушения была следующей: «Устройтесь поудобнее... дышите спокойно и глубоко, как в обычном сне... и по мере того как я буду считать, Вас будет охватывать приятное состояние покоя, отдыха, приятной неподвижности... Раз!.. Все тело тяжелеет, словно наливается свинцом... в голове возникает легкий туман... Два!.. Уходят все тревоги, все волнения, впечатления дня... Три!.. Приятная сонливость, дремота все нарастают, все усиливаются... Четыре!.. Все тише, все спокойнее, все темнее становится вокруг Вас... не хочется ни о чем думать, тревожиться, волноваться... Пять!.. Сонливость все нарастает, все усиливается... Шесть!.. Дыхание стало ровным, спокойным, глубоким, как в обычном сне... нет сил, нет желания двигаться... Семь!.. В голове возникает легкий туман... он все нарастает... все усиливается... все сгущается... Восемь!.. Вы слышите мой голос, «он действует на Вас успокаивающим, словно убаюкивающим образом... Девять!.. Ничто Вас не волнует, не тревожит... не беспокоит... Десять!.. Все тело отяжелело, расслабилось, словно налилось свинцом... Одиннадцать!.. Засыпайте!.. Засыпайте глубже!.. Двенадцать!.. Это состояние, этот покой действуют на Вас благотворно, отдыхает все Ваше тело, вся Ваша нервная система... Тринадцать!.. Спите совсем крепко!»

И.Ф.Мягков:

«1. Больному предлагают лечь на кушетку или сесть в кресло (шезлонг). Желательно, чтобы кушетка и кресло не были холодными. Поэтому, если они отделаны дерматином или кожей, следует застелить их простыней, чтобы холод не препятствовал наступлению сна. Больному напоминают, чтобы он сел (лег) удобно и чтобы во время сеанса не изменял положения тела, закрыл глаза, расслабил мышцы и спокойно

лежал (сидел), стараясь не думать ни о чем. Спустя 5 минут, минорным эмоционально окрашенным тоном, ритмично, спокойно рисуют картину засыпания. Говорится примерно следующее: «Мышцы вашего тела расслаблены, приятная усталость разливается по всему телу, дыхание становится ровным, ритмичным, сердце бьется спокойно, без затруднений. Вы ощущаете, как, пульсируя, к ногам приливает кровь, руки и ноги тяжелеют, приятное тепло окутывает ваше тело, мышцы совсем расслабились. Мысли ваши путаются и куда-то исчезают... Посторонние звуки для вас безразличны, вы на них не обращаете внимания... Все внимание приковано к моим словам, они успокаивают вас, вы испытываете душевный и физический покой. От груди как-то вовсе отлегло, внутреннее напряжение ослабло, и стало так приятно, хорошо... Дыхание легкое, свободное, сердце бьется ритмично, спокойно. Чувствительность тела притупляется, оно деревенеет. Мысли совсем оставляют вас, посторонние звуки удаляются и исчезают... Вы все больше теряете связь с окружающей действительностью и погружаетесь в сладостную дремоту. Приятное блаженство — во всем теле, вы впадаете в забвение, все становится безразличным, кроме моих слов. Вы потеряли управление собою, руки, ноги лежат беспомощно, как плети. Вам удобно, хорошо. Вы засыпаете. Сейчас все способствует вашему сну. Полный душевный и физический покой, полное безразличие ко всему, все погружается в сон. Сон овладевает вами все больше. Спать еще глубже! Этот сон так полезен для восстановления работоспособности нервной системы, поэтому спать надо еще глубже, еще крепче... Вы уже потеряли всякую связь с окружающим миром, слышите мой голос и засыпаете еще глубже, еще крепче... Спать... спать... спать... глубоким сном! Без моего разрешения не просыпаться, с каждым своим дыханием засыпать все глубже!» и т. п.

2. Больной лежит на кушетке или сидит в кресле. Ему предлагают смотреть на какой-либо блестящий предмет: например, на кончик ручки неврологического молотка или блестящий шарик на стержне. Шарик располагают на расстоянии 20-30 см от глаз гипнотизируемого, несколько выше надбровных дуг, чтобы он смотрел несколько необычно вверх. И внушают утомление глаз: «Все внимание ваше приковано к блестящей точке, вы видите, как ярко начинает блестеть точка... Смотрите пристально на эту блестящую точку и старайтесь не моргать... Блестящая точка ярко светится, все окружающее сливается в сплошной серый фон... Ваши глаза устают, веки тяжелеют, усталость глаз распространяется на все тело. Дыхание становится ровным, спокойным... Сердце бьется ритмично, легко... ваши веки словно опухают и тяжелеют, они опускаются...

Ваш взор, все ваше внимание приковано к блестящей точке... Вам все труднее удерживать веки, они начинают мигать... Веки словно налиты свинцом, они опускаются, их тянет вниз. Перед глазами все слилось, и вам все труднее смотреть на блестящую точку, она расплывается, двоится. Глаза слезятся, веки слипаются, они слиплись, закрылись... и т.п. При этом врач постепенно опускает блестящий шарик, а поэтому и веки опускаются, создавая иллюзию непроизвольного смыкания век. Если веки совсем не закрылись, то их может прикрыть врач или сказать, чтобы гипнотизируемый сделал это сам. Фиксировать взор на блестящей точке желательно не более двух-трех минут, так как у некоторых гипнотизируемых может возникнуть в глазах боль, которая будет мешать наступлению сна. Затем проводится такое же внушение сна, как и при первом методе».

М. Эриксон:

«Я хотел бы, чтобы вы расслабились, чтобы все ваше тело расслабилось. Я хотел бы, чтобы вы почувствовали сначала напряжение, существующее в ваших мышцах, во всех мышцах, а затем расслабились. Расслабьте мышцы лба, расслабьте мышцы всего лица. Расслабьтесь. Расслабьте мышцы затылка, мышцы рук, ног, всего тела. Руки и ноги свободно вытянуты. Вы ощущаете усталость во всем теле. Теперь вы чувствуете давление подушки на голову. Вы чувствуете давление подушки на затылок и на плечи. Вы чувствуете всей спиной поверхность дивана. Теперь вы переносите свое внимание на бедра и чувствуете, как диван поддерживает ваше тело. Вы очень, очень расслаблены. Как будто ваше тело погружается в диван, полностью погружается. Я хочу, чтобы вы представили себе очень милое, очень приятное место, где вы могли бы растянуться, забыть обо всех своих заботах, неприятностях. Место, где вы могли бы спать. Это может быть берег моря, горы или любое другое место, которое вы предпочитаете (пациенты чаще всего выбирают горы). Вы дышите размеренно и глубоко. Вытяните ноги, раскиньте свободно руки. В вашем теле вялость и расслабленность (гипнотизер приподнимает руку пациента и выпускает ее). Вы очень расслаблены, очень, очень расслаблены. Все ваше тело очень расслаблено. Вы лежите, вытянувшись, на горном лугу. Все вокруг спокойно, над вами голубое небо, ярко светит солнце. Вы смотрите на небо, ваш взгляд скользит по легкому облачку. Во всем покой и умиротворение. На душе у вас также очень спокойно. Вы вдыхаете запах сосен, смотрите на водную гладь озера. Душа у вас так же спокойна, как поверхность этого озера. Расслабьтесь и спите, спите, спите спокойно и глубоко. Спите».

Методика погружения в гипнотическое состояние с предварительной фиксацией зрения, цель которой — отвлечь внимание пациента, сосредоточив все его внимание на зрительной фиксации.

Пациента, находящегося в удобном кресле или лежащего на кушетке, просят пристально смотреть на блестящую точку (шарик, блестящая точка на неврологическом молоточке и других предметах), которую помещают на расстоянии 15-20 см от глаз и немного выше уровня глаз.

Л.Шертук:

«Я держу перед вами предмет. Вы смотрите на него. Вы слышите мой голос. Если вы отводите взгляд, надо снова направить его на предмет и задержаться на нем. Расслабьтесь и слушайте мой голос. Я хочу, чтобы вы расслабились. Вы чувствуете расслабление во всем теле. Вы расслабляетесь все больше и больше. Фиксируя взгляд на предмете и слушая мой голос, вы чувствуете, что расслабляетесь все более и более. Мышцы ваших стоп расслаблены, мышцы ваших голеней, плеч, предплечий, кистей рук расслаблены, все ваше тело расслаблено. Вы также чувствуете дремоту, вы ее чувствуете все больше и глубже; слушайте хорошенько мой голос. А теперь вас охватывает тяжесть, тело становится тяжелым. Ваши ступни, голени, все ваше тело становится тяжелым, тяжелым, тяжелым. Приятное тепло разливается по всему телу. Вы думаете только о сне. Приятное тепло ощущается во всем теле, как в тот момент, когда вы засыпаете. Веки становятся тяжелыми, вы чувствуете дремоту, ваши веки тяжелеют, тяжелеют все больше. Думайте только о сне. Вы больше не можете держать глаза открытыми, ваши веки становятся все тяжелее и тяжелее. Вы хотите спать, вы все больше и больше хотите спать. Ваш взгляд утомлен, вам колет глаза, они слезятся (это говорят в том случае, если глаза увлажняются). Дышите глубоко и медленно. С каждым вдохом сон углубляется, ваши глаза теперь закрыты. Вы засыпаете, спите, спите!»

Другой вариант фиксации взгляда — это фиксация взгляда пациента на глазах врача (глаза в глаза или на одном из глаз).

И.Бернгейм:

«Смотрите на меня и думайте только о том, чтобы заснуть. Вы почувствуете тяжесть в веках, усталость в ваших глазах; ваши глаза увлажняются, мигают, взгляд затуманивается. Веки опускаются». Некоторые пациенты закрывают глаза и сразу же засыпают. Другим я повторяю, еще больше подчеркиваю сказанное, добавляю жест; характер жеста не так важен. Я держу два пальца правой руки перед глазами пациента и прошу

смотреть на них пристально или обеими руками провожу несколько раз сверху вниз перед его глазами; или еще прошу пациента смотреть мне прямо в глаза и стараюсь в это время сконцентрировать все его внимание на мысли о сне. Я говорю: «Ваши веки смыкаются. Вы не можете их разомкнуть. Вы чувствуете тяжесть в руках и ногах; вы больше ничего не чувствуете, ваши руки неподвижны, вы ничего больше не видите; приходит сон». И добавляю в несколько повелительном тоне: «Спите». Часто это слово бывает решающим; глаза закрываются, больной спит.

Если пациент не закрывает глаза или не держит их закрытыми, я не заставляю его очень долго смотреть мне в глаза или на мои пальцы, ибо есть такие пациенты, которые без конца таращат глаза и сосредоточивают свое внимание только на этом, а не на мысли о сне; в подобных случаях успех скорее достигается при закрытых глазах. По истечении двух или самое большее трех минут я прикрываю веки или же медленно и осторожно опускаю их. Скользя по глазным яблокам, все больше и больше закрываю их, имитируя таким образом естественное движение век в тот момент, когда человек засыпает; наконец, я держу их закрытыми, продолжая внушение: «Ваши веки слипаются, вы не можете их открыть; потребность спать становится все сильнее, вы больше не можете сопротивляться». Я повторяю приказание, постепенно понижая голос: «Спите». Почти всегда через 4 или 5 минут наступает сон. Это сон, вызванный внушением, образ сна, который я постепенно ввожу в мозг».

Левенфельд:

I. «Вы лежите совершенно спокойно и ни о чем не думаете. Усталость и сонливость овладевают вами все больше и больше. На вас больше и больше нисходит чувство покоя, удобного, приятного, благодетельного покоя. Во всех членах, во всех нервах, во всем теле становится все спокойнее. Чувство покоя все более и более проникает в мозг, ваши мысли становятся спокойными, медленными, вялыми, ваше самочувствие все ровнее и ровнее, возбуждение, заботы исчезают, и нервы все более успокаиваются. Глаза постепенно все более и более утомляются, все тяжелеют и тяжелеют, усталость и тяжесть проникают в голову и во все тело; все тело, руки и ноги становятся усталыми, тяжелыми, вялыми, а глаза особенно утомленными, все утомленнее, все тяжелее. Зрение ослабевает, становится расплывчатым и неясным, а веки непреодолимо тяжелеют, они уже несколько опускаются, опускаются все больше и больше, глаза закрываются все больше и больше. (При этих словах блестящий шарик опускается все ниже и ниже так, что взгляд пациента следует за

ним). Глаза все более и более смыкаются, все более и более. Теперь закрываются совсем». Если этого не достигается, то больному предлагают закрыть глаза.

II. «Глаза закрыты, усталость и сонливость ясней, ощутимей и сильнее. Все спокойнее, все тише в голове, во всех нервах, во всех членах, во всем теле; дыхание становится медленным, спокойным, сердце бьется также медленно и все спокойнее и спокойней. Мыслей все меньше, они все медленней и медленней. Они все более сонные и расплывчатые, все более и более смешиваются друг с другом. Вы больше ни о чем не тревожитесь, вы больше ничего не видите, вы больше ничего не чувствуете, вы слышите все заглушенно и слабо. (При последнем замечании голос понижается и делается, возможно, более монотонным.) Вы все более и более погружаетесь в дремоту».

III. «Становится все лучше; сонливость все сильнее и сильнее, мыслей все меньше, временами они исчезают вовсе. Вы больше ни о чем не тревожитесь, вы больше ничего не чувствуете и не видите; все больше и больше туманится в мозгу, все перепутывается, все расплывается. Вы все больше и больше проникаетесь дремотой. Вы попадаете в глубокий, глубокий сон, в котором вы глубоко расслабляетесь. Настолько, насколько вы хотите. Рука продолжает подниматься выше, еще выше, пока не достигнет вашего лица, и вы будете хотеть спать все больше и больше, но вы не должны заснуть, прежде чем ваша рука не достигнет вашего лица. Когда ваша рука дойдет до вашего лица, вы будет спать, глубоко спать».

С.И.Консторум:

«Смотрите мне в глаза. Вы замечаете, что вам трудно держать глаза открытыми. Вы чувствуете, что веки тяжелеют, слипаются». Все это, конечно, соответствует тому, что действительно происходит с больным в силу физиологических закономерностей. Гипнотизер продолжает: «Не напрягайте глаз несколько, если хочется закрыть глаза, закройте. Веки у Вас устали, глаза слипаются. Вы усиленно моргаете, следовательно, вы напрягаете веки. Не напрягайте их несколько. Я считаю до десяти, покуда считаю, веки все больше устают и на цифре 10 закрываются». Все это в 90% так именно и происходит, но воспринимается больным как результат внушения: основное достигнуто — больной поверил в силу влияния слов врача и стал на путь пассивности и подчинения. Тогда можно идти дальше и внушать, что чувство усталости, покоя разливается от глаз по всему телу и т. д.»

В поисках вариантов подобного приема использования

при гипнотизировании физиологически обусловленных процессов и внушении того, что при гипнотизации наступает независимо от внушения, один из авторов (Леви-Вуль) предлагал больному внимательно всматриваться в висящие на стене две полоски бумаги — желтую и синюю — и при этом внушал, что через некоторое время больной увидит желтую полосу в синей (точнее, оранжевой), а синюю — в желтой кайме. Поскольку, полагает Леви-Вуль, 90% больных не знают, что эти каймы появляются в силу законов оптики, они воспринимают их появление как первый результат внушения.

Тот же принцип, только фиксация внимания на слуховом анализаторе (метроном, тиканье часов, специально подобранная музыкальная мелодия), или более усложненное — предварительно больного попросить сосчитать в обратном направлении от 100 или 200 до нуля и на этом фоне начать погружение в гипноз или после окончания счета.

Метод пассов, главный механизм которого заключается в том, что в момент проведения пассов внимание пациента фиксируется на тех частях тела, над которыми проводятся пассы.

Врач расслабленными, сухими, теплыми ладонями, обращенными к телу больного на расстоянии 1,5-2 см, проводит вдоль всего тела больного или его частей. После 5-7 минут переходит к словесному внушению. Выбор вариантов и формул погружения в гипноз должен зависеть не только от личностных особенностей, способностей врача, его индивидуальности, от особенностей личности больного, но и от клиники данного случая. Так, при погружении в гипнотическое состояние больного, страдающего наркоманией, надо видоизменять формулы погружения в гипноз таким образом, чтобы они не напоминали ему ощущения, возникающие в наркоманическом состоянии. Например, в случае опийной группы наркомании следует избегать формул погружения, фиксированных на телесных ощущениях.

Выведение из гипнотического состояния

После окончания лечебных внушений для выведения из гипнотического состояния внушают: «А сейчас я сосчитаю до трех, и когда назову цифру «3», вы откроете глаза, будет бодрость во всем теле, свежесть в голове, хорошее самочув-

ствии, внутреннее спокойствие, уравновешенность, хороший жизненный тонус». Далее в бодрящем тоне: «Раз — скованность в руках, ногах, во всем теле проходит. Приятная бодрость появляется во всем теле, свежесть в голове, хорошее самочувствие. Два — двигаются руки, ноги, бодрость во всем теле, свежесть в голове, приятное спокойствие, хороший жизненный тонус. Три — открываются глаза, просыпаетесь».

Противопоказания:

1. Соматические (острые соматические расстройства, острые инфекционные состояния и т. д.).
2. Психические (бредовой настрой, бредовая готовность, гипоманические и маниакальные расстройства, состояние психического негативизма, амбивалентность, амбигуэнтность, глубокая эндогенная депрессия и т. д.).
3. Нежелание больного лечиться гипнозом, несмотря на проведенную разъяснительную работу (особая предубежденность, особый настрой, а нередко — скрывающаяся за этим душевная болезнь).
4. Учет возрастных особенностей.

Осложнения при гипнотерапии:

Как отмечают многие авторы, осложнения чаще возникают у истерических личностей. В то же время они могут возникать у ослабленных больных (астенический синдром как гипостенического, так и гиперстенического характера), у больных с ситуационно возникшей аффективной неустойчивостью и тревогой, беспокойством.

Обычно осложнения возникают вследствие двух факторов:

1. Сильного, но подавленного сознанием нереализованного внутреннего аффекта в виде стремления, желания. В гипнотическом состоянии в силу ослабевающего влияния реальности, сознания (обстановочной афферентации) он реализуется в тех или иных действиях. Или, наоборот, психотравмирующая, нежелательная реальность в гипнозе уходит и проявляются душевное блаженство, спокойствие, что порождает гипноманию, положительные аффекты к гипнологу.
2. Реакции больного на внушения врача, которые на бессознательном уровне для его жизненной позиции,

устремлений неприемлемы, неприятны, эмоционально негативны.

Эти факторы ведут к возникновению истерического гипноида с потерей раппорта, гипномании, особой влюбленности в психотерапевта, которая встречается не только при гипнотерапии (см. Сартр «Зигмунд Фрейд»).

На основании знаний сути этих факторов, влияющих на возникновение осложнений, врач должен строить их профилактику. В предварительных психотерапевтических беседах с больным, при его клиническом исследовании выяснить эти факторы, попытаться их дезактуализировать путем обсуждения, а иногда и катарсиса. Важной профилактикой служат принципы того, что внушать нужно то, что уже было обговорено с больным, и он, повинувшись целесообразности ситуации, видит в этих внушениях для себя пользу.

Больной спонтанно подсознательно прогнозирует, что можно, допустимо у того или другого врача-психотерапевта, в той или другой обстановке. Поэтому спокойствие, уверенность врача, его категоричность, нетерпимость к некоторым негативным тенденциям, его умение держать рамки нормы и допустимости служат хорошей профилактикой осложнений.

Стадии гипноза

После погружения в гипноз проводят лечебное внушение, не определяя стадии, так как в большинстве случаев стадия гипноза не влияет существенно на результаты лечения. Иногда один больной, погружающийся только в первую стадию гипноза, имеет лучшие результаты лечения, чем другой в третьей стадии. Здесь играют роль многие факторы, в том числе и тип личности больного, и подготовка больного к гипнотерапии, к общему процессу лечения. Если же возникла необходимость или желание врача, то можно произвести диагностику стадии гипноза.

Во всех стадиях гипноза сознание не изменено, пациент ориентирован в месте, времени и в самом себе, но в третьей стадии (сомнамбулизм, транс в клиническом понимании) оно сужено и изменяется сообразно внушению.

Большинство гипнологов придерживаются, а повседневная практика подсказывает целесообразность выделения трех стадий гипноза.

Первая стадия — сомноленция (Форель), легкий гипноз (Бехтерев) — характеризуется отрешенностью от всего окружающего, самоуглубленностью, спокойствие и чувство просыпа при выведении из гипноза (человек не просто открыл глаза, а проснулся, т. е. ощущение того, что из одного состояния перешел в другое).

Вторая стадия — гипотаксия (Форель), средний гипноз (Бехтерев) — те же явления, что и в 1-й стадии, но в то же время добавляется такой феномен, как подчиняемость в сфере запрещающих движений (например, открыть глаза, поднять руку), а также явление каталепсии (восковой гибкости), спонтанной или внушенной.

Третья стадия — сомнамбулизм (Форель), глубокий гипноз (Бехтерев) — все, что характерно для второй стадии, и в дополнение подчиняемость в активных движениях и изменение сознания сообразно внушению (именно сообразно внушению, потому что если спросить человека, находящегося в сомнамбулизме, кто он, где находится и какое сейчас время, то он ответит, пока это все не изменить внушениями). Соответственно этому явлению можно вызвать гипнотические галлюцинации, регресс возрастов. Особый интерес в третьей стадии вызывает явление постгипнотического внушения с амнезией периода гипнотического состояния и внушения, сделанного в гипнозе. С этого феномена начался и психоанализ, когда З.Фрейд в 1899 г. во время своего визита в Нанси к Бернгейму увидел, что человек в постгипнотическом состоянии выполняет какие-то действия под влиянием внушения, сделанного в гипнозе, и на вопрос, зачем он это сделал, недоумевает или придумывает свои объяснения этим поступкам. З.Фрейд сделал вывод, что и в повседневной жизни человек тоже не знает, почему он действует, так как бессознательная сфера определяет многое.

Природа выполнения постгипнотических внушений до сих пор не совсем ясна. Одни авторы говорят о том, что выполнение внушения происходит на фоне вновь развившегося «спонтанного самоограниченного постгипнотического транса», другие — на фоне нормального состояния сознания.

Диагностика стадий гипноза

После того как проведена процедура погружения в гип-

ноз, больной может находиться в 5 состояниях: 1) естественный сон; 2) бодрствующее состояние; 3) первая стадия гипноза; 4) вторая стадия гипноза; 5) третья стадия гипноза.

Возникший естественный сон (часто как следствие астенического состояния) сразу отдифференцируется, так как пациент просто спит и в процессе дальнейшего погружения следует делать пассы или просто растормошить и продолжать проводить сеанс. Для диагностики остаются 4 состояния. Диагностика производится следующим образом — пытаются выявить запрещающую подчиненность (т. е. вторую стадию гипноза). Здесь возможны два направления развития диагностики. Первое — если не обнаружено запрещающей подчиненности (на внушения — «ваши мышцы лица и шеи плохо вас слушаются, плохо... и вам трудно оторвать голову от подушки, трудно... почти невозможно, попробуйте...» — больной с трудом, но отрывает голову от подушки, поднимает ее и т. д.), то это значит, что второй стадии нет и, может быть, это первая стадия, или человек просто лежит на кушетке с закрытыми глазами, т. е. находится в бодрствующем состоянии. Тогда приступают к выведению из этого состояния и смотрят на момент открытия глаз. Если при открытии глаз есть признаки просыпа, и пациент сам говорит, что проснулся, перешел из одного состояния в другое, то это значит, что была первая стадия гипноза, а если нет, то пациент просто лежал с закрытыми глазами. Второе направление — если есть запрещающее подчинение (т. е. больной не может приподнять голову от подушки, хотя и пытается, открыть глаза, приоткрыть рот и т. д.), то это значит, что у пациента вторая или третья стадия. Чтобы отдифференцировать третью стадию от второй, надо попытаться изменить состояние сознания, т. е. вызвать, например, зрительные галлюцинации. Например, говорят пациенту: «Представьте себе, что вы находитесь в саду, рядом яблоня, яблоки висят... Представьте себе, ярко представьте, как будто наяву, как наяву», — а затем спрашивают, видит ли он или только представляет (предварительно разрешив, что может отвечать). Если только представляет, но не видит, то это вторая стадия. Если видит, то надо развить процесс изменения сознания, попросив сорвать яблоко и отдать врачу, потом вызвать другие виды изменения ориентировки: изме-

нение ориентировки местонахождения — больной в лесу и т. д., изменение ориентировки во времени — сейчас вечер, изменение ориентировки в себе. Это третья стадия гипноза.

Сомнамбулическая стадия гипноза привлекает внимание многих исследователей в связи с возможностью одними лишь внушениями изменять функциональное состояние психики. Внушениями можно изменять эмоциональное состояние человека, вызывать положительные и отрицательные галлюцинации, т. е. выключать из акта восприятия реальные раздражители, включать несуществующие.

В наших исследованиях мы делаем попытку изучения сомнамбулической стадии гипноза с позиции функциональной системы поведенческого акта (П.К. Анохин). С этой целью мы исследовали 20 сомнамбул.

Рассмотрим несколько примеров типичных поведенческих актов человека в бодрствующем и сомнамбулическом состояниях для сравнения состояний узловых механизмов функциональной системы.

Наблюдение 1.

А. Испытуемый в бодрствующем состоянии с закрытыми глазами. Словесная инструкция: «Поднимите вашу левую руку вверх и оставьте ее в таком положении». В момент начала движения руки задерживаем ее внизу. На вопрос: «Где рука?» — ответ: «Внизу» (т. е. рассогласование между моделью ожидаемого и достигнутыми результатами).

Б. Испытуемый в сомнамбулическом состоянии. После той же инструкции (внушения) и задержки руки внизу ответ: «Рука поднята вверх». На просьбу коснуться правой рукой левой испытуемый вверху «прикасается» к левой руке. Покачиваем слегка задержанную внизу руку, на что испытуемый отвечает: «А сейчас мою левую руку покачиваете вверху».

На основании этого или другого подобного наблюдения можно предположить, что в сомнамбулической стадии гипноза в акцепторе результатов действия нарушается процесс сопоставления, сличения модели ожидаемых результатов, сформированных вследствие афферентного синтеза, с реальными результатами совершенного акта, о которых сигнализирует обратная афферентация. В сомнамбулической стадии

гипноза формируемая извне с помощью внушения модель ожидаемых результатов благодаря нарушению сопоставления, сличения в акцепторе результатов действия приобретает доминирующее положение в ощущениях загипнотизированного, подменяя реальность.

Наблюдение 2.

А. Испытуемый в бодрствующем состоянии. Указывая на пустое место, говорим: «Вот собака». Внушение не реализуется. В данном случае ни один из узловых механизмов функциональной системы не нарушен.

Б. Испытуемый в сомнамбулическом состоянии. Внушение: «Вот собака». Реакция испытуемого на внушение развертывается почти так же, как и в бодрствующем состоянии (испытуемый поворачивается в надежде увидеть собаку), но только до стадии сопоставления, сличения между моделью ожидаемого результата с параметрами реальных результатов (информация обратной афферентации) в акцепторе результатов действия. Сомнамбула видит собаку благодаря тому, что формируемая извне под влиянием внушения модель ожидаемого результата действия из-за нарушения процесса сопоставления, сличения в акцепторе результатов действия получает доминирующее положение, ибо не корригируется с поступающей сюда обратной афферентацией, сигнализирующей о реальном результате.

В. Испытуемый в сомнамбулическом состоянии. Фразой: «Вот собака» показываем на реально существующую собаку. Сомнамбула видит собаку, но в данном случае реальную (характеризует ее внешний вид, позу, действия), т. е. он видит ее так, как в бодрствующем состоянии. Таким образом, когда модель ожидаемого результата и реальный раздражитель совпадают, согласуются, то происходит сопоставление, сличение в акцепторе результатов действия и воспринимается реальная действительность.

Г. Испытуемый в сомнамбулическом состоянии. На столе находятся ключи, авторучка, очки, тетрадь. Сомнамбуле внушают — на столе находятся ключи, авторучка, тетрадь. Внушение реализуется, сомнамбула очков не видит. Даже если положить его руку на очки, он не может узнать их, говорит, что это какие-то стекла, и т. д.

Здесь в результате внушения формируется акцептор действия с параметрами ожидаемых результатов (ключи, авто-ручка, тетрадь). Обратная афферентация несет информацию о реальных раздражителях, но на стадии сопоставления, сличения в акцепторе действия происходит сопоставление, сличение лишь того, что соответствует модели ожидаемых результатов, сформированной в результате афферентного синтеза.

Наблюдение 3.

А. Испытуемый в бодрствующем состоянии. Показывая на определенное место в кабинете врача, говорим: «Вот Наполеон». Испытуемый отвечает, не поворачиваясь в ту сторону: «Не шутите». (Другое дело, если это проделать на площадке, где снимается кинофильм «Война и мир», испытуемый повернется и будет зрительно искать Наполеона — актера). Здесь еще на стадии афферентного синтеза «обстановочная афферентация» — кабинет врача, сознание, память дают точную информацию, необходимую испытуемому для совершения наиболее адекватного для данных условий приспособительного действия.

Б. Испытуемый в сомнамбулическом состоянии. В той же обстановке (кабинет врача) после внушения: «Вот Наполеон» — видит Наполеона, если попросить, то он опишет его позу, одежду, приветствует его, обойдет это место, чтобы «не натолкнуться» на него.

В. Испытуемый в сомнамбулическом состоянии. Внушение: «Вы Наполеон». После этого внушения на вопрос: «Кто вы?» — отвечает: «Наполеон». Но реализация этого внушения у разных испытуемых происходит по-разному, в зависимости от знаний, опыта. Испытуемый Г. (в прошлом работник театра) принимает типичную позу, называет приблизительные даты и т.д. Испытуемый Х. (образование 7 классов, плохо помнит историю) после внушения остается в той же позе, что и до внушения, и, кроме того, что он «Наполеон, правитель Франции», больше от него добиться чего-либо трудно.

Сомнамбуле Г., поклоннику поэзии А.С. Пушкина, невозможно внушить: «Вы — Дантес...». При внушении сомнамбуле Г., который очень провинился перед своей бабушкой,

что он «бабушка» и у нее есть внук Г., он «перевоплощается» в бабушку, отвечает, что «она» такого-то года рождения, «ей» столько-то лет и т. д. Но «ее» отношение к «внучку» очень мягкое, снисходительное до подозрительности, что совсем не отвечает реальному отношению бабушки к внуку в тот момент.

Из данных наблюдений можно предположить, что в сомнамбулической стадии гипноза на уровне афферентного синтеза доминирует инструкция (внушение), т. е. афферентный синтез сужен. Первосигнальные раздражения отсутствуют. Личностные второсигнальные свойства (т. е. мышление, самосознание, позиция личности, память) тоже выключены, находятся в пассивном состоянии и вовлекаются лишь для того, чтобы способствовать афферентному синтезу соответственно инструкции, т. е. вовлекаются все те параметры и данные, которые способствуют афферентному синтезу в заданном направлении. И это происходит вплоть до «изменения» самосознания, если на это направлено внушение, т. е. «Я», самосознание не вступает, не включается в афферентный синтез и, как в бодрствующем состоянии, не противодействует внушению, не ослабляет его действия. В этом случае внушение доминирует на стадии афферентного синтеза, в результате чего формируется модель ожидаемых результатов соответственно внушению, а истинное самосознание не включено в афферентный синтез для сличения в акцептор действия. Но в данном случае нет истинного изменения самосознания, самосознание не изменилось, а просто не вовлеклось в афферентный синтез, как в бодрствующем состоянии. Это удастся тогда, когда внушенное «изменение самосознания» не противоречит грубо морально-этическим свойствам личности.

Исследования показывают, что внушенные галлюцинации являются не чем иным, как оживлением следов прежних ощущений и восприятия. Прослеживается параллелизм между полнотой представлений человека в бодрствующем состоянии и полнотой внушенных галлюцинаций. Опираясь на исследования нейропсихологии, можно предполагать, что в гипнотическом состоянии словесное внушение оживляет зрительные образы, хранящиеся во вторичных отделах зрительной коры и соответствующие смысловому характеру внушений. В бодрствующем состоянии можно активно вызывать

зрительные образы по одному лишь словесному обозначению, но эти зрительные представления нельзя сравнивать с галлюцинациями, так как в данном случае нет соответствующих изменений в узловых механизмах функциональной системы, как в гипнозе, при овладении высшей степенью АТ по Шульцу, при явлении эйдетизма.

Нейропсихологический анализ внушенных положительных и отрицательных галлюцинаций говорит о том, что в этот процесс вовлекаются и третичные зоны (зоны перекрытия), и вторичные зоны всех других анализаторов. Например, внушенные зрительные галлюцинации какого-либо предмета ведут к тому, что испытуемый «берет» в руки, тактильно ощущает его, испытывает соответствующие обонятельные и вкусовые ощущения. При отрицательных постгипнотических галлюцинациях наблюдаем функциональную двустороннюю агнозию (при внушении в гипнозе: «На столе ничего нет», где в действительности находятся очки, в постгипнотическом состоянии испытуемый ничего не видит, при вкладывании их в его руки он часто может описать отдельные физические свойства этого предмета, но назвать этот предмет не может). В сомнамбулическом состоянии происходит нарушение чувства времени, испытуемые после 1-2-часового пребывания в этом состоянии после пробуждения часто недоумевают, глядя на часы, удивляются наступившей за окном темноте.

Выводы:

1. В сомнамбулической стадии гипноза происходит нарушение сопоставления, сличения в акцепторе результатов действия между моделью ожидаемых результатов, сформировавшейся вследствие афферентного синтеза, перед действием, и параметрами реальных результатов действия. В результате этого нарушения происходит доминирование модели (параметров) ожидаемых результатов, сформированных в результате афферентного синтеза, и они загипнотизированным воспринимаются как реальность.
2. Доминированием параметров ожидаемых результатов акцептора действия, нарушением сопоставления, сличения в акцепторе действия можно объяснить явление

положительных и отрицательных галлюцинаций в сомнамбулической стадии гипноза.

3. Если происходит совпадение параметров ожидаемых результатов с параметрами реального действия, то эти реальные действия воспринимаются и сомнамбула видит их так же, как и в бодрствующем состоянии.
4. В сомнамбулической стадии гипноза в афферентном синтезе доминирует внушение, и все составляющие афферентного синтеза включаются в него только тогда, когда они способствуют проведению афферентного синтеза в направлении внушения. Самосознание в сомнамбулической стадии гипноза не изменяется, оно лишь не включается в афферентный синтез и находится в пассивном состоянии.
5. Внушения в сомнамбулической стадии гипноза вовлекают не только вторичные зоны анализатора, на который направлено внушение, но и третичные зоны (зоны перекрытия), и вторичные зоны всех других анализаторов.

Особенности погружения в гипноз детей и подростков

Предварительно попросить детей рассказать о том, как они устают, как им хочется отдохнуть, как им хочется спать, и они засыпают. Освоить понятийный аппарат ребенка, чтобы применять его при погружении. Не давать ребенку это все перевести в игру, учитывать наличие детского негативизма, и не давать реакцию на это явление, проявить терпение и мягкую настойчивость.

Основные затруднения при освоении гипнотерапии

Специалист является тем, какими навыками, умениями, методиками он владеет, как понимает предмет своей деятельности. Важен настрой овладеть методикой, сделать ее своим арсеналом в сфере помощи больным. Не искать чего-то загадочного, какого-то секрета, гипноз просто есть, гипнотическое состояние при определенных условиях возникает. Надо просто создать условия, настрой больного на гипнотическое состояние, завладев его вниманием, заполнив его представлениями о сне.

Основное затруднение у начинающих врачей — это опасение, что больной не погрузится в гипнотическое состояние.

Важно создать атмосферу и настрой на то, что это состояние нужно больному и если он не погрузится, так это хуже для него. Он не получит лечебной процедуры, и врач сочувствует больному и сожалеет об этом с надеждой, что в другой раз все будет по-другому. О вопросе покорения воли, подчинения, какого-либо соперничества врача с больным не может быть и речи. Это лечебная процедура, а не волевое соперничество. Больной нуждается в помощи!

В некоторых случаях можно прибегнуть к предложенному О.Фогтом фракционному методу погружения в гипноз с целью достижения более глубокого гипнотического состояния, снятия с больного аффекта опасения, адаптации психотерапевта к больному и больного к гипнотическому состоянию. Больной погружается в гипнотическое состояние, затем выводится, и врач спрашивает больного о его ощущениях, что мешало расслабиться, отрешиться от всего. Затем врач снова погружает больного в гипнотическое состояние, но уже с учетом высказываний больного. Если надо, можно и еще раз повторить, добиваясь вхождения больного в гипноз.

А.А.Токарский, встречая в практике негативный вариант восприятия, т.е. с установкой делать всё наоборот при погружении в гипнотическое состояние, делал в этих случаях неожиданно для больного внушение, прямо противоположное тому, которое больной ожидает: «Так, при стремлении не заснуть, которое только укрепляется всякой попыткой вызвать сон, мне приходилось делать внушение обратное — не засыпайте, в некоторых случаях это давало полный эффект».

Негативная установка может проявляться и на бессознательном уровне, т.е. больной сознательно хочет погрузиться в гипнотическое состояние, уснуть, а получается наоборот. Даже чем сильнее он хочет сознательно это вызвать у себя или даже уснуть обычным сном, тем больше он чувствует, что это не получается, т.е. неосознанная негативная установка берет верх и над сознательным стремлением. Это объясняется и тем фактом, что, к примеру, больная раньше вне больницы погружалась даже в сомнамбулизм, но, поступив в больницу с истерической симптоматикой, не погружается в гипноз из-за того, что у нее неожиданно возникший кашель, спазм в горле и т.д. мешают проведению сеансов, или

больная не может сосредоточиться на словах врача, т. е. здесь играет роль неосознанная установка связи с «мнимой выгодой от болезни».

Здесь мы видим, что разыгрываются разные процессы на разных уровнях, сознательном и бессознательном, которые между тем взаимосвязаны. Это подтверждается и тем, что при истерических параличах больные не переживают тягостно факт паралича (что может трактоваться как притворство), как, например, при инсульте, хотя это не притворство и т. п., т. е. больной осознает, что он не может ходить, двигать ногой, рукой, но эмоции страха, отчаяния, горя нет, так как переработка данной ситуации, положение больного на бессознательном уровне не порождают этих эмоций. Здесь мы видим при анализе два процесса на бессознательном уровне: 1) переработка информации от окружающей ситуации, положения больного вызвали «паралич»; 2) переработка информации, идущая от восприятия паралича в результате функционального состояния, содержания бессознательного, не порождает чувство страха, горя, хотя человек осознает, что он не может ходить, но это только знание, а не переживание.

Разрешение ситуации или изменение направленности в переработке ситуации на бессознательном уровне, а также резкое изменение окружающего, порождают другую установку, другие сильные эмоции устраняют симптоматику. К последнему варианту относится эмоция страха при пожаре, несчастных случаях, и больные с истерической астазией — абазией вскакивают и убегают.

Даже временное устранение обстоятельств, которые имеют отношения к значимым переживаниям и появлению других потребностей, приводит к временному исчезновению симптоматики. Например, больная с истерической астазией — абазией в отсутствие людей встает, подходит к столу, кушает и т. д., после удовлетворения потребностей снова наступает астазия — абазия. При этом у больной нет внутреннего конфликта, ее не удивляет все это, потому что существует тесная взаимосвязь сознательного и бессознательного.

Судьба внушения имеет большое значение, так как связана с эффективностью лечения. Внушение действует на бессознательную сферу, а через нее и на сознание. Содержание,

имеющаяся информация на бессознательном уровне по какому-то вопросу и сделанное внушение в гипнотическом состоянии могут не подвергаться взаимной переработке, т. е. в бессознательном может храниться по одному и тому же вопросу 2 и более сведений, часто противоречащих друг другу, и храниться бессимптомно, а в момент, когда эти сведения имеют отношение к окружающему, вступают во взаимосвязь.

В некоторых случаях внушение ликвидирует имеющиеся в бессознательном сведения, если они противоречат внушению и внушение полностью доминирует в бессознательном. Так, например, астазия — абазия устраняется внушением в гипнозе, т. е. внушение полностью доминирует и после выхода из состояния гипноза. Больная ходит, но переработки ситуации, значимых переживаний на бессознательном уровне не произошло. В результате этого у больной через какой-то промежуток времени вследствие такой же переработки ситуации на бессознательном уровне возникает снова астазия — абазия. В данном случае важно не только устранить внушением симптоматику, но и изменить направленность переработки конфликтной ситуации, значимых переживаний на бессознательном уровне, если не удастся реально изменить конфликтную ситуацию. Если внушение затрагивает особенно значимый вопрос для больного в состоянии гипноза, то происходит конфликт между имеющейся информацией, сведениями, установками и внушением, что приводит к срыву или к спазму в горле, возникновению страха, дрожанию в теле или после выхода из состояния гипноза к чувству тяжести в голове, чувству несвежести, усталости, беспокойства, иногда и утяжеления симптоматики. Например, на фоне гипнотерапии улучшение, больная начала ходить, но в одном из сеансов врач коснулся значимых переживаний, которых раньше не касался, и снова резкое ухудшение астазии — абазии.

Формулы лечебного внушения при гипнотерапии строятся в зависимости от нозологии, личностных и индивидуальных свойств больного. Но основной принцип — это выполнение, проследование пути, направления этапов психотерапевтической тактики процесса «превращения» больного в здорового. Например, при заикании на фоне общеклинического и психотерапевтического лечения в процессе гипнотерапии

внушать: «Везде и всегда при общении с людьми внутреннее спокойствие, глубинное внутреннее спокойствие, уравновешенность... спокойствие и уравновешенность... речь спокойная... говорите свободно и легко... свободно и легко... дыхание спокойное, ровное, глубокое, говорите легко и спокойно... Вы свободно говорящий человек... свободно говорящий человек... Вы к этому привыкли и внутренне ощущаете себя, как свободно говорящий человек. Мышцы лица и шеи хорошо Вас слушаются... хорошо вас слушаются, и вы говорите свободно и легко... речевой аппарат хорошо вас слушается, повинуется... спазмы ушли». В некоторых особых случаях добавить: «Нет мыслей унижить себя заиканием... вызвать раздражение у собеседников, родных и близких заиканием или показать себя таким способом несчастным». Конечно, все это надо адаптировать к конкретному случаю, индивидуализировать.

При лечении энуреза на фоне общеклинического и психотерапевтического лечения в гипнотическом состоянии внушать: «Ночью во время сна, когда спите в постели, продолжаете чувствовать свой мочевого пузырь, как днем, когда не спите... чувствуете и, когда он наполнен, просыпаетесь, вскакиваете и идете в туалет... просыпаетесь, вскакиваете и идете в туалет. Ночью, когда спите, мозг чувствует... чувствует, и вы просыпаетесь... просыпаетесь, когда мочевого пузырь наполнен, вскакиваете и идете в туалет... и во время сна в постели внизу живота все сжато... сжато... пережато, и мочеиспускание не происходит, даже если бы во сне и захотели... не идет... и просыпаетесь, вскакиваете и идете в туалет».

При лечении неврозов в гипнотическом состоянии важно закреплять (воздействовать на бессознательную среду) все этапы психотерапевтической тактики превращения больного неврозом в здорового (лечение астенического синдрома; адекватное осознание болезни; вскрытие, осознание конфликта; дезактуализация конфликта; редукция невротической симптоматики; формирование мотива к выздоровлению; налаживание полноценной жизнедеятельности). При лечении больных алкоголизмом (разрушение алкогольной позиции больного; формирование мотива трезвенничества; адаптация больного к его микросреде на уровне трезвенничества; формирование трезвенничества).

При построении формул внушения важен принцип понимания процесса: больной — здоровый или больной — состояние компенсации при хронических заболеваниях, а формулы внушения сами приходят на ум, зная клинику и желаемое состояние, и также при любой нозологии, исходя из клинической картины.

17. Эриксоновский гипноз

Главным понятием гипноза по Эриксону является транс. В классической гипнологии транс — это сомнамбулическая стадия гипноза. Эриксон вкладывает в транс другое понятие, по сути дела, это своеобразное фазовое состояние в бодрствующем состоянии, готовое к принятию изменения своего «Я» в чем-то, сразу глубоко усвоить какие-то навыки, готовность действовать определенным образом, которое облегчает обучение и делает открытость и готовность принять изменения наиболее вероятными. Речь идет не о внушенном дремотном состоянии. Терапевт не «погружает» своих пациентов, они не теряют самоконтроля и ими не руководит воля другого человека. Фактически транс — это естественное состояние, которое испытывал каждый. Самое знакомое состояние такого рода имеет место тогда, когда мы погружаемся в мечты; другие формы трансa могут иметь место во время медитации, молитвы или когда мы выполняем однообразные физические упражнения, которые иногда называют «медитацией в движении». В таких случаях человек осознает, что внутренние состояния и ощущения воспринимаются более ярко, чем внешние стимулы, такие как звуки и движения, которым придается меньшее значение.

В трансax пациенты начинают часто интуитивно понимать смысл и значение сновидений, символов и других форм выражения бессознательного. В этом состоянии они больше способны на то, что Эриксон называл «бессознательным обучением», их меньше беспокоят собственные мысли и бытовые мелочи. Внушения гипнотерапевта воспринимаются менее критично, но все же если эти внушения идут вразрез с ценностными ориентациями пациента, то их усвоение будет частичным либо они будут отвергнуты вовсе.

Помогая пациенту войти в транс, терапевт захватывает его внимание и направляет его внутрь, побуждая пациента к внутреннему поиску и к гипнотической реакции. Гипнотическая реакция, связанная как с потребностями и ожиданиями пациента, так и с направлением работы терапевта, возникает на основе имеющегося у пациента «большого опыта обучения». Для того чтобы вызвать эту реакцию, терапевтические внушения могут быть косвенными, включенными в содержание обычной беседы или интересного рассказа.

Психотерапевт внимательно следит за едва уловимыми изменениями, отражающими уровень внимания пациента и его готовность реагировать. К этим изменениям относятся обеднение мимики, неподвижность взгляда, прекращение мигания глазами и почти полная неподвижность. Когда имеется эта совокупность признаков, то терапевт может быть уверен, что его пациент впал в состояние легкого транса. Он может тогда дать ему внушение или просто сказать что-нибудь вроде: «Вот оно. Оставайтесь в этом состоянии», — зная, что пациент в это время, скорее всего, имеет дело с содержанием своего бессознательного.

Главные фавбулы гипноза по М.Эриксону:

1) кооперативное формирование транса врача совместно с пациентом; 2) состояние транса — это естественное состояние; 3) люди имеют потребность в состоянии транса; 4) гипноз — это коммуникация идей, это хорошая поэзия.

Как пишет М.Эриксон, техника сама по себе есть не более, чем средство для организации внимания пациента и введения его в особо чуткое и восприимчивое психическое состояние, которое помогает ему выявить свои нереализованные до сих пор поведенческие возможности.

Кооперацию, совместное формирование транса (врача и больного) больной воспринимает как явление собственного опыта; конечной целью здесь является то, чтобы пациент воспринимал внушение как свой собственный личный опыт. Это опыт взаимной своеобразной игры с целью высвободить бессознательные механизмы реагирования.

Приводим пример такой взаимной кооперации, которую описывает Вольберг:

«Я хочу, чтобы вы удобно устроились на стуле и расслабились. Теперь, когда вы сели, положите ладони на бедра. Именно так. Теперь наблюдайте за своими руками, вы заметите, что можете внимательно за ними следить. Но вы должны непременно расслабиться. Вы заметите, что некоторые явления возникают во время релаксации. Они всегда происходили во время вашего расслабления, но вы их прежде так хорошо не замечали. Я буду на них указывать. Я бы хотел, чтобы вы сосредоточились на всех ощущениях (какими бы они ни были), касающихся ваших рук. Может быть, вы почувствуете тяжесть в руке, лежащей на бедре, или у вас будет чувство давления. Возможно, вы ощутите ладонью ткань ваших брюк или тепло вашей руки на бедре. Я хочу, чтобы вы отмечали те ощущения, которые будете испытывать. Не исключено, что вы почувствуете нечто вроде зуда. Неважно, что вы будете испытывать, но я хочу, чтобы вы за этим наблюдали. Смотрите все время на свою руку, и вы заметите, что она спокойна и остается все в том же положении. В ней уже есть движения, но они пока еще не ощутимы. Я хочу, чтобы вы не спускали глаз со своей руки. Ваше внимание может отвлечься, но оно все время будет возвращаться к руке; продолжайте пристально смотреть на свою руку и старайтесь уловить тот момент, когда движения в ней станут видимыми.

Интересно, какой из ваших пальцев начнет двигаться первым. Возможно, это будет большой палец или указательный, или средний, или безымянный, или мизинец. Один из ваших пальцев вздрогнет или шевельнется. Вы не знаете точно, когда и на какой руке. Смотрите все время внимательно, и вы заметите сперва легкое вздрагивание, возможно, в правой руке. Смотрите, мизинец вздрагивает и шевелится. В начале движения вы заметите интересную вещь. Промежутки между пальцами очень медленно расширяются, пальцы понемногу раздвигаются, и вы замечаете, что пространство между ними становится все больше и больше. Пальцы будут медленно раздвигаться, они расходятся все больше и больше, все больше и больше, вот так.

Когда пальцы раздвинутся, вы вскоре заметите, что они начинают произвольно сгибаться, образуя арку над бедром, как будто они хотят подняться все выше и выше (Указательный палец пациента начинает слегка приподнимать-

ся.) Заметьте, как поднимается указательный палец. Одновременно и другие пальцы собираются последовать за ним; вот они медленно поднимаются». (Другие пальцы начинают подниматься.)

В то время как пальцы будут подниматься, вы почувствуете легкость в кисти руки, ощущение легкости будет нарастать по мере того, как пальцы будут подниматься, образуя арку; вся кисть приподнимается. Поднимается медленно, легко. Как перышко, как шар поднимается в воздух. Поднимается, поднимается в воздух, в воздух, в воздух, поднимается все выше и выше, все выше и выше, кисть становится очень легкой (кисть начинает подниматься). Когда вы смотрите на поднимающуюся кисть руки, вы замечаете, что вся ваша рука поднимается, поднимается в воздух, немного выше, еще выше, еще выше, еще, еще, еще». (Рука поднялась над бедром почти на 10 см, и пациент пристально смотрит на нее.)

Продолжайте смотреть на кисть, на всю руку; рука поднимается, и вы вскоре почувствуете, насколько устали ваши глаза и как вас клонит ко сну. В то время как ваша рука будет подниматься, вы почувствуете себя усталым, расслабленным, вам захочется спать, очень захочется спать. Веки станут тяжелыми, и вам, наверное, захочется закрыть глаза. И пока ваша рука поднимается все выше и выше, у вас появляется желание все больше расслабиться, вам все больше и больше хочется спать, хочется почувствовать расслабление и покой, закрыв глаза и уснув.

Ваша рука поднимается выше, еще, еще, и вам очень хочется спать; веки тяжелеют, дыхание становится медленным и ровным. Дышите глубоко — вдох, выдох (пациент держит вытянутую руку прямо перед собой, его глаза моргают, дыхание глубокое и ровное). В то время как вы пристально смотрите на руку и чувствуете себя все более сонным и расслабленным, вы замечаете, что направление вашей руки начинает изменяться. Рука понемногу сгибается, кисть все больше и больше приближается к вашему лицу, еще, еще, еще, и, пока она поднимается, вы медленно, но неуклонно погружаетесь в глубокий-глубокий сон, в котором вы полностью расслабитесь, настолько, насколько вы захотите. Рука продолжает подниматься выше, еще выше, пока не достигнет лица, и вы

все больше и больше будете хотеть спать, но вы не должны заснуть прежде, чем ваша рука коснется вашего лица. Когда рука коснется лица, вы будете спать, глубоко спать».

Принцип взаимной кооперации — нейтральность — не исчерпывает гипноз по М.Эриксону в целом, внешне как бы отдавая инициативу пациенту, показать свои сомнения, которые толкали бы пациента подтвердить это: «...да, и я не знаю, заметили ли вы этот стул, в котором вы скоро найдете себя удобно сидящим...», не порождает желания, тенденцию оспаривать это. Вводная фраза при погружении в гипноз «можете ли вы» обходит сопротивление и контроль. Не директивность, а порождение у пациента процесса самонастраивания на подсанную тему («комфорт и ощущение отдыха от закрытых глаз», «люди должны сидеть все время в кресле, отдыхая», «мне хочется, чтобы вы чувствовали себя отдохнувшим», что имеют в виду, когда говорят «закройте сейчас ваши глаза», «мои пациенты говорят мне, что чувствуют себя комфортно и расслабляются, когда находятся на кушетке», «можете ли вы разрешить вашей руке подниматься», «для вас нет никакой необходимости держать ваши глаза открытыми», «для вас возможно войти даже в более глубокий транс», «почему бы вам сейчас не проснуться в лучшем состоянии, чем сегодня утром»).

Своего рода неопределенности, двусмысленность («мне любопытно знать, думаете ли вы или нет, что вы можете одно это», «я не знаю, знаете ли вы, входите вы или нет в транс», «знаете ли вы что-либо о транс вообще, ощущаете ли вы его или нет, но вы погружаетесь в транс», «я не знаю, осознаете ли вы, что вы глубоко в транс»).

Третий прием погружения в транс, наведения транс — это визуализация, представление определенных схем (любимые места — лесная поляна, например), и на этом фоне визуализации, переживания зрительных представлений этих мест, картин делать нужные внушения (отвлечение сознания визуализацией).

Следующий прием — словесная подстройка или принцип 4:1. Начинают внушение с пяти предложений: четыре отражают реальность, а затем одно, реализации которого надо достичь («слышите мой голос»; «удобно сидите в кресле»; «руки лежат на подлокотниках»; «глаза закрыты» и «вам

хочется отдыхать»). Продолжая этот алгоритм погружения, даете три внушения, имеющих место в реальности, и два желаемых. Затем два реальных, поддающихся проверке, и три желаемых, потом 1:4, и т. д., пока у пациента не наступает состояние транса.

Принцип, который можно условно назвать «механизм подтекста». Например, врач рассказывает пациенту о трансе, описывает все те ощущения, которые человек чувствует, погружаясь в транс, а также на фоне беседы на эмоционально нейтральную тему, но хорошо знакомую для больного (чтобы не напрягать сознание с целью понять) вкрапляют нужные внушения, например: «приятное спокойствие», «желание отдыхать», «чувствовать себя хорошо, комфортно» и т. д. М.Эриксон, проводя терапию овощеводу, внушал: «Растение томата может чувствовать себя хорошо (подтекст — я, клиент, могу чувствовать себя хорошо)... Забавно разговаривать о растении томата, чувствующем себя хорошо, не так ли», и т. д. и т. п.

Следует начинать гипноз по М.Эриксону с подстройки по позе, дыханию, миганию глаз, т. е. идентифицировать себя с пациентом. Здесь уместно вспомнить книгу Тарда «Законы подражания», где речь идет о подражании как о естественном пути развития (от родителей к детям), механизме взаимоиндукции. При достижении взаимоиндукции следует менять состояние пациента в нужном направлении. Процесс подстройки очень наглядно, образно описан в рассказе А.И.Куприна «Олеся».

Нужно помнить, что важен процесс становления специалиста в целом, его базисные знания и умения. М.Эриксон прежде всего усвоил все, что было создано до него, стал блестящим суггестором, специалистом с большой буквы, и на базе этого опыта применял свой метод. Его ученики, пытаясь объяснить успехи его работы, описывают некоторые технические приемы, в которых часто у М.Эриксона не было нужды (например, принцип 4:1), так как он был гениальным суггестором и целью его метода было бессознательное обучение пациентов, используя метафоры.

18. Аутогенная тренировка

В настоящее время психотерапия, развиваясь, синтезируясь, имеет тенденцию сглаживать или терять очертания основных свойств методик. Так произошло и с АТ. Появились психотерапевтические приемы кабинетов психологической разгрузки, релаксации, которые работают по типу отпуска процедур (что тоже является положительным моментом), но нельзя подменять эти понятия с АТ. Предполагается применение АТ в нестандартных ситуациях самими больными без всяких вспомогательных средств (что является невозможным в непредвиденных условиях). Это и имел в виду автор АТ И.Шульц, неудовлетворенный гипнотерапией в силу того, что больной зависит от врача, проводящего сеансы гипнотерапии (хотя следует иметь в виду и феномен постгипнотических внушений). Занимаясь гипнотерапией, изучая индийскую йогу, И.Шульц задался целью создать методику, которая не требовала бы для своего применения никаких особых условий, и больной мог бы использовать ее в любых сложных для него ситуациях.

Врачу для обучения больных АТ важно подготовиться к вводной беседе, учитывая контингент больных, с целью подготовки больных к активному овладению АТ.

Наш опыт проведения АТ больным и обучения АТ врачей показывает важность вводной беседы. В то же время мы видим неподготовленность врачей просто, доходчиво объяснить больным цель и задачи АТ, основные механизмы овладения АТ. Наша модель проведения вводной беседы (которая может быть врачами индивидуализирована, уточнена, дополнена, но без потери основной цели и задачи) схематически может быть представлена:

1. Вкратце, но доходчиво (учитывая контингент слушателей) осветить психофизиологические закономерности функционирования человека. Взаимодействие, взаимовлияние интеллектуальных, волевых и эмоциональных процессов. Настроение как индикатор результирующего состояния сомы, психики и ситуации окружающей среды в личностно значимом аспекте. Настроение, самочувствие, психический настрой и реальное положение вещей, реальность, причины их несоответствия.

Возможные причины плохого настроения, жизненного тонуса, их диагностика, устранение этого.

2. Вкратце осветить вопрос о произвольных и непроизвольных функциях организма человека. Роль произвольных функций как механизм активной адаптации к меняющимся условиям окружающей среды. Не быть рабом ранее выработанных действий, стереотипов поведения, а произвольно, по своему желанию видоизменять свои действия, а в дальнейшем закреплять их, переводить в автоматические. Таким естественным путем усваиваются новые навыки, формируются новые тенденции, установки. Непроизвольные функции берут на себя всю нагрузку естественных, рутинных, шаблонных реакций человека, освобождая его для более важных сторон жизни на сознательном социально-психологическом уровне. Они стоят на страже как соматического, так и психического «Я» человека, влияют на настроение человека, сигнализируют о каком-то неблагополучии, угрозе. Непроизвольные функции являются индикатором нашего «Я», по их реакциям проявляется наше реальное (а не показное) отношение к тому или другому явлению и т. д. На непроизвольные функции прямо и произвольно (по своему желанию) влиять почти невозможно. Можно сознательно, волевым усилием их удержать какое-то мгновение, но они тут же все равно проявляются. Изменить себя, свое «Я» так просто, произвольно тоже нельзя, на этот процесс требуется много времени и усилий. Вопрос сознания и бессознательного, произвольных и непроизвольных функций, их взаимоотношения является одним из центральных во всех школах и теориях психотерапии.
3. Осветить основную и главную цель АТ — овладение в какой-то степени непроизвольными функциями. Вытормаживать, целостно подавлять нежелательные в данной ситуации эмоциональные реакции, состояния, влиять в нужном направлении на настроение, желание, самочувствие и т. д. Термин «владеть собой» не раскрывает сути этого явления, ведь именно способность влиять на свои непроизвольные функции, что является более точным, отражает механизмы поведения.

4. Формирование мотива к занятию АТ. Показать преимущества человека, овладевшего АТ, акцентируя внимание на интересах в зависимости от контекста слушателей. Ярко, на примерах показать все это.
5. Раскрыть и акцентировать внимание на основных механизмах овладения произвольными функциями. Внимание бывает двух типов: 1) произвольное, т. е. по произволу, желанию человека, и это внимание зрелого человека; 2) произвольное, т. е. отвлекаемое под влиянием внешних факторов, детское внимание.

Первый механизм овладения произвольными функциями — это тренировка произвольного внимания, т. е. умение сосредоточиться, сконцентрировать свое внимание на чем-то и отрешиться от всего остального. Это один из центральных феноменов самовнушения, овладения АТ. В Хатха-йоге (телесной йоге) главное — в сосредоточении внимания и удерживании его по отдельным частям тела. Похоже, поэтому И.Шульц предложил шесть упражнений низшей ступени. Так что главное — в приобретении способности концентрации внимания как основного механизма, который можно перевести на другие сферы, как феномена овладения произвольными функциями, т. е. основной упор делать на тренировку полной сосредоточенности на том, на что обращает внимание формула. Многократно подчеркивать важность умения полностью сосредоточиться на чем-то и отрешиться от всего остального. Сосредоточиться настолько, чтобы в уме что-то другое не возникало, сознание полностью было поглощено только предметом созерцания. Если формула АТ гласит — «моя правая рука тяжелая», то все внимание сосредоточено только на ощущениях, идущих от правой руки, и других ощущений в сознании нет, не осознается ни левая рука, ни что другое.

Второй механизм овладения произвольными функциями — яркое представление содержания формулы, не просто проговаривание ее, а именно яркое представление, вера в это. Например, формула «я спокоен» подразумевает, что спокоен именно я, дает возможность почувствовать свою сущность, именно я, а не кто-то другой, спокоен, наполнен спокойствием, пронизан спокойствием. Спокойствие — представить, например, себе озеро в лесу в тихий, знойный день,

когда даже листочки не шевельнутся. Именно спокойствие, именно я и спокойствие — одно и то же, я такой же спокойный, как и это озеро. Полная сосредоточенность на этом, и других конкурентных мыслей, представлений нет, другие представления не возникают. Сосредоточенность подавляет сознательную переработку с элементами критики, в сознании только одна идея, воспринятая ярко, и она преодолевает антисуггестивный барьер. Вот основные механизмы, которые надо осваивать, к которым надо прикладывать усилия.

После вводной беседы кратко освещается низшая ступень АТ, целью которой является достижение аутогенной погруженности. По сути дела, лечебная сущность АТ — это самовнушение, лечебные формулы самовнушения в состоянии аутогенной погруженности.

Приступая непосредственно к занятиям, делают акцент на предварительную формулу «я спокоен, я совершенно спокоен». Подчеркивается важность не автоматического повторения лишь фразы, а, во-первых, полная сосредоточенность на содержании фразы, отсутствие каких-либо противоположных мыслей, а при отвлечении тут же снова сосредоточиться на фразе; во-вторых, яркое представление содержания фразы. Все это относится и к остальным формулам низшей ступени.

Низшая ступень состоит из шести упражнений с последующим их свертыванием до формул: «я спокоен, я совершенно спокоен» и дальше «я в аутогенной погруженности», и дальше следует уже (при овладении низшей ступенью) лечебное внушение:

1-е упражнение: вызывание тяжести в руках и ногах, сперва по отдельности, а потом и вместе;

2-е упражнение: вызывание теплоты в руках и ногах по той же схеме, 1-е и 2-е упражнения обычно заканчиваются формулами «мои руки и ноги тяжелые и теплые»;

3-е упражнение: «мое сердце бьется ровно, ритмично, спокойно»;

4-е упражнение: «дыхание ровное, спокойное, ритмичное»;

5-е упражнение: «мое солнечное сплетение излучает теплоту».

6-е упражнение: «мой лоб прохладен».

Заключительная формула: «Я спокоен, я в аутогенной погруженности», сводя при этом глазные яблоки и направляя

взгляд вверх (при закрытых глазах). При этом получается своеобразный феномен погружения в состояние аутогенной погруженности. Классические положения для освоения АТ: поза кучера, полусидя, лежа. По нашему мнению, позы не имеют особого значения, ведь важна тренировка произвольной сосредоточенности, отключения внимания от всего остального и яркое представление содержания формулы.

Приступая к занятиям, необходимо предложить принять удобное положение, желательно позвоночник прямой, плечи опущены.

Сосредотачиваются на произносимой про себя фразе: «Я спокоен, я совершенно спокоен» и приступают к 1-му упражнению: «Моя правая рука тяжелая». Обычно рекомендуют произносить фразу 6-8 раз, но наш опыт показывает, что лучше просто в течение 2-3 минут удерживать мысль и ярко представлять тяжесть в правой руке, вспоминая ощущение тяжести в реальной жизни, потом «я спокоен» и «в левой руке тяжесть», дальше правая нога, левая нога. Дальше второе упражнение: «Моя правая рука теплая» и т. д.

Обычно начинают с первых двух упражнений, на усвоение которых, по нашему мнению, уходит около 10-14 дней, по 10 минут 5 раз в день (ведь важна тренировка произвольного внимания, концентрации внимания, яркое представление). На последующие 3-4 упражнения уходит около 7 дней или немного больше (учитывая уже тренированную способность сосредотачиваться, концентрацию внимания). Такой же промежуток времени уходит и на 5-6-е упражнения. В целом выходит 1-1,5 месяца при условии ежедневной суммарной траты времени 1 час, т. е. требуется 30-45 часов.

Важно попросить людей проанализировать свою повседневную жизнь, посмотреть, на что человек тратит время. Ведь, потратив 1 час в день, 30 часов в месяц, можно себя усовершенствовать, сделать свою жизнь более интересной, увлеченной, творческой, устранить возникновение чувства скуки, рутинности, достичь ценность единства эмоциональной, интеллектуальной и волевых сфер. Некоторые ищут тайны, чуда в овладении АТ, а тайна — в постоянстве, настойчивости, упорстве, ежедневной систематической тренировке. АТ тренирует такой «инструмент», как человек, делает его более

совершенным, цельным, как сейчас сказали бы, исходя из «новых» психотерапевтических методик, — конгруэнтным. В.Е.Рожнов, А.М.Свядош, А.С.Ромен считают, что феномены АТ объясняются возникновением фазового гипнотического состояния, промежуточного между сном и бодрствованием. В.Е.Рожнов пишет: «Метод аутогенной тренировки как разновидность самовнушения на фоне общей мышечной релаксации, несомненно, вызывает в мозгу занимающегося им гипноидное состояние». Мы видим некоторые общие механизмы между состоянием «переключения» при АТ, гипнотическим состоянием и состоянием экстаза.

Наше внимание привлекло это особое состояние «переключения» при овладении методикой АТ с позиции функциональной системы поведенческого акта (П.К.Анохин) и сравнение его с обычным бодрствующим состоянием, гипнотическим состоянием, состоянием экстаза.

Особый интерес представляет анализ стадии афферентного синтеза. В бодрствующем состоянии задача афферентного синтеза заключается в тщательной обработке, сопоставлении и синтезировании всей той информации (мотивация, обстановочная и пусковая афферентация, память), которая необходима организму для совершения наиболее адекватного для данных условий приспособительного акта. Сложность его не только в том, что он содержит огромное количество процессов и компонентов, но еще и в том, как эти компоненты взаимодействуют между собой. Все они проводят «примерку» одного процесса к другим до тех пор, пока не сформируется решение и не сложится афферентная модель ожидаемых результатов.

Анализ состояния афферентного синтеза в сомнамбулической стадии гипноза показывает, что доминирует инструкция (внушение), т.е. афферентный синтез сужен, находится в таком функциональном состоянии, когда внушение доминирует, а все остальные факторы на стадии афферентного синтеза, если они противоречат или мешают внушению, выключены.

То же самое происходит (глубина определяется овладением низшей или высшей степенью АТ) при состоянии «переключения АТ», а также в состоянии творческого экстаза, но лишь с той разницей, что здесь доминируют определенные мысли или аффекты самого субъекта. В состоянии экста-

за сужение афферентного синтеза происходит в результате сильного аффекта, а при АТ — путем сознательного овладения методикой АТ.

В афферентном синтезе участвует как сознание, так и бессознательная сфера, потому что «огромное количество информации усваивается и перерабатывается нервной системой без участия высших уровней в иерархии ее управляющих систем, т. е. без участия сознания». Бессознательная сфера в процессе жизни человека формируется, строит свою работу таким образом, что не допускает любой произвольности, субъективности в жизни человека, подключая из стадии афферентного синтеза все факторы объективной действительности на своем уровне. Это ведущий фактор такого психологического феномена, как вера, которому в литературе не уделено достаточного внимания. По мнению Г.В.Щербаковой, понятие «вера» очень часто относится к ненаучным понятиям, в частности к религиозным, несмотря на то, что вера является объективным свойством человеческой личности. А.Н.Раевский и А.В.Антонов пишут: «Из всех психических состояний, сопровождающих любую деятельность, одно из наиболее видных мест принадлежит психическому феномену веры...» В истории исследования проблемы веры совершенно не разработан вопрос о вере как условии превращения сообщений информации в знание субъекта, личное знание. Таким образом, устанавливается твердая связь благодаря бессознательной сфере, объективной действительности и психической сферы человека, хотя эта связь не ограничена в мыслительной сфере в отношении ее с объективной окружающей средой. Поэтому человек, не овладевший методом АТ, самовнушением, не может произвольно менять функциональное состояние своего организма, своей психики без соответствующих раздражителей извне, соответствующих объективных условий.

Мы можем произвольно прекратить умственную деятельность или, наоборот, сосредоточиться на чем-либо, но в результате процессов, происходящих в бессознательной сфере, спонтанно возникают мысли в сознательной сфере, происходит отвлекаемость в сосредоточенности.

Усваивая упражнения АТ, тренируя свое внимание, мы учимся приводить свою бессознательную сферу в этом состо-

янии «переключения» в такое функциональное состояние, при котором механизм включения всех факторов в афферентный синтез зависит от сознательной сферы. Происходит превращение сведений в глубокую убежденность, которую можно рассматривать только в плане соотношения эмоционального и рационального, веры и знаний. Г.В.Щербакова пишет о том, что «корни зарождения веры можно искать на бессознательном уровне человеческой психики», и с автором невозможно не согласиться, имея материалистическое понимание бессознательного, которое формируется во всей жизни человека под влиянием объективной окружающей действительности.

В состоянии «переключения» при АТ лечебные формулировки обретают такой психологический фактор, как «вера», и тогда «трудно не действовать в соответствии с идеей при наличии живой веры в нее» (Б. Рассел).

При АТ целью является достижение того же состояния, что и при гипнозе, которое, по выражению В.Е. Рожнова, воздвигает в мозге человека ту воображаемую «башню молчания», обуславливающую все эти феномены. Разница лишь в том, что при гипнозе функциональная система управляется извне в виде внушений, а при АТ — мыслительной сферой субъекта, по выраженности феноменов, характеризующих это состояние, при гипнозе характеризуется степенью гипнотического состояния, а при АТ — уровнем овладения (низшая, высшая ступень по И.Шульцу). Гипнотическое состояние, состояние «переключения» при АТ открывают перед экспериментатором возможность проникновения в физиологические механизмы внутренних процессов работы головного мозга, результаты которых мы наблюдаем в повседневной жизни.

Противопоказания к АТ

Это общесоматические и общепсихиатрические противопоказания, личностные особенности (истерическая психопатия; неустойчивые, инфантильные личности; недостаточный уровень интеллектуального развития). Осложнения возникают крайне редко и в основном при несоблюдении противопоказаний.

19. Нейролингвистическое программирование

Р. Бендлер и Д. Гриндер, являясь математиком и лингвистом, поставили цель создать модель профессиональной психотерапевтической деятельности. Материалом для этой цели служили наблюдения Р. Бендлера и Д. Гриндера процесса гипнотерапии, закономерностей построения лечебных внушений, лечебного процесса у Мильтона Эринсона, а также лечебной деятельности Ф. Пёрлза, В. Сатир и других психотерапевтов. Они некоторые моменты, особенности психотерапевтического процесса выделили в отдельные техники, моделируя их, делая возможным усвоить по частям, а также взяли на вооружение положения порождающей глубинной грамматики Н. Хомского, кибернетических принципов.

Некоторое разочарование западными методиками (В.В. Макаров) коснулись и техник НЛП. Некоторые сторонники в прошлом отошли от НЛП, а некоторые начали совмещать эти техники НЛП с трансовыми состояниями, что, по сути дела, есть возврат к первоисточнику, к гипнотерапии. Причина в том, что эти техники применялись как основной вид лечения, без понимания основных лечебных механизмов этих техник, у каких типов личности они успешны, то есть без клинического подхода.

Основной и ведущий механизм лечебного воздействия НЛП — это самовнушение (аутосуггестия). Степень эффективности применения техники НЛП есть готовность и свойства пациента к аутосуггестии. Конечно, определенную роль играет гетеросуггестия «тренера». По сути дела, техники НЛП есть способы структурированного самовнушения с тенденцией преодоления механизмов психологической защиты. Для введения в НЛП, понимания принципов и наглядности возьмем в пример технику «*взмаха*». Пациент должен представить себе экран большого телевизора, в его правом углу — маленький. На большом экране он представляет себя в состоянии, обладающем нежелательными свойствами, имеющем расстройство, а на маленьком — в желаемых свойствах и состояниях. Взмах заключается в том, что в представлениях происходит смена «виденного» на экране, и с большого экрана «изображение» перемещается на маленький или вообще уходит, а с маленького — на большой

и застывает на нем, становится четким, ясным. Важно удерживать в своих представлениях это воображение, как показывают наши наблюдения, подольше, до 3-5 минут. Повторяются эти процедуры до 4-5 раз, и критерий прекращения — трудность представить нежелательное или даже невозможность. Здесь играет роль факт ухода, смещения с большого экрана нежелательного и приход желаемого. «*Взрыв*» — сознательное, целенаправленное усиление до предела неприятных состояний, переживаний, а потом взрыв в воображении всего этого (как гремучей смеси) и исчезновение, испарение этих переживаний.

Более сложная техника — это «*визуально-кинестетические диссоциации*». Цель техники — ослабление или полное исчезновение зафиксированных нежелательных реакций, переживаний (диссоциация — расслоение, ослабление). Здесь важно выделить два ракурса переживаний. Переживая какой-то эпизод, он видит себя действующим, испытывающим этот эпизод, он в нем, то есть, как говорят, «находится в картине», и это приводит к тому, что он переживает так же, как и во время этого события. Во втором случае он испытывает чувство наблюдателя этого эпизода со стороны, это чувство на поводу чувств, проявляемых в эпизоде, и они носят не такой психотравмирующий характер. Техника предусматривает перевод с первого ракурса переживаний (я участник) во второй ракурс — наблюдателя (я наблюдатель).

Техника исполнения:

1. Психотерапевт рядом с пациентом и путем «якорения» создает ему состояния безопасности, ее гарантии, то есть, обнимая его, внушает состояние безопасности, уверенности в ней, в ее гарантии.
2. Представить себя («визуализировать») более молодым, то есть за минуту, несколько секунд до психотравматического момента или в его самом начале. Постараться как можно четче представить себя в этот момент и выйти из себя, из своего тела (уход с картины) так, чтобы пациент мог увидеть себя рядом с психотерапевтом и смотреть на себя более молодого. Последняя позиция — это позиция наблюдателя, который наблюдает себя более молодым в психотравмирующей обстановке, ситуации и себя рядом с психотерапевтом.

Для доступности и наглядности можно пациенту представить себя в кинотеатре, где на экране он более молодой, в зале он рядом с терапевтом и смотрит на это еще и из кинобудки.

3. После этого следует запустить в действие эту систему, попросив пациента представить и пережить полностью в деталях психотравмирующую ситуацию, но пациент, чтобы сохранить эффект дистанцирования от этих переживаний, эмоционально дистанцироваться: то есть он более молодой переживает, а пациент реальный, находящийся рядом с терапевтом наблюдает за теми переживаниями. В то же время пациент, как сторонний наблюдатель наблюдает и за собой более молодым (на экране), и реальным (сидящим в зале рядом с психотерапевтом).

4. После проигрывания психотравмирующей сцены и наблюдения с двух позиций важно возвратиться в представление с позиции стороннего наблюдателя (кинобудки) к реальному «Я», находящемуся рядом с психотерапевтом, привнеся эффект сторонности наблюдателя, опосредованности переживаний.

В дальнейшем соединенному «Я» подойти к более молодому, прошедшему психотравматические переживания, убедить его в том, что все позади, переживания ушли, что с ним ничего не случилось, внушать ему состояния комфорта, ощущение своей ценности.

5. Убедившись в том, что более молодой вышел из этой психотравмирующей ситуации более спокойным, дать более молодому слиться с реальным пациентом. Если психотравмирующие чувства не ушли, то надо все повторить сначала, иногда по несколько раз. Несмотря на кажущуюся сложность, если есть актуальность проблемы, то получается легко, так как происходит эффект катарсиса с дистанцированием и подспудным самовнушением ухода психотравмирующей ситуации.

Важен учет личностных особенностей, так, например, у неустойчивых, инфантильных личностей техники НЛП дают наглядный результат, эффективность, но они не носят стойкий характер, так как зависимы от среды (комфортны) и неустойчивы во всем. Истерическим личностям техники НЛП,

как и АТ, могут быть противопоказаны, так как тренируют механизмы возникновения моносимптомов.

Психастенические личности с большим трудом, если совсем не усваивают эти техники в силу их сомнений, второсигнальности. Если не придерживаться личностного подхода, не включать эти техники в психотерапевтический процесс на определенной стадии психотерапевтической техники, то можно в них разочароваться.

Техника изменения личной жизни, то есть коррекция прошлого, вернее, изменение отношения пациента к каким-то событиям прошлого. Здесь важно иметь в своем распоряжении нужные ресурсные состояния, то есть эмоциональные состояния (энтузиазм, прилив сил, энергии, воодушевление, чувства овладения с ситуацией и т. д.). Возвращаясь к воображаемому прошлому, его ситуациям, неадекватным реакциям, подойти к ним с нужными ресурсными состояниями, пережить их заново, но с достоинством, выдержкой, чувство собственного достоинства.

Рефрейминг — переформирование, формирование заново. Переформирование имеет 6 шагов поэтапного изменения с использованием самовнушения, превращения и снятия механизмов психологической защиты.

Первый шаг — четкое определение, что надо, например, избавиться от курения.

Второй шаг — установление тесного контакта с той частью «Я», частью личности, которая отвечает за эту функцию. В данном случае часть «Я», которая отвечает за курение.

Третий шаг — вскрыть первичное намерение личности в нежелательном явлении, акте поведения. Например, курение и первичное намерение — выглядеть солидно, важно, ритуал делового человека, женщина с определенным уровнем развития, функционирование эмоциональной сферы, способ успокоения, снятия скуки, или, наоборот, волнения. Отделить намерение от поведения.

Четвертый шаг — обратиться к своему творческому «Я» и найти три новых способа удовлетворения первоначального намерения.

Пятый шаг — сформировать у себя решение освоить новые, приемлемые способы решения первоначальных намерений.

Шестой шаг — экологическая проверка, то есть прове-

ритель, как другие части «Я» пациента будут реагировать на это новое поведение, уравновесить их, построить их согласие.

Существует множество техник и подходов НЛП, и они работают, если применять клинический подход, учитывая многие факторы, в том числе нежелание некоторых больных самим прилагать усилия, выполняя эти техники.

Метод якорения — это установление условно-рефлекторных связей, включая и самовнушение. Например, сжатие правой рукой левого коленного сустава — состояние оптимизма, воодушевления и т. д.

Анализ ведущего канала доступа и репрезентативного — это метод, попытка заставить собеседника услышать другого человека, налаживание коммуникаций, снятие в какой-то мере механизмов психологической защиты. Вне фрустрационных ситуаций, аффективных расстройств нет стены между каналами доступа. Каналы доступа (субмодальности) — зрительный, слуховой, кинестетический важны, и опытный психотерапевт действует не только на ведущий, но и на два других канала доступа с целью более эффективного воздействия.

Метод наложения прост, но важен, это команда самому себе (аутосуггестия) — накладываю четкость на образ, цветность, объемность и т. д.

20. Метод формирования психотерапевтических установок

Мы разработали (1976 г.) и продолжаем совершенствовать психотерапевтическую методику на основании теории установки Д.Н. Узнадзе. По определению этой школы установка — это не только определенное предположение организма к определенной деятельности, но и способность организма к актуальному регулированию динамики, действия и отражения.

Установка не только настраивает организм на определенную деятельность, но и настраивает его на восприятие среды под определенным углом, на определенную последовательность событий во внешней среде, то, что П.К. Анохин определял, как опережающее отражение действительности.

Установка — это целостная реакция организма, она ба-

зируется на тех механизмах, которые обеспечивают интеграцию психической деятельности. Установка формируется в бессознательной сфере, и она предваряет появление определенных факторов сознания, предшествует им. Установка, являясь неосознанной, порождает на уровне сознания определенное содержание, влияя на познавательную, эмоциональную сферы, поведенческие действия. Использование установки в психотерапевтической работе важно тем, что она имеет конкретную структуру, показывает особенности и конкретное содержание ее содержания, указывает то, на что надо воздействовать.

В структуру установки входит:

1. Познавательный компонент, преднастрой к восприятию явлений, ситуаций, фактов под определенным углом, контекстом ситуаций, адекватность этих восприятий с учетом интересов других людей, ситуаций.
2. Эмоциональный компонент. Это эмоциональная реакция, эмоциональный настрой и преднастрой определенного характера.
3. Поведенческий компонент, то есть характер поведения в той или иной ситуации, в том или ином контексте. В любой психотерапевтической работе необходимо кого-то или что-то перестраивать, изменять в этом процессе, анализ данной ситуации под углом желаемого, необходимого. Установка, ее структура дают возможность воздействовать на познавательные, эмоциональные и поведенческие факторы в нужном направлении.

Познавательный компонент установки организующего и селективного характера роднит ее с когнитивной психотерапией, которая учитывает возникновение автоматических мыслей определенного характера в процессе взаимодействия, но не учитывает преднастрой, внутреннюю готовность, существующую и вне ситуации, то есть соответствующую установку патологического характера. В то же время установка формирует тенденцию к определенному типу активности, деятельности, что роднит ее с гештальттерапией. Но гештальт (соотношение фигуры и фона) — более аморфное понятие, чем установка, которая имеет свою структуру, и на эти компоненты ее структуры можно более прицельно

и активно воздействовать, меняя ее характер, а не только завершать гештальт.

Установка реализуется тем или иным своим содержанием в зависимости от ситуации, социальных контекстов, так что психотерапевтически можно влиять не только на ее познавательные, эмоциональные и поведенческие компоненты, но и на характер ее реализации на уровне сознания в тех или иных условиях. Это дает возможность редукции нежелательных установок и формирование терапевтических.

21. Экзистенциальная психотерапия

Идеологами экзистенциальной философии и психотерапии явились С. Кьеркегор, К. Ясперс, М. Хайдеггер, Н.А. Бердяев, Ж.П. Сартр и другие. Название этого вида психотерапии происходит от слова *existentio* — существование.

Экзистенциальная психотерапия не однородна, имеет много вариантов и подходов к такому сложному, многофакторному явлению, как существование человека, и носит в одних случаях религиозный, а в других — атеистический характер.

Человек, получив способность мыслить, то есть манипулировать не только конкретными предметами и явлениями, но и представлениями, понятиями, словами, их замещающими, поднялся на другой уровень бытия. Человек обладает не только сознанием, но и самосознанием, то есть он не только знает, но и знает, что он знает. За способность мыслить и самосознание человек расплачивается возникновением потребности смысла своего существования, осмысления и оценки своего временного характера жизни и т. д.

Проблема человека решалась в мировых религиях, проблема существования возникала на стыке духовного и физического бытия, то есть религии и медицины. Ведь вся медицина в той или иной мере пронизана проблемами экзистенции человека.

Экзистенция, существование предполагается в значении переживания жизни, переживать свою жизнь, ее атрибуты, а не просто жить. Конечно, есть разные уровни существования, переживания жизни. Так, Стефан Цвейг в одном из своих то-

мов «Три певца своей жизни» сначала показал самый простой уровень существования, хотя и с более натуральными оттенками примера жизни Казановы, который в своих мемуарах просто повествовал свою жизнь без внутренних противоречий. Более сложный уровень — это Стендаль, который в своей «Исповеди» стремился постичь умом, рассуждениями сущность своей жизни. Наиболее сложный уровень — это Л.Н. Толстой, который переживал, пытался постичь, духовно мучился и страдал, испытывая внутренние противоречия. «Исповедь» Л.Н. Толстого — наиболее яркое освещение проблем экзистенции человека в прямом смысле слова, даже больше, чем многие экзистенциальные писатели и мыслители, в том числе и Ж.П. Сартр. Конечно, клиническим психотерапевтом правит клиника, и он, работая с пациентом, иногда вспоминает рассказ М. Горького «О вреде философии».

Психотерапевту важно помнить, что некоторые экзистенциальные вопросы коренятся в астено-депрессивном или депрессивном состояниях. Тревога может возникнуть не только из-за экзистенциальных проблем, но и из-за поломки биохимических механизмов. Симпатомиметики, даже очень крепкий кофе, способствуют возникновению тревожного состояния, его усилению, если оно есть, а симпатолитики, альфа-блокаторы (пирропсон и др.) снимают его.

И. Ялом в своем варианте экзистенциальной психотерапии определяет ее — это динамический терапевтический подход, фокусирующийся на базисных проблемах существования индивида.

Как бывший психоаналитик, И. Ялом указывает на динамическую модель психики человека, в которой наличествуют конфликтные силы. В психоанализе это, с одной стороны, инстинкты и комплексы Эроса и Танатоса, с другой стороны, это требования среды и внутренне усвоенные человеком эти требования.

В неофрейдистской психодинамике — это потребность ребенка в безопасности, то есть в одобрении со стороны взрослых, но обладая от рождения огромной энергией, любознательностью, потенциалом роста и желанием обладания любимыми взрослыми. У И. Ялома экзистенциальная психодинамика — «это конфликт, обусловленный конфронтацией индивидуума с данностями существования». Под «конечны-

ми данностями существования» он подразумевал определенные конечные факторы, атрибуты жизни, которые являются неотъемлемыми, неизбежными составляющими бытия человека в мире. Это прежде всего такие атрибуты жизни, как смерть, свобода, изоляция и бессмысленность.

Первой, но не более значимой среди других, конечной данностью бытия является смерть. Одно из самоочевидных, но не всегда осознаваемых аксиом жизни, жизненных истин — все возникшее, родившееся имеет конец. Люди боятся, имеют страх этого факта, но в то же время должны жить с осознанием неизбежности этого конца, и как реакция на него — страхи перед ним, базисная тревога. Стоики относили смерть к самому важному событию жизни. Слова философов древности: «Смысл занятий философией — подготовка к смерти» (Цицерон), «Только тот человек воистину наслаждается жизнью, кто согласен и готов оставить ее» (Сенека) — цитаты по И. Ялomu.

Выдающиеся умы человечества приходили к выводу о том, «что смерть — неотъемлемая часть жизни, и, постепенно принимая ее в расчет, мы обогащаем жизнь, а отнюдь не обкрадываем ее».

И. Ялом говорит о том, что «физическая смерть разрушает человека, а идея смерти спасает его». Забвение экзистенции — это погружение в мир вещей, в жизненную рутину, человек загружен «пустой болтовней» и капитулировал перед повседневностью.

Сознание экзистенции — сосредоточенность на том, что мир, вещи и он есть, что все это обладает бытием (не столько прибывает в этом мире, а существует), а не на оценках вещей, явлений, их свойствах. Именно осознание бытия и не только его скоропостижности.

Экзистенциалисты не отрицают того факта, что смерть — ужасное, нестерпимое зло для людей, но они акцентируют внимание на том, что идея о смерти делает нашу жизнь более переживаемой, чувственной. Как они указывают, «ограничение возможности наслаждаться повышает ценность наслаждения». Действительно, очень старые люди острее переживают времена года, например, весну, осень (а не последняя ли это весна или осень), полнее наслаждаются ими, все становится ценностью.

В литературе по экзистенциальной психотерапии приводится много примеров того, как угроза жизни, кризисные состояния изменяют человека, делают возможным по-другому чувствовать жизнь, изменяется взгляд на жизнь. Это действительно так, например, профессор В.Е.Рожнов рассказывал об особом поведении в столовых постблокадных ленинградцев, особом экзистенциальном настроении. Человек, перенесший кризисное состояние, меньше отвлекается на мелочи жизни, обостряется жизнь в настоящем, а не на том времени, когда дети вырастут, уйдут на пенсию, более глубоко взаимодействует с близкими взамен формальному.

Тревога смерти порождает множество путей достижения «символического бессмертия» (потомство, более высокий уровень экзистенции, креативность, включение в процесс пути вечности природы, повышение интенсивности жизни в «непрерывном настоящем» и т. д.).

Творчески не осознанная, не переработанная идея смерти порождает тревогу, то есть базисную тревогу человеческого бытия вместо позитивного жизненного стимула.

Экзистенциальные психотерапевты считают, что пациенты дают много материала на тему смерти — болезни и смерти родных и близких, беспокойство о здоровье других, своем, о старении, о седых волосах, морщинах, общение с зеркалом под этим углом зрения.

Экзистенциальная модель психопатологии базируется на конфронтации индивида с конечными данностями существования, в частности, с тревогой смерти или с другими конечными данностями. К этой базисной экзистенциальной тревоге люди вырабатывают адаптивные стратегии — механизмы психологической защиты, религии, активная направленность на деятельность (трудоголики, фанаты), творчество. Психопатология — это дезадаптивные защитные механизмы от базисной тревоги. Важно снять механизмы психологической защиты, преодолеть психопатологическую защиту и обнажить первичный экзистенциальный конфликт, работать с ним. В экзистенциальной психотерапии применяется ряд методик и техник для стимулирования базисного конфликта со смертью. Рассуждать об ощущениях жизненных ситуаций, их неповторимости, неординарности. Анализ снов, раз-

ных ситуаций, переживаемых во сне, ситуаций горя, утраты увеличивают экзистенцию. Еще Монтень в своих «Опытах» описал приемы, как искусственными средствами усилить сознание смерти, которые применялись во многих культурах.

Один из приемов работы с базисной экзистенциальной тревогой заключается в написании пациентами на группе эпитафий или некрологов самому себе. Прием «место назначения» — линия времени, на одном конце дата рождения пациента, на другом — дата его смерти и надо поставить крестик на том месте, где, по его мнению, он сейчас находится. Прием «вызов» — группа разбивается на тройки, и члены этой тройки беседуют между собой. Бумажки с их именами находятся в вазочке и их вынимают по одной — тот, чье имя названо, прерывает разговор на полуслове и поворачивается спиной к остальным, что дает ощущение бренности жизни. Сейчас существуют специальные тонатологические тренинги.

Отрицание пациентом базисной тревоги не должно останавливать психотерапевта, и он должен собирать сведения, анализируя высказывания пациента, его сны. Важно для пациента вскрыть, осознать эту базисную тревогу, потому что она не дает возможности правильно реагировать на жизненные проявления, окружающую действительность. Перейти с пациентом кризисную ситуацию, осознать ее.

Прием «направленной визуализации» — на фоне релаксации представить себе свою смерть в деталях, ее место, время, ситуацию, реакцию на это все окружения и характер их переживаний, представить себе свои похороны. Прием переживания «жизненного цикла», особенно сосредоточившись на последних стадиях — старость и смерть, пожить старческой жизнью, играя роль стариков. Общение с умирающими людьми, посещение хосписов способствует уменьшению базисной тревоги.

Конечно, слепо переносить все эти и другие приемы в нашу культуральную среду не следует, важно их адаптировать. Можно это делать, когда сама ситуация и пациент созрели, а не просто делать. Тонатологический тренинг для молодых, здоровых соматически людей допустим, но для соматически тяжело больных, с психическими отклонениями недопустим. В случае наличия соматической болезни требуются другие,

более тонкие и щадящие подходы. Для этих приемов и техник важно предварительно создать контекст, соответствующую атмосферу, настроить на обострение этой базисной тревоги с последующей ее десенсибилизацией.

Экзистенциальные психотерапевты считают, что тревога смерти обратно пропорциональна удовлетворению жизнью, и психотерапевт может уменьшить тревогу, улучшив жизненную удовлетворенность и, наоборот — уменьшив тревогу, улучшить удовлетворенность жизнью. Поэтому важен прием «десенсибилизации к смерти». Как пишет И. Ялом: «При неоднократном контакте человек может привыкнуть к чему угодно, даже к умиранию». Важно проводить эту работу на фоне релаксации, веселых разговоров в группе, шуток. Прием расчленения этого базисного страха на составляющие.

Следующей конечной данностью, атрибутом жизни является свобода, так как «на самом глубинном уровне выбор и сотворение переживания остаются за человеком». В то же время свобода порождает ответственность, и «мы полностью ответственны за свою жизнь, не только за свои действия, но и за свою неспособность действовать» (И. Ялом).

Человек, убегающий от свободы, то есть ответственности за самого себя, свою жизнь, живет, по Хайдеггеру, «неаутентично». И. Ялом констатирует динамику, происходящую в общественной жизни: «У сегодняшнего пациента больше проблем со свободой, чем с подавленными влечениями... и пациент имеет дело с задачей выбора того, что он хочет делать. Пациент жалуется, что в его жизни чего-то недостает, что он изолирован от чувств, сетует на пустоту, бесцветность жизни, на то, что он плывет по течению. Слово “излечение” изгнано из лексикона психотерапии, теперь терапевт говорит о “росте” или “прогрессе”».

Происходит конфронтация со свободой вследствие атрофии структурирующих институтов, считают экзистенциалисты.

Психотерапевт должен помочь пациенту выработать у себя привычку брать ответственность во всем на себя. Когда человек верит, что в его положении виноваты другие, он никогда не изменится. Экзистенциальный психотерапевт всегда интересуется у пациента, каким образом он создал эту ситуацию.

На группе в ситуации «здесь и теперь» или в индивидуальной работе продемонстрировать пациенту, как он создает свои ситуации сам, как надо меняться, видоизменять свои действия, реакции, установки. На фоне такой работы анализировать и его реальную жизнь, то, как он создает свои жизненные ситуации, в чем надо меняться, менять стиль своего поведения.

Как показывает опыт экзистенциальных психотерапевтов, принятие ответственности на себя способствует успеху терапии, прогрессу в жизни пациента. Экзистенциальная психотерапия рассматривает модель депрессии, как выученной беспомощности. Пациенту важно не только взять ответственность на себя, но и проявлять усилия к ее реализации, к изменению себя, так как свой внутренний мир он может изменить только сам. Подчеркивается, что принятие решения пациентом является важным этапом в психотерапии. Выделяются следующие виды решений: разумное, волевое, дрейфующее, импульсивное, решение, основанное на изменении точки зрения.

Третьей, конечной экзистенциальной данностью, атрибутом жизни является изоляция. Изоляцию выделяют двух типов: межличностную и внутриличностную, и при второй важна реинтеграция. Конечно, индивидуальность предполагает в какой-то степени изоляцию. Переход от стадии слияния ребенка с матерью к рассоединению, сепарации ведет к экзистенциальной изоляции, сопровождающейся страхом и беспокойством. Здесь уместно рассмотреть принцип любви по Фромму. Особенность контакта между людьми: «Человек должен уважать уникальность другого, видеть его таким, какой он есть, и помогать ему расти и раскрываться его собственными способами — должен помогать ради него самого, а не ради того, чтобы он ему служил».

Терапевтически надо помочь пациенту понять, осознать, что он пытается делать с другими, его намерения в отношении других. Важно преодолевать происходящую в процессе жизни конфронтацию пациента с изоляцией. Общеизвестно высказывание Камю: «После того как человек научился оставаться наедине со своим страданием, преодолевать жажду бегства, ему мало чему остается учиться...», или другое кры-

латое высказывание экзистенциалистов, сказанное Р.Хобсоном: «Быть человеком означает быть одиноким. Продолжать становиться личностью значит исследовать новые способы опираться на свое одиночество».

Важен путь осознания изоляции через медитацию на примере одиночества в состоянии мышечной релаксации, встретить и преодолеть тревогу, связанную с изоляцией, погружаться в изоляцию, и что еще важнее — войти в нее открытыми, без привычных защит отрицания. Осознание того, что «физическая реальность на самом деле является завесой, затемняющей подлинную реальность, и только погрузившись в глубину собственной изоляции, человек способен устранить эту завесу» (И.Ялом).

Экзистенциальная психотерапия подчеркивает два важных фактора: 1) способствовать пациенту сделать свободный выбор; 2) создавать атмосферу «исцеляющих отношений», «экзистенциальной коммуникации», давать возможность пациенту раскрыться. Подчеркивается и важность самораскрытия в этом процессе и психотерапевта.

Четвертой, конечной экзистенциальной данностью является бессмысленность. Важную роль играет в возникновении психопатологии именно столкновение с бессмысленностью. Экзистенциальные психотерапевты подчеркивают, что большинство пациентов страдает от бессмысленности и бесцельности жизни (ноогении).

С точки зрения экзистенциалистов все случайно и могло быть иначе, никаких направляющих жизненных ориентиров жизни не существует, существует то, что продуцирует, создает сам индивид. Вопрос смысла жизни рассматривается в двух планах — в общечеловеческом, для человеческой жизни вообще, и смысл жизни конкретного человека.

Смысл жизни в этом абсурдном мире обретается через альтруизм, преданность делу, творчество, гедонизм, самоактуализацию, в том, в чем человек себя открывает. Прием В. Франкла — дерефлексия, то есть отвлечь внимание пациента от собственного «Я», от источников его расстройств и сосредоточение его внимания на возможных и доступных для него смыслах в мире.

Смысл жизни — в самой жизни, и необходимо, как пока-

зывает наш опыт, способствовать пациенту, помочь ему начать полноценно жить, вовлечься в жизнь и появится смысл. Цель экзистенциальной психотерапии — осознание человеком всех данностей существования, переживать эти данности, адекватно их воспринимать и, как сказал Хайдеггер: «Только подлинный человек свободен в полном смысле этого слова, так как он знает, что он ничто, что все его свершения будут перечеркнуты, что он одинок и обречен на смерть». Еще раз хочется напомнить о том, что многие постулаты, техники и приемы следует адаптировать к нашей культуральной среде. Раньше у нас не принято было быть верующим, сейчас — неверующим, и многие положения атеистического варианта экзистенциальной психотерапии не приемлемы для большинства пациентов. В то же время психотерапевту важно быть знакомым и с таким вариантом экзистенциальной психотерапии.

Формирование социально-психологической устойчивости как фактора первичной профилактики девиантных видов поведения среди детей, подростков и молодежи

Введение

В настоящее время наша страна переживает трудный, затянувшийся период перехода от плановой экономики к рыночной, ее развития.

К сожалению, данный этап развития нашего общества в целом и на социально-психологическом, в частности, недостаточно изучен и отражен в публикациях с точки зрения личностной динамики, внутреннего мира человека. Процессы, происходящие в обществе, их динамика, коренным образом влияют на человека, отдельную личность, в том числе и на маленького или подрастающего человека, то есть ребенка, подростка, юношу.

В настоящее время наше общество все более и более переходит во всех сферах жизни с внешнего, попечительского контроля человека органами власти (борьба с тунеядством, контроль места жительства, принудительное лечение зависимостей, месткомы, парткомы, и т.п. в тех формах, которые были) на внутренний, личностный контроль человека с его чувством ответственности за свою судьбу, инстинктом социально — психологического самосохранения. Освобождение от внешнего контроля не дает человеку полной, своевольной свободы, так как в любом случае действуют социально-психологические, биологические и иные причинно-следственные закономерности жизни человека, как биологического, так и социально-психологического существа. Поэтому ставка на внутренний контроль, то есть личную ответственность, самоконтроль, социально-психологическую устойчивость актуальна как никогда на этом этапе развития нашего общества.

Особенно это актуально в профилактике девиантных видов поведения у детей, подростков, юношей, которые легко поддаются под влияние разных тенденций, движений, отдельных групп и людей, преследующих свои интересы и не носящих характер заботы о судьбе этих детей, подростков и юношей.

Наблюдения, исследования показали, что много людей прошло, начиная с детства, трудную школу жизни, но они сохранили общечеловеческие ценности, не свернули с пути и прошли по жизни с достоинством и честью, хотя где-то отстаивали свои интересы, «бунтовали», увлекались, но тем, что не имеет тупикового пути, не ведет к регрессии в личностном и социально-психологическом плане.

Знания об опасностях подстерегающих человека не ведут к каким-то большим его изменениям, но в какой-то мере предохраняют его от них. Инстинкт самосохранения присутствует с раннего детства. Сначала к незнакомым людям, вещам, явлениям. В дальнейшем инстинкт самосохранения трансформируется и на его фоне появляется компонент интереса и приобретает исследовательский характер, в котором присутствует и чувство опасности и интереса. В период перехода от поведения подконтрольного родителям к самостоятельному сперва в некоторых ситуациях происходит формирование знаний, представлений об опасностях, исходя из понимания природы и сущности явлений, действий других людей.

Важно формирование более глубокого уровня и инстинкта самосохранения, ситуационного и надситуационного предчувствия опасности, прогнозируемого на предпосылках развития ситуации, понимания природы явлений. Именно формирование инстинкта самосохранения в широком смысле слова, социально-психологических установок, особого жизненного настроения, алгоритма жизни, благоразумия. Формируется такой инстинкт самосохранения и в результате подражания людям с окружения, в первую очередь родителям, понимания сущности явлений, природы вещей.

Цель наших разработок — акцентировать внимание учителей, школьных психологов на этом вопросе, в таком ракурсе первичной профилактики девиантного поведения, укрепление и закрепление этого инстинкта самосохранения от всего плохого у тех, у кого он есть и формирование и закрепление

его у тех, у кого не было сформировано. Воздействие на те механизмы, которые способствуют формированию психической устойчивости, инстинкта самосохранения. Вопрос не простой, малоизученный. Есть тенденция, исчерпывающаяся понятием «положительное воспитание», общим вопросом «воспитания человека», но вот вопрос самозащиты от всего плохого, от алкоголя, наркотиков и т.п. нет.

Темы занятий или их фрагменты можно проводить на отдельных встречах в группе или в классе, а также вкрапление их в другие занятия переходящими в «разговор по душам» и рассмотреть эти темы в виде дискуссий, обмена мнений, вплетения их в понятийный аппарат учащихся.

Средняя школа — это, прежде всего подготовка к жизни и не только в плане знаний (литература, химия, физика, математика, геометрия и т.д.), но и знание особенностей и закономерностей жизни вообще. Преподавание не просто предметов, законов физики, строение химических соединений, а и с подтекстом физика в повседневной жизни, химия в повседневной, окружающей нас жизни. Изучение иностранного языка, но не только в плане академизма, знания грамматики, но и умение через 5-10 лет, встретив иностранца, поговорить с ним на обыденные темы. Подтекст изучения в школе — запомнить навсегда, то есть установка на то, что ученик будет помнить это и через 5-10-20 и более лет. Отказ от манипулирования и переход к саморазвитию школьника.

Тема № 1. Жизнь как ценность

Спонтанно, как сама по себе разумеющаяся истина с чувственным и интеллектуальным проявлением, ее подтекст, что сама по себе жизнь — это ценность, то есть быть в этом мире, просто жить — это непреходящая ценность, аксиома жизни. Быть в этом мире, жизнь сама по себе благодать.

Опыт людей, переживших многое, наблюдение и анализ их жизни показывает, что они в экстремальные периоды жизни опирались на это чувство ценности жизни, вернее она у них подсознательно всегда присутствовала. Это чувство помогало им избежать многих соблазнов сиюминутных радостей, сию-

минутного удовлетворения болезненного самолюбия, стремление в чем-то удивить или удовлетворить желание других, которые наносили бы вред своей жизни самой по себе, своего бытия в этом мире, не ставить все это на карту своей жизни.

Повседневное прививание чувства ценности жизни, жизни самой по себе даже без каких-то достижений, событий. Ведь это чувство свойственно человеку изначально. Как показывают наблюдения, радостью самой по себе является жизнь у маленького ребенка, что является доказательство этого тезиса. Просто так спонтанно ребенок радуется жизни, радуется своему бытию, чувствуя эту ценность перманентно. В дальнейшем это чувство ценности жизни у многих затухает повседневностью.

Именно это чувство ценности жизни, находящееся в латентном состоянии является стержневым моментом инстинкта самосохранения, дает силы и стойкость даже в тех ситуациях и случаях, когда не на что надеяться. Просто жить, просто быть — это первопричина душевной стабильности, стойкости, здравомыслия и нет желания ощутить что-то «сверхъестественное», например, от наркотиков, когда все близкие и учителя говорят, что это опасно, когда общество, родители смотрят на это, как на трагедию.

В научных работах, в практической работе не уделяется должного внимания ценности факта жизни самого по себе.

Важен и актуален компонент жизни самой по себе, ее ценности, не зависящей от окружающей действительности, положения в микросреде. Именно жизнь, бытие вне всех ситуационных и культуральных факторов, увлечений, достижений, поражений, уязвимого самолюбия, унижения.

Многие психотерапевтические теории строятся на случаях патологии, нервных расстройствах, вызванных, как считается в этих теориях психотерапевтами, в детстве, но они не учитывают того факта, что в подавляющем большинстве психотравмы детства, подросткового возраста, юности изживаются сами по себе и не оказывают влияние на положительное развитие личности, не служат причиной нарушения самоутверждения, самореализации.

Именно чувство ценности жизни самой по себе служит мощным стимулом нашего не меняющегося «я», то есть са-

моидентификации, которая постоянна. То есть та часть «я», которая не дает нам отказаться от самого себя, перестать быть самим собой, изменить самоидентификацию даже взамен на большие блага, но потерять при этом свою самоидентификацию, свое «я». Ребенок растет, изменяется, приобретает опыт и знания, взрослеет, но остается самим собой.

Именно постоянное, не переносящееся самоидентифицирующееся чувство своего «я» и чувство ценности бытия этого «я» являются опорой в жизни, служат фундаментом инстинкта самосохранения. Все это вместе придает школьнику и взрослому уже человеку подтекст целесообразности, интуитивных актов самосохранения («береженого и Бог бережет»), и он в тех ситуациях, где что-то от него зависит осознанно и автоматически спасает себя от всяких, как внутренних, так и внешних тенденций, ведущих к девиантному поведению.

Важны приемы прививания этого чувства ценности жизни самой по себе. Здесь важна демонстрация этого чувства ценности жизни родителями, учителями, другими членами микросреды, учитывая возрастной аспект. Всем возрастным группам, особенно детской, важно прививание этого чувства эмоционально, в мимике, пантомимике, примерами ярких образов, а в подростковом возрасте и юношеском и на интеллектуальном, понятийном уровне.

На группе, в классе важна акцентуация на факте переживания нашего бытия, ценности и важности этого факта. Фиксация сознания на чувстве жизни, своего бытия, пребывания в жизни. Размышление детей, подростков, юношей над фразами «я есть», «я живу», как они это чувствуют, ценность и важность этого факта, уникальность и неповторимость жизни каждого человека. Ценность этого чувства и факта жизни для себя, для родителей. Как бы временами не было тяжело, трудно, грустно на душе, но есть наша жизнь, это непреходящая ценность, настроение меняется, а жизнь продолжается, бытие продолжительно. Подтекст в общение с детьми, подростками, юношами — «как хорошо, что мы есть, что мы живем». О важности чувства ценности жизни говорит и тот факт, что, как показывают наши наблюдения, даже у больных с наркотической зависимостью легче достичь положительного результата, если удастся сформировать или

восстановить глубинный, не только ситуационный инстинкт самосохранения, чувство ценности жизни.

Тема № 2. Фактор душевной стабильности

Нулевая точка, базисное состояние, точка отсчета необходимы любой сложной системе, тем более такому сложному биопсихосоциальному объекту, как человек. К сожалению, у многих людей такое состояние не сформировано с детства, как необходимое состояние для контроля своего состояния, уравнивания своего внутреннего самочувствия. Это норма, от которой можно отклоняться, но с учетом этого базисного состояния, возвращение в это состояние от хорошего переживания и от плохого, смотреть на себя и оценивать свои состояния сквозь призму этого состояния, не терять голову от разных переживаний и состояний.

Только спокойное состояние способствует реальной оценке себя, своих возможностей, ситуаций, в которых оказался или в которых может оказаться. Пессимизм или оптимизм, плохое или эйфорическое состояния искажают наши оценки ситуаций, своих возможностей. Состояние душевной стабильности дает чувство и возможность реальной оценки всего, снимает неадекватность, как в сторону переоценки, так и недооценки восприятия себя, ситуации и себя в ситуации.

На группе или в классе дается задание вспомнить ситуации душевного спокойствия, равновесия, особого состояния успокоения, которые обеспечивают ясность осознания себя и ситуаций, обстоятельств, нейтральность в этой обстановке, внутренней готовности спокойной деятельности без чувства нетерпеливости, отсутствия чувства неохоты, не воодушевляясь и не расстраиваясь. Важна стабильность этого состояния. Давать задание в группе или в классе, культивировать это состояние, самостоятельно тренировать у себя в возникновении и поддержании этого состояния.

Тема № 3. Фактор опасности и инстинкт самосохранения

После формирования чувства ценности жизни самой по себе вне атрибутов увлечений, желаний, достижений и т.д. важно поднять тему факторов опасности присущих жизни человека, как биопсихосоциального существа. Естественно, для более успешного формирования и укрепления инстинкта самосохранения важно состояние спокойствия и стабильности, которое в какой-то мере уменьшает или выключает приверженность к чему-то вредному, к вредным увлечениям, предрассудкам. Это делает человека более подготовленным к восприятию истины в замен эмоциональной приверженности, парадоксальной эмоциональной реакции влечения к запретному, вытормаживает реакцию негативизма.

Детям младших классов просто прививается эмоциональное состояние не принятия того или другого явления опасного для ребенка и в том числе и взрослого. С оттенком омерзения, отвращения, образно-эмоционального непринятия явлений опасности, вызывания раздражительного характера отрицательного отношения к явлениям, таящим в себе опасность, образы понимания явления и сущности опасности, учитывая возрастные особенности, понятийный аппарат ребенка, сущность этой опасности. Важно давать общие понятия прямой, видимой опасности, угрозы, не прямой, не непосредственной, отсроченной опасности. Разбирать случаи, примеры этих опасностей. Например, невидимые и неосязаемые радиоволны, лучи радиации, микроорганизмы, переносчики заразных болезней, прием неизвестных таблеток, соблюдение дозировок лекарств, исходя из возможных особенностей, употребление неизвестных корней и плодов растений, грибов, то есть того, к чему пришли к заключению предшествующие поколения людей, всего того, что запрещают родители, учителя.

В средних и старших классах предварительно достигнув душевной стабильности и актуальности, ценности жизни у учеников, развить дискуссию на тему фактора, природы опасности, дать им со всей откровенностью высказаться на эту тему. Это дает возможность увидеть их понятийный аппарат сущности явлений опасности, линию поведения на самосохранение.

Снова поднять вопрос видов опасности, их характера. Природа и сущность опасности зависимости, рабство от каких-то явлений, веществ. Опасность повреждения еще не окрепшего организма, мозга какими-то химическими веществами. Ведь многие лекарства, воздействующие на деятельность мозга назначают не в зависимости от веса тела ребенка, взрослого, а в зависимости от возраста, так как важно учитывать на сколько он окреп, развился. Поэтому, например, употреблять табак в детстве, в подростковом возрасте и даже в юношеском возрасте опасно, а во взрослом вредно и чревато многими заболеваниями. Все курящие становятся зависимыми, рабами табачных изделий. Можно привести страшную статистику заболеваний и смертности от табакокурения. Важен эффект предваряющей информации и формирования чувства опасности, неприятия, отвращения к табачным изделиям, другим опасным явлениям. Например, как к лягушкам в нашей культуральной среде отвращение, омерзение, как пищевому объекту, хотя они не опасны, как пищевой продукт, разумеется, только определенного вида, так как есть и ядовитого вида. Во французской культуре другое, и таких примеров много. Подспудное, само собой разумеющееся формирование внутреннего чувства и интуитивного понимания опасности и на их основе инстинкта самосохранения. Подчеркивать важность инстинкта физического самосохранения и социально-психологического, личностного. Разобрать примеры социально-психологической опасности, формирования инстинкта самосохранения на социально-психологическом, личностном.

Если есть актуальность или если психолог, учитель чувствует, что ситуация требует, то можно разобрать фактор алкогольной опасности, как с точки зрения физического (опой, гепатиты, энцефалопатии), так и социально-психологического плана (тупиковость развития, деградация). Если контекст требует, то можно коснуться и наркотиков, от которых человек становится потерянным для родных и близких, рабом этого зелья. Осознание угрозы передозировки, потери человеком своей сущности, тупика в развитии. Попытаться передать чувство потери человеком своей сущности, унижение и скорбь родных, близких за него, чувство потерянности, мимолетное просветление сознания своего положения

наркоманом и чувство трагизма, потерянности жизни и т.д. Более действенная тактика эмоционального воздействия с подражательным переживанием опасности от наркотиков учащимися с переходом к нейтральному интеллектуальному восприятию опасности. Причина, по которой эта проблема становится трагедией для всего мира. Проблема не исчерпывается этой темой, но касается воздействия и под другими ракурсами, другими темами и носит комплексный характер.

Тема № 4. Принцип здесь и теперь и проблема будущего у детей, подростков, юношей

Действительно принцип здесь и теперь декларируемый в психологических тренингах, особенно в групповой психотерапии, гештальттерапии актуальны для людей, так как они часто взаимодействуют с другими людьми, в ситуациях по шаблону, автоматически, стереотипно, живут в будущих ожиданиях, озабочены своими проблемами. Отсутствует настоящий, непосредственный контакт со средой. Родители ждут, когда станут дети более взрослыми. Сначала станут ходить, потом пойдут в школу, наконец-то окончат школу. Дети этот подтекст чувствуют, что не способствует внутреннему саморазвитию, то есть формированию потребностей саморазвития, а наоборот, нетерпению, негативизму.

Вне уроков все дети живут по принципу «здесь и теперь», исключая ситуации, где им скучно, потому что не вовлекли их в ситуацию или были не настроены и не вовлеклись. Часто ученики, у которых нет навыка учебы, не вовлекаются в тему и ситуацию урока, не живут предметом урока, а ждут его окончания.

В повседневной жизни они растворяются и сливаются с ситуациями, но их будущее, хотя иногда и проговаривается, часто не присутствует в душевной жизни детей и подростков. Как показывают наблюдения, свое будущее они оценивают ситуационно, не глубоко и доказательством этому служит не постоянство, частая смена своей будущей профессии. Любая ситуация имеет тенденцию вовлекать детей, подростков и даже юношей в свое поле деятельности, сферу влияния. К сожалению, ситуации бывают не только с положительными

тенденциями, но и отрицательными, опасными, как непосредственно, так и опосредованно через формирование нежелательных установок. Важно вхождение в ситуацию по принципу «здесь и теперь», но под углом зрения инстинкта физического и социально-психологического самосохранения.

Важно обговорить эту способность, ее проявление в повседневной жизни. Тренировать, формировать способность детей, будучи в ситуации по принципу «здесь и теперь», контактируя непосредственно с окружающей средой в данной ситуации, все же выделять себя из этой ситуации, отдавать себе отчет о ней под углом зрения самосохранения своего «я», включение этой ситуации в контекст общей жизненной ситуации. Например, умный мальчик, который играет и в то же время понимает без напоминания, что надо прекратить игру, а то родители беспокоятся, где он, поздно, опасно идти так поздно домой одному, а завтра можно ее продолжить.

Проговаривать в семье, в школе, но не с подтекстом сиюминутных желаний, ожиданий, а в контексте взрослости с учетом требований к выбранной профессии, принципа соответствия, необходимого уровня развития, ответственности, постоянства. Психологам, учителям, родителям способствовать тому, чтобы дети жили, нажились в детстве, подростковом возрасте, в юности, девичестве, но с подтекстом подготовки к следующему этапу жизни, к взрослому возрасту. Не растратить, не потерять себя, подготовиться и войти в зрелую жизнь с достоинством, подготовленным не только в одной из сфер жизнедеятельности, но и во всех, гармонично, сообразно взрослому возрасту. Понимание того, что трудности, не состоятельность, неудачи в чем-то в детстве, юности могут быть компенсированы в зрелом возрасте. Главное не потерять, растерять себя в каких-то тупиковых, вредных увлечениях, типах самоутверждения.

Тема № 5. Я и мои родители

Взаимоотношение детей и родителей носит двусторонний характер, но в некоторых случаях носит преимущественно односторонний, и в одних случаях эти взаимоотношения, их характер детально переоценивается, а в других недооценива-

ется. Важно учитывать два типа взаимоотношения родителей и детей. Первый с преимущественным подражанием детей родителям, другой преимущественно назидательный, воспитательный по отношению к детям, и оценка поведения детей по результатам этих воспитаний. Не редко эти два типа взаимодействия родителей и детей по направленности и характеру не совпадают. Бывают случаи, когда родители ведут себя по одному (нередко с циничными суждениями о людях и жизни, в своем поведении выказывают потребительское отношение), чему дети им подражают, а проповедуют, предписывают детям другое. У родителей был этап естественной, жизнеутверждающей жизни, они понимают контекст жизненных ситуаций, соблюдения меры и норм поведения, а дети воспринимают и реализуют их модель поведения в домашних условиях внешне, формально, что приводит к коллизиям.

Реакция детей на поведение родителей тоже бывает двух типов. Первый — подражание, и здесь, для примера, важно напомнить описанный в литературе естественный эксперимент под названием «железная мама», который наглядно вскрывает механизмы формирования некоторых эмоциональных, волевых, интеллектуальных реакций, форм поведения. Убитая браконьерами львица и ее львята были подобраны. Из шкуры львицы сделали чучело, натянув ее шкуру на железный каркас, а вместо грудных желез поставили соски. Львята пытались играть со своей «железной мамой», но она, естественно, не отвечала на их желания, не проявляла эмоциональных ответов. Когда львята выросли, бывшие среди них львицы вели себя по отношению к своим детям так же, как их «железная мама».

Второй тип поведения по отношению поведения родителей — противоположное, протестное, то есть дети проявляют протест в отношении стиля поведения родителей и ведут себя по противоположному стилю. Этот тип поведения важно помнить при работе с детьми из неблагополучных семей.

В очередной беседе с учениками поднимается вопрос чувства родства, родного, твоего, близкого, чувство, что ты не одинок в этом мире. Обсуждать представление учеников о переживаниях детей в детских домах, которые не имеют родителей, что они чувствуют, глядя на детей, гуляющих рядом с их родителями, их тоска по родному, своему. Почему некоторые уче-

ники не ценят своих родителей, не проявляют должных чувств, часто доставляют своими поступками неудобства, неприятные переживания своим родителям. Доставляют чувство тревоги, озабоченности, беспокойства о детях. Обсуждение вопроса, какими они будут родителями, каково им будет, если уже их дети будут нарушать дозволенное, увидят, что в поведении и поступках их детей проглядывает угроза их жизни, дальнейшему развитию, как прямая, так и не прямая, опосредована. Делать упор на представлении этих ситуаций, переживаний.

В последующих беседах поднимается вопрос о библейских истинах, в том числе о «почитай отца и мать». Не редко эта библейская истина трактуется учениками, как почитание пожилых людей. Дискуссия заканчивается выводом о том, что, если ребенок чтит своих родителей, дорожит их мнением, то он застрахован от всего плохого, потому что ни один родитель не хочет своему ребенку плохого, только хорошее. В первую очередь, это один из принципов самозащиты детей.

Тема № 6. Внутренняя и внешняя жизнь

Важно понимание через внешнее поведение ученика (реакции, отношение, типы поведения) его внутреннего мира. Эти взаимоотношения сложны и не однозначны. Часто внутренние переживания, внутреннее состояние реализуются во внешних поведенческих реакциях не типично, парадоксально.

Обговаривания, анализ вариантов и случаев внутренней жизни человека с его переживаниями, мечтами, фантазиями, стремлениями. Состояние фрустрации и реализация ее в поведенческих актах (тревога, расстройство настроения, агрессия). Важно за этими поведенческими актами видеть переживания, внутреннее состояние человека. Низводить, перестраивать не адекватные поведенческие реакции. Понимать, что неудачи встречаются у всех людей, главное не растерять себя, не свернуть на тупиковый деструктивный путь. Ф.И.Шаляпина сразу не приняли на учебу, Альберт Эйнштейн в школе не преуспевал, но оба, несмотря на первоначальные трудности, реализовали себя. Другой путь саморазвития при возникших препятствиях — компенсация в чем-то другом.

Тема № 7. Переходные, кризисные периоды

Периоды и этапы внутренней неустойчивости, парадоксальность поступков, излишней эффективности обусловлены, с одной стороны, внутренним расставанием, прощанием с проходящим периодом жизни и, с другой, становлением нового периода жизни, а на определенных этапах добавляется еще и фактор эндокринных сдвигов. Периоды душевного томления прекрасно описаны в нашей классической литературе в образах Татьяны Лариной, Наташи Ростовской.

В эти периоды дети утверждаются в каком-то мире через негативизм, отрицание существующего. Этому способствует характер отношения к ребенку, пытаются предписывать ему определенные шаблоны поведения, а не обращаются, не взаимодействуют с его уже существующим миром. То есть не манипуляция, а саморазвитие, не командовать, а создавать ситуации личностного роста, развитие, созревание. Способствовать не отрицанию учеником всего, а присоединение к существующему, но личностно еще не усвоенному.

Осознание учениками и подготовка их внутреннего состояния к кризисным состояниям в подростковом и юношеском возрасте. Пережить это состояние в положительной трансформации, формирование и подготовка себя к будущим этапам жизни.

Осознание процесса — я расту, я развиваюсь и не препятствовать этому процессу, а способствовать развитию. Возможны разработки ритуалов, церемониала прощания, например, с детством и переход в подростковый возраст с соответствующей подготовленной моделью поведения, внутреннего состояния.

Тема № 8. Роль эмоций и настроений в жизни человека

На группе, в классе рассмотреть настроение и самочувствие, как индикатор состояния организма и ситуации человека в целом. К сожалению, даже взрослые, не говоря уже о школьниках, не пытаются улучшить свое настроение путем отдыха,

приведения своего организма в хорошее состояние, приложив усилия исправить свою ситуацию, свое положение в реальной жизни, а путем взбадривания себя, каких-то неадекватных действий, в том числе и насилия над более слабыми учащимися, животными.

Формирование у школьников понимания функций настроений и самочувствий, умение делать упор не на настроение, а на реальность, решение реального положения дел, поддержание психического и физического состояния в хорошем состоянии. Важно формирование умения устраивать себе период восстановления своих сил, отдыха, чередование нагрузок и отдыха.

Тема № 9. Естественные состояния

Хотя обычное, естественное состояние для человека, казалось бы, является привычным по сути дела, но на самом деле требуется осознанная, прочувственная адаптация к этому состоянию, как фундаменту жизни в целом. Такое осознание, прочувствованное отношение к естественному состоянию блокирует формирование не реальных претензий к своему самочувствию и состоянию. Ведь именно неудовлетворенность своим состоянием толкает учащихся к неадекватным поступкам и увлечениям, приводит к тупиковому развитию. Сформированное и осознанное состояние привычности и комфорта в естественном состоянии дает стабильность и устойчивость в жизни, способствует более адекватной оценке реальности, не искажает ее. В то же время естественное состояние является основой и ресурсом для желаемых, но в рамках нормы, состояний, которые не искажают восприятие действительности, ориентированных в реальности. Разбирается обоснованность или не обоснованность претензий к своему состоянию, как улучшить его. Понимание того, что настроение, самочувствие это не константа, а переменная, диалектика жизни, колебания противоположностей. Диагностика типичных состояний учеников, их осознание оптимизма, вера в свои силы и возможности, пессимизма, неверия в себя, состояние волевого усилия, терпения, скуки, хандры,

внутреннего комфорта, поражение в чем-то, гордости, стыда, раскаяние, лиричности, романтичности. Тренировка у школьников нужных ресурсных состояний.

Тема № 10. Чувство признательности и благодарности

Как показали наши исследования у взрослых, так и у детей, подростков, юношей не являются актуальными, не присутствуют в повседневной жизни чувства благодарности и признательности. В то же время эти чувственные состояния и проявления являются связующим звеном, как между разными поколениями, так и среди своего поколения. Чувство признательности и благодарности побуждает других людей проявлять еще в большей мере доброту, доброжелательность, внимание и заботу о других людях, учителей и родителей больше вкладывать душу в воспитание детей.

Важна дискуссия и обговаривание этого вопроса на группе или в классе, где и когда эти чувства возникают и проявляются, в каких ситуациях, где должны проявляться. Ведь проявление этих чувств делает человека душевно богаче, служит связующей нитью между людьми, побуждает проявить заботу и доброту.

Тема № 11. Принципы соответствия

Если кто-то на что-то предъявляет претензию, на какое-то положение, состояние, то он в первую очередь должны стремиться своими свойствами соответствовать. То есть на уровне чувственных, интеллектуальных и волевых свойств соответствовать этим требованиям. Например, юноша или девушка к чему-то просто стремятся, не представляя о тех качествах и испытаниях, которые несет это стремление, этот статус, но, когда это им удастся, то испытывают дискомфорт, неудовлетворенность, разочарование, так как не были сформированы к этому их личностные качества, они к такой жизни не готовы. Ведь жизнь — это, прежде всего, даже жертвенность.

Дискуссия в группе или классе на тему соответствия.

Тема № 12. Путь самоутверждения

Дискуссия и анализ на группе или в классе негативного пути самоутверждения, позитивного. Отсроченный тип самоутверждения и саморегуляции, который дает возможность школьнику избежать негативного пути самоутверждения. Ведь, если в данной ситуации и на данном этапе жизни трудно в чем-то реализоваться, самоутвердиться, то это можно будет сделать на следующих этапах жизни.

Бывают случаи, когда ради самоутверждения в микросреде с асоциальными уклонами ведет к отклоняющемуся виду поведения, к тупиковому пути развития.

Анализ того где, в чем и ради чего, в каких ситуациях школьники пытаются утвердиться и самоутвердиться. Иногда ученик истощается, израсходует свою способность самоутверждения и самореализации в школе, а в дальнейшем, после школы, ведет себя пассивно.

Тема № 13. Способность познания и понимания

Для формирования личностной устойчивости, инстинкта самосохранения большую роль играют адекватное познание и понимание окружающего мира, сущности жизни, ее возможностей, механизмов самозащиты от всего тупикового, вредного.

Дискуссия и обсуждение процесса познания окружающего мира на доступном для учеников языке, опираясь на их понятийный аппарат. Формирование способности наблюдения, изучения окружающего мира, умение делать умозаключения, улавливать закономерности, видеть связь между причиной и следствием, в результате чего возникают нежелательные положения, ситуации. Укрепление навыков исходить в своих жизненных проявлениях, поступков не из своего желания, а из законов, природы и сущности окружающего нас мира, микросреды. Понимание того факта, что другой такой же, как и ты, он и радуется и страдает, ему порой больно и т.д. Понятие «человек живой», «жизнь».

Тема № 14. Фактор навыков учиться

Опыт, наблюдения показывают, что у многих учеников, а иногда даже у взрослых нет навыка учиться. Часто не сформирована способность умения открывать для себя закономерности, истины, хотя и уже известными для многих, но именно присутствия факта открытия. Именно самому постигать, открывать истины, что способствует эффекту включения этих знаний в свой мир понятий и представлений. Умение формировать понятия, представления, действовать ими в уме. Это относится и к процессу счета в уме. Продавцы овощей и фруктов прямо говорят в откровенном разговоре, что покупатели не могут или ленятся считать в уме, или даже прикинуть приблизительно цену в уме. Это они видят по выражению глаз покупателей.

Контрольный опыт, проведенный в одной из стран показывает, что та группа детей, которую обучали традиционно, имеет лучшее чувство величины, чем та группа детей, которую обучали считать сразу счету на электронной машинке.

Тренировка у школьников произвольного внимания, умения сосредоточиться и удерживать свое внимание по своему произволу и желанию на предмете изучения, представление этого в уме, то есть пребывание в смысловом поле предмета во времени. Не лобовая цель выучить, а пребывание своим вниманием в смысловом поле предмета 5-10-15 и более минут, то есть адаптация к предмету. Тренировка этой способности через формирование чувства привычности, знакомости, формирование способности по своему желанию увлекаться, погружаться полностью в предмет, отрешившись от всего путем концентрации внимания на сути предмета. Важно создание ситуации, что ученики учат «навсегда» и будут помнить долго, будут эти знания помнить и в пожилом возрасте, удивлять этими знаниями своих детей или даже внуков, знанием географии, истории, физики и т.д. Понимание логики предмета, закономерностей. Знания делают мир знакомым, менее опасным.

В школе часто преподают предметы именно академически, сухо, без связи с повседневной жизнью. Важно преподавать химию не только как наук, а с подтекстом ее связи с повседневной жизнью, химическое строение предметов

окружающих нас, продуктов питания. Видеть проявление законов физики в повседневной жизни и т.д.

Тема № 15. Мир для всех и мир для меня

На встрече с группой или классом разобрать, даже расписать, что в микрорайоне, районе, городе присутствует для учеников, людей в целом. Далее дается задание, что ученик взял из этого для всех, для себя, включил в свой внутренний мир.

В дальнейшем проанализировать, что еще ученики могут взять в свой мир для себя из мира для всех, но не просто перечислить, а расшифровать, что это может значить для них. Например, не просто библиотека, а в мир чего ученик может погрузиться, в мир каких переживаний, знаний, как расширить его познание, сделают его интересным собеседником и т.д. Или, например, бассейн, не просто пришел, поплавал, а это целая гамма переживаний, встреч, волевой закалки, общения со сверстниками, пребывание в воде.

Такими приемами можно предпринять попытку расширить внутренний мир учеников, обогатить жизнедеятельность.

Тема № 16. Механизмы подражания, заражения

На группе, в классе разбираются феномены подражания, заражения эмоциональными, волевыми состояниями других людей, вовлечение в их мироощущения. Эти феномены играют большую роль в воспитании и развитии людей, если они имеют положительный характер. В то же время могут привести к вовлечению в тупиковое развитие, не принятым в обществе типом и характером поведения. Демонстрируются механизмы подражания на примерах зевоты, аппетитной еды, смеха, озорства, паники и т.д. Важно проводить анализ разных ситуаций с подражанием в них, их возможный положительный и отрицательный характер в зависимости от ситуаций. Тренировка умений противостоять механизму подражания, заражения, если его содержание носит деструктивный характер.

Тема № 17. Референтная, престижная группа

У каждого человека есть так называемая референтная или престижная группа. Часто собираются учителя или родные и близкие с целью исправить, спасти ученика от опасного, вредного, но их воздействие не имеет силы влияния, так как они не входят в его референтную, престижную группу. Референтная или престижная группа может быть реальная, то есть реальные люди или даже воображаемая человеком, но он мысленно считается с ее мнением, подстраивается под нее, дорожит ее мнением, высказываниями. Ему становится стыдно, даже если в воображении он представит ее реакцию на его поступки, которые она не одобряет. Важно в предварительных разговорах с учеником выявить его престижную для него группу и попытаться низвести ее, если она играет деструктивную роль, показав ее сущность, скрытые мотивы. Разобрать, кто истинно хочет ему добра, хочет спасти его. Возможный вариант перед этим вернуться к состоянию душевного спокойствия, стабильности и на их фоне перестроить, изменить референтную группу. Ведь часто представители отрицательных референтных групп только используют его в своих целях, не заботясь о нем, о его судьбе.

Тема № 18. Сопротивление групповому или ситуационному давлению

Анализ ситуационных тенденций в группе или в группах класса, школы, спортивных секций, внешкольных группах. Какого характера (положительного или отрицательного) воздействия они оказывают на школьников. Лидеры и генераторы идей и тенденций этих групп, во что вовлекают группу и потом с помощью группового давления оказывают влияние на личность учеников. Кто индуцирует положительные идеи и тенденции, а кто отрицательные. Фактор групповой изоляции кого-то из членов группы с целью оказания на него определенного давления. Если групповое давление в школе или во дворе отрицательное, то возможен вариант искусственной изоляции от нее и перенос времяпрепровождения в другие группы.

Важно уяснить, что конечно группы, руководимые от-

рицательными лидерами, создают искусственные ситуации веселья, привлекательности, романтичности, необычности, завлекательности, но на самом деле преследуют свои особые цели и при этом не всегда в пользу их членов. «Шлягер» на дискотеке в хорошей аранжировке и с заразительным пением с припевом «за таблеточку...» затушевывает возможный ее подтекст и создает атмосферу вседозволенности, веселья.

Необходимо формирование у школьников ощущения мимолетности таких ситуаций и понимание, что реальная жизнь другая. Ведь жизнь не в этой ситуации, а в реальной жизни, которая имеет свои правила и закономерности и не растворить свою жизнь в этой мимолетной ситуации.

Тема № 19. Феномен зависимости от других людей

Люди, мыслящие аффективно с определенным волевым подтекстом, с тенденцией «если ты со мной не согласен, то враг, неумный» и т.д., могут оказывать определенное влияние на других людей. Тем более они исходят из своих интересов, взглядов, имеют свое мнение и выражают их с определенным подтекстом ультиматума, высшей истины. Пассивные люди часто не имеющие своих взглядов или не умеющие отстаивать их, часто попадают под влияние описанных выше людей, которые могут их склонить к чему-то нехорошему, использовать в своих целях, удовлетворить свое болезненное состояние.

Анализ этих явлений и ситуаций в группе, в классе. Анализ учениками своих отношений со сверстниками, другими людьми, характер этих отношений. Формирование умений иметь свои мнения, их отстаивания, ощущения внутренней силы и обоснованности возражений другим сверстникам, умение отстаивать свои интересы. Важно наличие здорового самолюбия, здоровой гордости, почему я должен подчиняться другим, которые толкают меня к чему-то плохому.

Вырабатывать свой взгляд на жизнь, а не смотреть на мир, на жизнь через мнение других, рекламу, некоторые публикации, телевидение. Доминирующая доля родителей, учителей в формировании этого взгляда на жизнь, так как они по настоящему хотят добра, здравомыслия.

Тема № 20. Способность быть наедине с самим собой

К.Хорин описала феномен «бегства от себя». Она писала, что, если бы в какой-то стране одновременно закрылись все газеты, журналы, радио, телевидение, то в такой стране начался бы всеобщий невроз. Действительно, мы живем в большей части не внутри себя, а в телепередачах, книгах, радио и телепередачах, прослушиваний музыки.

В более ранние времена люди больше жили своей внутренней жизнью, а также в непосредственном общении с окружающими людьми. В настоящее время, с одной стороны, люди стали более информированными, развитыми в интеллектуальном плане, но с другой стороны, снизился уровень внутренней уравновешенности, стрессоустойчивости, даже в какой-то мере душевной силы, мощи. Человеку необходимо какое-то время уделять себе, а не пребывать все время в чем-то. Это подтверждают наблюдения над детьми, которые на каком-то этапе игры в группе уединяются, общаются сами с собой, со своими куклами, игрушками, чувствуя интуитивно необходимость этого вида деятельности для поддержания внутренней уравновешенности, комфорта.

В старых книгах по психогигиене рекомендуется перед сном 10-20 минут посвятить воспоминаниям и анализу прошедшего дня, самопогружению в свой внутренний мир.

Важны у учащихся формирование и тренировка способностей быть, пребывать наедине с самим собой, внутренний диалог с чувством своего бытия, осознание факта своей жизни. Становление внутреннего чувства самодостаточности, умение заняться самим собой, способности жить наедине с самим собой. Все это создает учащимися внутреннюю устойчивость, стабильность.

Тема № 21. Формирование механизма внутреннего отказа

Часто в жизни человек несет поражение в чем-то, терпит неудобства, нереализованность из-за образования какой-то сверх ценности, трудности отказаться от чего-то, измениться

в чем-то. Ученику трудно иногда отказаться от негативного пути самоутверждения, от неприлежности, необязательности, от желания делать то, что вредит.

В данном случае важно по аналогии, как метафора, абстрактно привести пример ловли обезьян. В кошелку с дырками с такой величиной, что ее передняя лапа проходит свободно, но только пустой. Накладывают туда апельсины, относят в джунгли, привязывают эту кошелку с апельсинами к дереву. Через 15-20 минут сидят несколько обезьян, схватив апельсины, и вследствие аффекта обладания не могут спастись, выпустив апельсины. Так и человек, а тем более ученик, иногда не может отказаться от чего-то, освободиться от чего-то ради более важного, подавить в чем-то ненужном свой азарт.

Анализ, обговаривание на группе, в классе примеров, от чего вредного, мешающего ученики не могут отказаться, преодолеть себя, подавить ненужный в чем-то азарт, измениться и жить достойно, реализуя себя.

Тема № 22. Устойчивость к механизму воздействия от противоположного

На группе, в классе этот вид воздействия следует осветить отдельно, показав не только механизмы манипуляции, подбивание к чему-то плохому, рискованному, но и сам факт манипулирования, который затрагивает честь, достоинство человека, а тем более подростка, юношу, возбуждая честолюбие, соревновательность. Примеры этого воздействия строятся по схеме: «ты трус, ты не сможешь...», «ты не можешь, ты не сумеешь, вот Петька да», «ты маменькин сыночек, тебе это не понять...».

Формирование умения противопоставить такому влиянию, амортизировать его воздействие.

Возможны категоричные какие-то заявления, с целью задеть, вызвать желание возразить, доказать противоположное. Важно умение, навыки в таких случаях подавить антагонизм к такой форме высказывания и соглашаться.

Тема № 23. Этапы жизни

Хотя в каких-то фрустрационных ситуациях ребенок может сказать бабушке, который не купил ему мороженого из-за заболевания у него горла: «Я буду взрослым, а ты стареньким и тогда я не куплю тебе то, что ты попросишь», но это не значит, что он осознает свой этап жизни.

Уже к 5-6 годам, а может быть и раньше, ребенок должен осознавать, что он не все время будет маленьким. Важно, чтобы школьник осознавал этап своего детства, жил в детстве, но знал, осознавал, внутренне был готов, что он будет подростком, юношей, взрослым.

Нужно, чтобы школьник жил в своем возрасте, но родители и он должны внутренне быть готовыми, что он перейдет в другой возрастной период жизни, с другими требованиями и возможностями, созреть, но не наделать глупостей в своем возрастном периоде.

А.С.Пушкин писал:

*«Блажен, кто смолоду был молод,
Блажен, кто вовремя созрел...»*

Формирование способности, умения потратить какое-то время ради будущего, превратить этот процесс в своеобразную игру. Провести дискуссию на тему «Как и к чему надо готовиться к будущему периоду жизни, какие свои способности, душевные свойства надо формировать».

Анализ примеров жизни выпускников, сопоставления их форм поведения в школе и результатов после окончания школы.

Важны встречи с выпускниками школы, их советы теперешним школьникам, их переживания время проведенного в школе. Как проходило осознание и переживание этапов развития, пребывание в школе, чему важно, как кажется сейчас, уделять внимание, на что тратить усилие, время

Тема № 24. Сфера фантазий

У каждого человека есть свой внутренний, интимный мир, закрытый от других и только избранным в чем-то его открывают, доверяют.

Фантазии и мечты человека, а тем более в детском, подростковом и юношеском возрасте составляют значительную часть в интимной сфере человека, и они играют определенную роль амортизатора, стабилизатора состояния человека. Только важно то, чтобы фантазии и мечты не заменяли реальную жизнь и не превращались в ложь, а оставались фантазиями и мечтами для себя, но не для других.

Обсудить на группе роль фантазий в жизни человека, которые помогают поддерживать внутреннее равновесие, служат противовесом возникновения ожесточенности, в какой-то мере компенсируют фрустрационные моменты жизни. В то же время не заменять реальности, своей активности фантазиями, мечтами.

Тема № 25. Автономия от ситуаций

Жизнь человека — это по сути дела постоянная смена ситуаций и человека в этих ситуациях. В то же время ситуации меняются, проходят, а человек остается. В каждую встречающуюся человеку ситуацию он включается с той или иной стороны, в той или иной роли, или игнорирует ее, не включает, даже избегает. Ситуации для человека бывают значимые и незначимые, второстепенные. Важно чтобы человек приобрел способность душевной стабильности, произошло становление инстинкта самосохранения, умение регулировать характер и процесс взаимодействия с ситуациями.

Анализ на группе или в классе ситуаций, которые необходимо игнорировать и не вовлекаться, а где, наоборот, вовлекаться. Ситуации, которые играют для ученика положительную роль, способствуют саморазвитию и ситуации, играющие негативную роль, ведущие к тупиковому состоянию. Конкретный анализ ситуаций, встречающихся у школьников, а также тех, которые будут встречаться после школы, в их взрослом состоянии.

Тема № 26. Культуральные факторы в жизни человека

К сожалению, понятия культуры полностью были подменены только сферой искусства, но ведь искусство входит в сферу культуры, и она не исчерпывается им.

Культуру рассматривают, как порожденную обществом систему приемлемых способов удовлетворения потребностей, защиту человека от стихии и природы и урегулирование отношений между людьми. Культура не только предоставляет приемлемые для общества способы удовлетворения потребностей человека, но и сама порождает новые потребности. Девиз «хлеба и зрелищ» приобретает все новые, более утонченные, более разнообразные оттенки. Природа — это то, что существует само по себе, культура есть то, что создано человеком (мир явлений и вещей, искусственно созданных человеком). Лес — это природа, проложенная аллея со скамейками, это уже культура.

Сейчас важно уделять внимание культуре повседневности, обыденной культуре, что сейчас не делается достаточно, или делается формально без глубокого понимания культуры, как приобретенного «инстинкта самосохранения». Ведь культура — общественно унаследованная совокупность практики и верований, которая определяет структуру нашей жизни и в какой-то мере характера ее содержания.

Важно понятие внутреннего культурального фактора человека, то есть внутренне усвоенных понятий, представлений о себе, своих свойствах, свойствах и природе других людей, самоуважение и уважение других людей, способов удовлетворять те или иные потребности, навыков наиболее эффективных способов взаимодействия с другими людьми. Необходимы культуральные факторы состояния внутреннего комфорта, уравновешенности, спокойствия, установки на здравый ум, здравомыслие.

Отсутствие культурологического «инстинкта самосохранения», астенизация, недостаточный жизненный тонус вследствие экологии (средовой и психологической), отсутствие привычек уделять должное внимание главному ведут к недооценке повседневной бытовой культуре, ее ценностей и, как результат этого, попадание под влияние отрицательных, ведущих к тупиковому развитию субкультур.

Также субкультуры начинают выполнять интегративную функцию «мы принадлежим к одному и тому же культурологическому сословию», то есть идентификация себя с представителями субкультуры. Происходит формирование

престижных групп отрицательного характера, которые ведут молодого человека к тупиковому развитию.

Анализ и обсуждение на группе и в классе культуральных факторов и их свойств, роль их в развитии человека в целом и школьника, в частности. Формирование способностей противостоять негативным субкультурам.

Тема № 27. Фактор запретов, отказов

В помощь факторам и явлениям опасности, страховки инстинкта самосохранения служит сформированная, во-первых, человечеством в целом, во-вторых, обществом система запретов. Система запретов также служит лучшему осуществлению многих видов деятельности, избегания осложнений. Система запретов способствует не отвлекаемости человека, дает ему целеустремленность, оберегает от ложных путей.

На группе или в классе разбирается существующая в обществе, классе и в семье система запретов, ее роль в процессе самосохранения, избежания собственных ошибок. Особенно запреты действенны и полезны при не прямых, отставленных опасностях.

Механизмы отказов являются естественными регуляторами жизни человека и его жизни в обществе, в микросреде. Тренировка умения реализовать отказ, если это нужно, для отстаивания своих интересов, своей линии жизни в обществе, избегать вовлечения во что-то опасное.

Тема № 28. Жизнедеятельность

Счастье — это переживание полноты бытия. Иногда человек достигает многого, а ощущения счастья нет и, наоборот, мало достиг, но счастлив в своей жизни. Поэтому так важен процесс налаживания полноценной жизнедеятельности. Жизнь конкретна, проявляется в конкретных действиях, явлениях, переживаниях. Даже необычное для человека, чудесное проявляется в обычном, но в неожиданной форме, с неожиданной стороны. Чудесное, неожиданное больше зависит от вну-

треннего настроения человека, чем от внешних атрибутов, хотя и они немаловажны. Поэтому важно не ждать чуда, необычного, а жить в реальных проявлениях жизни и своими необычными ожиданиями не привносить в свою жизнь разочарование.

В некоторых случаях важна интенсификация переживаний своей внутренней жизни, насыщенность жизнью через придание внутренней яркости своего бытия, осознанности.

Опыт, наблюдения, анализ жизни показывают, что человек обедняет свое переживание жизни, свой душевный мир, недооценивает то, что имеет, что ему дано. Только при угрозе потери всех или части атрибутов своей жизни он начинает больше их ценить, чем до того их ценил, обостреннее чувствовать ценность многих явлений своей жизни. Именно с подтекстом компенсировать это явление Швейцер выразил в своем принципе «благоговение перед жизнью». Все люди не могут строить свою жизнь подобно Швейцеру, что и не нужно, но именно этим феноменом «благоговение перед жизнью» на своем уровне люди могут обогатить свое чувство бытия. Именно раскрыть человеку богатство его жизни, многоцветную гамму его экзистенции. Противостоять тенденции упрощения, автоматизации процесса восприятия своей повседневности, а с осознанными установками переживать свою экзистенцию во всей гамме чувственных восприятий повседневности (как феномены впервые увиденного и в то же время с глубоким проникновением в понимание его) и таким способом повышать степень переживания богатства и ценности своей жизни. То есть за кажущейся рутинной повседневной жизни чувствовать ее неповторимость, ценность, данность атрибутов жизни, чувствовать свое неповторимое «я», его индивидуальность, особое своеобразие взаимодействий «я» с окружающим миром. Очень важно под таким углом прививать школьникам положительный, жизнеутверждающий путь самоутверждения.

Сущность жизни в самой жизни. Как говорил АШвейцер: «Я есть жизнь, которая хочет жить», но с учетом социально-психологических, биологических и иных причинно-следственных закономерностей жизни человека с учетом его биологосоциально-психологической сущности. Все действия человека, в том числе и ребенка, подростка, юноши, его стремления опираются на его представления об окружающей

среде, о мире, о возможностях человека в этом мире, его жизненным проявлениям. Важно в этом направлении у детей, подростков, юношей формирование познания окружающего мира, его социально-психологических аспектов, ориентировать реализацию их внутреннего мира, жизненного потенциала в положительном аспекте.

Налаживание полноценной жизнедеятельности предполагает анализ наличествующей жизнедеятельности не в общем, а в конкретном анализе. Показать, проанализировать, какому уровню жизнедеятельности соответствует, к чему ведет, насколько они полноценно используют свою жизнь, в чем они себя ущемляют и т.д.

Для налаживания полноценной в эмоциональной сфере жизнедеятельности дается ученикам задание перечислить чувства, эмоциональные состояния им знакомые, а также чувства, пережитые за обычный, стандартный день. То есть преобладающая душевная мелодия, душевный настрой, который дает ученикам возможность жить полноценной жизнью, полноценный заряд жизни или, наоборот, унижает его, не дает ему удовлетворения от жизни, которая носит суррогатный характер. Что нужно изменить в эмоциональном функционировании, в реальной жизни, чтобы жизнь стала более приемлемой.

Важен анализ сферы общения, то есть какой характер носит общение, что ученик приобретает от своего общения, для своей эмоциональной, интеллектуальной и волевой сфер. Для целесообразного пути развития необходимо общение избирательного характера, то есть избегать одного характера общения, который несет негативные тенденции и стремиться к другому, носящему позитивный характер. В процессе общения ученик должен по своему усмотрению что-то принимать, что-то вытеснять, пренебрегать, не давать шансов партнерам по общению возможности выводить из себя, подталкивать его к чему-то нежелательному.

В налаживании полноценной жизнедеятельности важную роль играет сфера вовлеченности в жизнь микросреды. Именно не внешняя, формальная вовлеченность, а вовлеченность внутреннего мира ученика. Бывает не редко, что ученик живет среди родных, близких, учеников, а чувствует себя вну-

тренне одиноким. Жить интересами окружения, микросреды, испытывать чувство вовлеченности в жизнь семьи, класса, сопереживание членам семьи, ученикам класса. Микросреда под углом зрения значимости, какие потребности реализуются в микросреде, какие потребности удовлетворяются в его микросреде. Анализ и коррекция характера взаимоотношения со средой, с ее нормами, принятым и не принятым.

В настоящее время не уделяется должного внимания к морально-этической сфере в плане ее глубинного, повседневного значения в жизни человека. Голое морализирование («ты должен», «ты обязан», «как тебе не стыдно») вызывает часто раздражение, так как нет понимания роли морали в обществе в целом и в жизни отдельного человека в частности.

Провести на группе или в классе дискуссию о том, что было бы в повседневной жизни, если бы среди людей каждый делал бы все, что ему вздумается, хочется, не учитывая того фактора, что рядом такие же дети, как он. Что было бы, если не существовал оценочно-нормативный, поведенческий язык в обществе, если бы он не был сформулирован в виде нравственных норм? Общество не смогло бы существовать, все разрушилось бы. Любая система (тем более общественная) не может функционировать, не объединяясь какими-то закономерностями, нормами функционирования.

Самое главное то, что мораль в первую очередь является механизмом самозащиты личности. Даже тот человек, который всегда нарушает нормы морали по отношению к другим, начинает апеллировать к совести (как вам не стыдно, имейте совесть, опомнитесь), если сделать это по отношению к нему. Так, что мораль отстаивает разумные интересы человека и сочетается с интересами общества. Стыд, опасение перед самим собой за свой престиж, присуще чувство общественного контроля в нас самих, осознание под этим углом зрения своих намерений в действиях, поступках.

Чувство стыда, понятие добра, зла, чувство долга, ответственности и нравственный опыт является основой совести.

Совесть — это ответственность перед самим собой, понимание нужности реализации каких-то моральных принципов для поддержания своего «я», функционирование самоуважения, самоутверждения, самореализации.

Важно рассматривать морально-этический фактор, сферу его функционирования, как особый способ освоения мира и особый прием ориентации человека в его микросреде и в обществе в целом, как один из составляющих факторов самосохранения.

Формирование у учащихся эстетических установок, эстетического компонента восприятия окружающей действительности. Естественное восприятие, переживание выступают в роли оценки, сравнения степени совершенства, в том числе своего, то есть самооценности (ценность не для себя, не для других, а именно ценности самой по себе, без оценки).

Самоценность — внутреннее богатство человека, его развитость и совершенство, ощущение внутреннего ценностного веса, значения (не должность, не статус, а ценность сама по себе), наличествующая, потенциальная полезность сама по себе еще без его реализации, его возможности и способности в силу присутствия особых качеств.

Вопрос самооценности, как феномена еще не раскрыт до конца, тем более ее роль в воспитательном процессе. А.Чехов писал: «Дайте человеку сознание того, что он есть, и он скоро научится тому, чем он должен стать».

Заключение

В век телевидения с различными видами и характером видеофильмов, игровыми приставками к телевизорам, персональных компьютеров, Интернета, наличия массы книг, детских и юношеских энциклопедий хорошо иллюстрированных, с одной стороны, делает подрастающее поколение информированным, развитым. С другой стороны, создает иллюзию беспредельных личностных возможностей, беспредельность чувственных переживаний, повышает степень претензии к своему чувственному состоянию, отодвигает границы кажущейся возможности в реальности. Все эти факторы накладываются на фактор акселерации, и делает подрастающее поколение очень уязвимым ко всем вредным и опасным тенденциям, существующим в наше время в жизни. Поэтому так важно в наше время, тем более, когда ослабло влияние старших людей, формирование инстинкта самосохранения, как

на биологическом, так и социально-психологическом уровнях. Детям, подросткам свойственна игра, они хотят «дурачиться» и запрещать им реализации этих желаний не следует. Важно ознакомить детей с играми «реальной» жизни, реально приемлемыми ролями в играх. Способствовать становлению и реализации детских, подростковых игр, реализации желания «дурачиться» в разумных формах и в подходящих, безопасных для этих игр местах. Например, двигательные игры, своеобразная игра в борьбу в транспорте раздражает взрослых и в такой обстановке лучше играть взрослые игры интеллектуального характера. Упражняться в умении быть умным рассказчиком, интересным собеседником. Расширение диапазона, характера и возможностей игр, адекватность их обстановке и месту.

Важно вначале в более раннем возрасте прививать эмоциональные реакции отвращения, опасности, даже омерзения ко многим явлениям, несущим опасность, тупиковость развития. В дальнейшем подключать и интеллектуальное оформление этих отношений к факторам опасности, негативным явлениям. Уже в 4-5 классах школьники должны понимать, знать, что есть опасность заболеть алкоголизмом. В некоторых актуальных ситуациях делать это и в отношении к наркотикам, другим факторам отклоняющегося поведения.

Школьник должен сначала чувствовать, подражая родителям, учителям, другим членам микросреды, а потом знать и понимать внутреннюю сущность опасности.

Осознание школьниками своего «я», как активно действующего фактора в его жизни. Адекватное переживание своей жизни, своего бытия в этом мире, ответственность за свою жизнь, за путь ее реализации, то, как оно сложится.

Такая работа со школьниками увеличивает ресурсные возможности типов и видов поведенческих реакций, внутреннее состояние психической устойчивости, которые создают, поддерживают инстинкт самосохранения, его адапционные возможности.

В тех случаях, где имеет место явление уже определенного патохарактерологического уровня, важно подключать к работе с такими школьниками психотерапевтов.

Психотерапия в условиях курорта

Курортное лечение призвано сыграть важную роль в восстановлении и поддержании здоровья населения.

Назначение пребывания на курорте — это восстановление соматического и психического здоровья, хорошего жизненного тонуса, самочувствия и работоспособности, подготовка к жизни в естественных условиях на другом, более эффективном, полноценном, значимом уровне ощущения и осознания своей жизнедеятельности, бытия в этом мире. Часто в условиях курорта проводится долечивание, восстановление здоровья после трудового года.

Сейчас в век максимализации, интенсификации жизни упускается необходимость отдыха, восстановление хорошего состояния человека в целом, предотвращение процесса изнашивания организма и психики в целом.

Феномен восстановления — это не только нормализация всех функций организма, его функционирования, но и именно восстановление первичных ресурсов, компенсаторных механизмов всех систем организма, работоспособности, хорошего самочувствия, свежести, бодрости, ощущения легкости в функционировании в физической и психической сферах.

Первая реакция на чрезмерные нагрузки, повреждающие факторы — это включение резервных, компенсаторных механизмов. В норме после действий этих факторов организм восстанавливается и компенсаторные, резервные механизмы выключаются.

Если этого не происходит, тогда возникает общая генерализованная реакция истощения — астенический синдром, синдром соматической и психической слабости и повышен-

ной раздражительности. На уровне соматической сферы раздражительность проявляется в формировании рефлексов парадоксального характера (моторно-висцеральных, висцеро-моторных, висцеро-висцеральных, моторно-висцеро-сосудистых), что способствует, создает почву возникновения болезней, обострение существующих. Психотерапии важно уделять не менее важное значение, чем соматическому, так как астенические состояния являются почвой, начальным этапом возникновения заболеваний.

Проводимая на курорте психотерапия еще и позволяет продлить эффект курортного лечения, пролонгировать его как самими курортными факторами с психотерапевтическими установками на них, с психотерапевтическим опосредованном, так и путем соответствующих процессов саморазвития, соответствующих изменений с целью более продуктивной его адаптации к обычной жизненной среде, поскольку психические факторы, жизненный тонус, самочувствие играют большую роль в повышении качества жизни, физического состояния и самочувствия. Восстановление здоровья, самочувствия, работоспособности в полном смысле этого слова.

При поступлении на курортное лечение важно ознакомить и обсудить вопрос о типах поведения больных, находящихся на курорте. Это позволит врачу своевременно купировать подобные негативные проявления у отдельных больных и в последствии «отдыхающие» легче воспринимают разъяснение врачей относительно неправильного поведения, наносящего вред своему здоровью. Важно чтобы врачи учитывали профиль санатория, особенности контингента больных, уточняли и дополняли какими-то новыми типами поведения, подходили в этом вопросе творчески. Мы выделим следующие типы негативного поведения с целью опережающей коррекции.

1-й тип больных, любящих «опроцедуриться», т.е. стремящихся получить максимально больше всевозможных процедур — «полечить» сердце и горло, суставы и позвоночник и т.д. Такого типа больные с трудом успевают принять все процедуры, которых добились с помощью просьб, жалоб и т.п. Все это приводит к дефициту времени, постоянной напряженности (стремление принять все процедуры). К концу пребывания на курорте они устают больше, чем на работе.

Из-за обилия процедур не участвуют в экскурсиях, не получают воздействия других факторов курорта. Уезжает такой больной домой усталым, не отдохнувшим. Он не понимает и ему бывает трудно доказать, что он нередко просит процедуры, которые несовместимы и снимают взаимный лечебный эффект. Это все равно, что принимать кофеин или другое возбуждающее средство перед сном вместе со снотворным. Несовместимость, взаимное угашение лечебного воздействия на организм ничего хорошего, кроме перегрузок, не приносит. Есть в медицине понятие — общее восстановление защитных сил организма человека, сопротивление к заболеваниям и т.д. Вот цель, которую больному рекомендуют врачи, с учетом особенностей процедур, показаний и противопоказаний, а также взаимного исключения процедур, вызывающих возможные осложнения.

2-й тип больных, возводящих в культ какую-то одну процедуру (например, в Кисловодске — нарзанную ванну). На группе подчеркивается, что чаще это бывает у больных, которым этот вид лечения не показан или вообще противопоказан. Все другие виды лечения они полностью отрицают и видят исцеление только в этой процедуре. Некоторые из этих больных ранее принимали эту процедуру, но они не считаются с тем фактором, что они с тех пор перенесли уже гипертонический криз, или приступ мерцательной аритмии, стенокардии и т.д., что является абсолютным противопоказанием, так как может только обострить болезнь. У такой категории больных на этой почве возникает озлобленность к медицинскому персоналу, врачам курорта, создается нервная обстановка. Они не понимают, что неумышленно они могут повредить своему здоровью. Врачи не предписывают требуемых больными процедур и из-за этого у последних возникает злоба на врачей.

3-й тип больных — игнорирующих всякое лечение, всякие процедуры и предпочитающие проводить время в «праздности». Они иронически относятся к указаниям врачей курорта о соблюдении лечебно-оздоровительного санаторного режима. Иногда злоупотребляют алкоголем, дают перегрузку своему организму, который еще не успел адаптироваться к новым климатическим условиям. Такого типа больные отрицательно действуют на других больных, вовлекая их в такой

образ жизни, хотя у тех очень серьезная стадия заболевания и в результате несоблюдения режима у них возникают серьезные осложнения, требующие установления им постельного режима. Такие больные забывают, что курорт — это общенародное благо, и администрация курорта следит за тем, чтобы это благо использовалось больными строго по назначению.

4-й тип — это те больные, которые с первых же дней пребывания на курорте стремятся дать максимальную нагрузку своему организму и, в частности, проходят все маршруты терренкура. Они забывают, что приехали из другого климатического пояса, не прошла еще адаптация организма. Воспринимают терренкур только как физическую нагрузку, упуская из виду комплексность терренкура. Терренкур — это не беговая дорожка стадиона, а это и дозированная ходьба и воздух, общение с природой.

5-й тип больных — ищущих для себя исключительности. Настрой и тенденции таких больных на все исключительное для себя. Все для него должно быть особое: и место в столовой, и палата, и отношение медицинского персонала, врачей и т.п. Он приехал не лечиться курортными факторами, а утверждать свое «Я», искать утешение своему самолюбию в поиске исключительности, быть особым отдыхающим, отличающимся от других. Получать наслаждение не от красоты природы и т.д., а от того, что персонал санатория занимается им, отрывая тем самым персонал от дел, работы.

6-й тип больных — для которых все главное, нет мелочей, второстепенного, и все должно быть в порядке. Такой больной, встретив какой-то маленький беспорядок в чем-то, мелкое упущение в лечебном процессе, обслуживании расстраивается, переводит все свои усилия и энергию на ликвидацию их, хотя это давным-давно устранено, упуская из виду все положительные курортные факторы и цель своего приезда сюда. Например, увидев как кто-то не соблюдает режим или что-то не то сделал — только думает и говорит об этом, забыв о себе, о лечении. Будет правильным сделать наедине такому человеку соответствующий совет и порекомендовать — отдыхать, восстанавливать свое здоровье.

7-й тип больных — скучающие на курорте. Выключение из привычной среды, жизни, отсутствие умения отдыхать в

других условиях и целыми днями, переключаться от привычного с одновременным включением в ритм и жизнь санатория. Ничто в санатории не побуждает интерес, активность. Здесь важно прививать вовлеченность человека в жизнь санатория. Подчеркивать, побуждать больных к тому чувству, представлениям, что курорт — это благо, ценность. Временное выключение человека из привычной жизни будет способствовать более яркому ее восприятию при возвращении в нее. В данном случае возникает необходимость подчеркивать, актуализировать такое простое понятие, явление как уделение внимание здоровью, его восстановлению, чтобы более полноценно жить в естественных условиях.

8-й тип больных — скучающий тип поведения в целом в своей жизни. Пресыщение всеми проявлениями жизни, чувство однообразия во всем, ее пустоты, бесцельность и как результат этого — скука. Все это следствие переутомленности эмоциональной сферы, истощенностью вследствие интенсивности жизни только в эмоциональной сфере, даже эмоции познания, вызываемыми извне, только внешними событиями, которые приелись. Постоянные эмоциональные проявления, вызванные извне, ведут к истощению, потери яркости и живости восприятия, потери эмоционального компонента познания. Нет вовлеченности в жизнь, отсутствие которой порождает замедление динамики жизни, течения времени. Можно сказать:

«Все уже пережито, и нет ничего нового, интересного, увлекающего». На первом этапе работы с такими больными создавать эмоциональное чувство покоя, спокойствия, душевного уюта. Здесь важно занятие аутогенной тренировкой (АТ), медитационными техниками, гипнотерапия с прививанием этих свойств, состояний. На втором этапе прививается обычный интерес к проявлениям жизни, осознание и переживание процесса жизни, налаживание процесса полноценной жизнедеятельности.

9-й — сформированный жизненный стиль в постоянном внутреннем напряжении, переживании и заботой за положение дел, отсутствие умения отвлечься, расслабиться. Такая форма поведения, тип жизни формируется у людей с большой ответственностью, требующейся на работе, риском поражения, краха, потери престижа, материального источ-

ника жизни. Эта внутренняя напряженность, постоянные переживания, ответственности настолько сильны, что даже перекрывают чувство усталости. В этой группе людей важно формировать умение восстанавливаться, а не только истощаться, переключаться, отдыхать. Здесь важны АТ, медитационные техники, сеансы гипнотерапии, эстетотерапия, осознание процесса, факта своей жизни, налаживание полноценной жизнедеятельности.

10-й субдепрессивный тип поведения — пессимизм, апатия, безразличие ко всему, иногда даже к себе, бессмысленность всего, ничто не имеет значение, бесперспективность, напрасленность, дискомфорт не только внутренний, но и внешнее его выражение. Важно знать, что у субдепрессивных и депрессивных людей бывают вспышки злости, гнева, как интуитивная попытка выйти из этих состояний через противоположные чувства. То есть за внешними вспышками злости, гнева увидеть субдепрессию. В психоанализе депрессия трактуется как агрессия против себя, а вспышки гнева проявляются как проекция своих состояний на других. Здесь важна когнитивная психотерапия, гипнотерапия с внушениями хорошего жизнеощущения, оптимизма, а также психотерапии, описанной в главе «Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств».

Если в 1 — 6 типах поведения достаточно психотерапевтической работы лечащих врачей, то в 7 — 10 — важно подключить психотерапевтов санатория.

Обсудив с больными указанные нежелательные типы поведения на курорте, результаты, к которым приводит подобное поведение, важно вызвать у больных желание узнать нормальный, адекватный тип поведения на курорте, который максимально учитывал бы и медицинские показания и противопоказания, советы врачей, как полезнее использовать пребывание на курорте для своего здоровья, отдыха, познания края, где пребывает, его природу и т.д. Формировать правильные, адекватные установки и тенденции у больных. На группе обговаривать особенности общего настроения на лечение, отдых, варианты отклонения, приводить примеры неправильного поведения и лечения отдельных больных, добиваясь доброжелательного их осуждения подавляющим большинством

больных. При такой работе наблюдается меньше нарушений режима, они мягче проходят, не доходят до конфликтных ситуаций с медицинским персоналом, потому что они вытормаживаются фактом предварительного оговаривания, обсуждения на группе, что делает их нарицательными лицами. Врачам легче, опираясь на конкретные факты нарушений, отказывать больным в процедурах, противопоказанных им. При этом, в случае необходимости более подробно разъяснять больным принципы показаний и противопоказаний к отдельным процедурам, а также законы природы, в том числе биологические, физиологические, которые действуют независимо от нас, и снимая таким путем аффективность больных. Эффективно применяется метод проведения аналогии с их специальностью. Например, больной является специалистом по телевизионной технике, а я, врач, начну ремонтировать телевизор, не имея соответствующих знаний — что получится? Или, например, я, врач, буду давать ему, специалисту, указания, какие части телевизора ремонтировать, заменить — что получится? Или, я врач, буду подписывать акт готовности самолета к полету. Здесь уместно спросить больных: «Как это будет выглядеть?» И тут же задать им вопрос: «А почему вы, не являясь врачами, пытаетесь нас не слушаться, сами себе прописывать, назначать процедуры, что из этого получится?». При этом подчеркивается, что жизнь настолько многообразна и многогранна, что любой человек не может быть всюду правым и поэтому нередко оказывается в чем-то неправым, в чем-то ошибается, заблуждается и, зная это, надо не бояться оказаться в чем-то неправым и признать свои ошибки.

В санаторных условиях, учитывая нагрузку врача и временные возможности многие темы психотерапевтической работы возможно проводить в группе своих больных, что позволит охватить психотерапией всех больных, а во-вторых, использовать групповой фактор. Конечно, фактор групповой динамики использовать врачам общей практики может быть сложно, а на уровне групповой дискуссии, встреч вполне возможно (см. главу «Групповая психотерапия»).

Акцентировать больных на проявлении реакции доброжелательности на высказывание врачей, стараться, чтобы они осознали установки врача на лечение, восстановление

здоровья, а не отвергали все сразу с позиции своего эгоизма. Подчеркивать общность целей всех больных и врачей — восстановление и укрепление здоровья, поскольку суждение, оценка того или иного мнения могут сразу не совпадать.

На первом сеансе групповой психотерапии необходимо поставить вопрос о том, что ожидает от лечения больной, каким он себе представляет лечение на курорте. Завязать дискуссию на эту тему, спрашивая по очереди больных, их дополнения к предыдущим высказываниям больных и т.д., подчеркивая важность учета их повседневных запросов и ожиданий. Уточнить вопрос отношений «больной — курорт». Срок лечения 24 дня, это с одной стороны много, а с другой мало. Надо много успеть, определить, что главное, а что второстепенное. Идеальное представление больного о курорте, что хочется. Надо заранее купировать возможность возникновения у больных чувства недовольства лечением и пребыванием на курорте к концу срока пребывания, нацелить его на реальные условия лечения. Как показывают наблюдения, желания, ожидания от курорта часто носят аморфный характер, не объективированы (хочется хорошего, здоровья и т.п.), то есть в них отсутствует конкретность. С таким неопределенным настроением у части больных (особенно у впервые приехавших) срок пребывания на курорте проходит без чувства удовлетворенности. Главное определить: что надо успеть, чем пожертвовать ради другого, более важного. Важен реальный план реальный настрой с учетом советов, рекомендаций врачей. Важно учитывать и то, что лечение на курорте — это еще и отпуск. Это значит — возвратиться в привычную среду, на работу отдохнувшим, физически и психологически свежим. Необходимо коснуться темы представления больного об отдыхе.

Далее врач должен осветить медицинское понимание целей и методов лечения на курорте, важность психотерапевтического настроения больных на них. Вкратце рассказать сущность связей психического и соматического состояния больных, важность нормализации психической сферы. Подчеркнуть важность активного участия больных в курортном лечении, психотерапии. Вкратце ознакомить больных с вопросами, которые будут рассматриваться в процессе курса лечения.

На последующих сеансах психотерапии рассматривается вопрос роли психогенного фактора в происхождении, течении и лечении сочетающихся болезней. При этом важно подчеркнуть, что взаимовлияние психических и соматических явлений происходит внутри единого целого в организме человека. Акцентировать внимание больных на то, что даже сейчас выделяются болезни, возникающие на аффективно-напряженном фоне (стенокардия, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, гастроэнтерологические заболевания и т.д.). Подчеркнуть роль постоянных отрицательных эмоциональных реакций в происхождении соматических болезней. Именно отсутствие фазы полного успокоения, когда вегетатика не приходит в норму, играет патогенную роль.

Вкратце в доступных выражениях раскрывается фактор влияния эмоционального напряжения на артериальное давление, нагрузку на сердце, на свертывающую и антисвертывающую систему крови и т.д. Подчеркивается важность не столько избегания возбуждений эмоций, трудных минут жизни, сколько важность снятия длительного напряжения, борьба с застоем эмоционального напряжения и т.д. Отсюда важность психической перестройки, изменения личностных качеств. С учетом этой стороны вопроса рассмотреть еще раз, что объединяет людей, приехавших на курорт (восстановить, укрепить здоровье, отдохнуть и т.д.). Поэтому в первую очередь важен правильный настрой больных на то, чтобы они максимально использовали положительные факторы курортного лечения. Осветить зависимость «болезнь — образ жизни» и на этой основе определить задачу изменения конкретных черт своего образа жизни, в чем-то перестроиться. Часто бывает трудно одному справиться с изменением и перестройкой образа жизни в домашних условиях. Поэтому здесь нужна помощь врача и терпеливая, настойчивая работа самого больного. Подчеркивать важность установления в группе обстановки взаимного доверия, обращая внимание на то, что цель лечения помочь себе и всем вместе, не исключая помощи и себя посредством общения с группой. Показать, какие психические реакции (негативизм, злоба и т.п.) могут вызывать у человека замечания, критические высказывания других. На сеансах коллективно-групповой психотерапии

подчеркивать важность ее постоянной цели — прямая помощь себе, а также посредством общения с группой, помощь других членов группы через доверительные, откровенные высказывания, эмоциональные реакции. Добиваться искреннего желания у больных измениться в том, что осложняет их болезнь и жизнь в целом, изменить свои стереотипы поведения, тенденции на основе понимания особенностей жизни среды, отдельного человека и т.д.

В своей врачебной практике необходимо учитывать и то, что в зависимости от сложившейся ситуации, целей, задач врач в общении с больными может выступать с разных позиций. Так, для установления более тесного психотерапевтического контакта можно выступать в общении с больными с сугубо личностной, своей индивидуальной человеческой позиции, отбросив ролевые позиции специалиста, администратора и т.д. В некоторых конфликтных ситуациях, например, в ситуации отказа больного в чем-то, требуется более нейтральная личностная позиция и сосредоточение акцента на свой административный статус (лечащий врач, зав. отделением и т.д.). Такая тактика, несмотря на санкции, способствует сохранению личностного контакта с больным, создает ситуацию, способствующую осознанию больным своей правоты (как человек я вас жалею, вы же знаете и видите мое отношение к вам, но как зав. отделением я вынужден...; как человек я вижу, как вы хотите получать эту процедуру, мне вас жалко, но как врач, как специалист, я не могу, потому что моя специальность обязывает в таких случаях...; я не могу как специалист делать преступление в специальности, вы хотя бы немножко пощадили меня, как специалиста. Меня накажут и т.д.). Общение такого рода снимает излишнюю эмоциональность реакций больных, их межличностную обусловленность.

В одной из бесед следует провести дискуссию на тему: анализ повседневного настроения больного на курорте, как и какие установки у него реализуются (спокойное, деловое посещение процедур, лечебных и культурных мероприятий, удовлетворенность, или, наоборот, взвинчивание себя и т.д.). Дать задание больным проанализировать свои действия, поведение. Просто документально фиксировать, что больной делал, какие переживания у него были, на что он истратил

свое время, эмоции, какого они характера. Есть ли у больного четкость цели лечения, осознание задачи, как они реализуются. Умеют ли больные чем-то жертвовать ради главного, или больного одолевают ненужные волнения, боязнь что-то упустить. На основе этого анализа совместными усилиями определить, какими качествами больные обладают (терпение, выдержка, воспитанность, снисходительность, сдержанность), где и каким образом они проявляют эти качества. Ведь эти качества проявляются в трудные минуты эмоциональной напряженности, аффекта, эгоистических тенденций, в те минуты, когда кажется, что на карту жизни поставлена честь, достоинство и т.д., что на отдельном, каком-то пустячном явлении жизнь сходится клином. Обсуждать эти случаи, добиваться высказываний больных, завязывать дискуссии и по этим явлениям. Уделять внимание выработке у больных правильных установок на лечение, отдых.

Учитывая большую доступность техники в наше время, можно провести аналогию с тем как больной эксплуатирует свои электроприборы дома, а как свой организм. Как зачастую он строго соблюдает правила эксплуатации электроприборов, но как мало знает о функционировании своего организма, психики, их поддержание в норме. Как обеспечивается больными смена, чередование активных нагрузок, физических и психических усилий с отдыхом, переключением с одного вида деятельности на другой и т.д. Проблема отдыха. Как организован отдых. Ведь часто люди не умеют отдыхать, дать своему организму и своей психике истинный отдых. Астеническое состояние гипостенического и гиперстенического характера, охарактеризовать их в простой доходчивой для больных форме. Показать, как важны правильный отдых, умение устранить астеническое состояние. Вызывающие быструю истощаемость, которая, в свою очередь, порождает бесцельность, безразличие в жизни. На примерах продемонстрировать, что не среда, не жизнь в данных случаях является действительной причиной этого, а наличие этой усталости, быстрой истощаемости, в силу которых все становится не интересным, пресным. Казалось бы, человек пытается все максимализировать, получить везде и во всем максимум, а получается наоборот. Истощаемость, нервозность, взвинченность часто порождают

и невротические тенденции, при которых человек пытается «все» успеть, ничего не упустить, боится «продешевить» в жизни, а в реальной жизни он обретает только одно — нервную возбужденность. Человек не может, ему трудно сделать выбор между двумя вариантами, а если и сделает, то потом корит себя в этом. Часто он затрудняется выделить для себя главное и второстепенное, выделить конкретное и добиваться его достижения. Такая нервозность, постоянная внутренняя напряженность ведет к возникновению или обострению соматических заболеваний, их рецидивов. У человека нет удовлетворенности, душевного покоя, нет опыта получения положительных эмоций. Отсюда видна важность уделять должное внимание своему организму, психике, режиму. А именно: тратить немного времени и усилий на налаживание правильного режима своей жизни, восстановление физического и душевного равновесия, нормального режима питания. Ведь здоровье бесценно и ради каких-то своих, часто не нужных, притязаний, стремлений растрачивать его впустую просто преступно. Следует обратить внимание на режим отдыха. Поставить вопрос о том, как больные отдыхают дома. Предложить им вспомнить ситуацию прихода домой с работы, поведение вечером дома. Развернуть дискуссию на эту тему. Выявить правильные или неправильные установки на отдых. Умение сосредоточиться на одном, отрешиться от другого, выполнять одну работу, потом другую. Установка — сделать необходимое и отдохнуть. Если наблюдается нервная раздражительность, трудный процесс успокоения (астеническое состояние по гипертоническому типу), рекомендовать прогулки на свежем воздухе около 40 — 50 минут, даже в ущерб интересной телепередаче. Исключить эти постоянные «смотрения» телепередач без определенной цели (исходя из принципа: лишь бы смотреть, может увижу что-нибудь интересное, привычка время коротать). Выработать у больных способность ценить время, вести учет времени — сколько времени на что трачу. Научиться тратить время отдыха конкретно, с пользой — на приготовление пищи, на просмотр определенной телепередачи и т.д., тогда и появится дополнительное время на отдых. Бесцельная трата времени вызывает нервную усталость. Иногда больные просто боятся в домашних условиях позволить себе спокойно поси-

деть, отдохнуть, так как присутствует нервная напряженность «надо много сделать». Формировать на группе установку на то, чтобы с пользой тратить время на отдых, по настоящему отдохнуть. Можно на группе проиграть несколько типичных ситуаций отдыха, привести примеры правильного распределения времени отдыха с целью выработать у больных умение восстанавливать свои силы. Подчеркивать тот факт, что большой философии полезного отдыха нет — надо просто пойти на прогулку или лечь и отдохнуть. Создать в себе чувство покоя и отдыха, настроиться на него, отрешиться от всех дел, отключиться от производственных и домашних проблем (на работе думать о работе, дома о доме, об отдыхе). Исключить бесцельное хождение по квартире, ненужные невротизирующие разговоры, которые ничего не дают. Нередко у больных сформирована невротическая эмоциональная претензия — постоянно ощущать, испытывать сильные эмоции. Они не знают законов функционирования эмоциональной сферы, где есть подъемы и спады, истощение эмоциональных переживаний. Важен в жизни и настрой на ощущение покоя, отдыха.

На отдельном сеансе групповой психотерапии рассмотреть вопрос адекватного реагирования на неприятности, возникновения отрицательных эмоций. Клинические наблюдения показали, что для здоровья не столько опасны явления, порожденные реальностью человеческой жизни, а важную патогенную роль играет здесь характер отношений к ним. Во-первых, важно правильное восприятие неприятностей. Они встречались, и будут встречаться в человеческой жизни, и нет человека в мире, у которого было бы все в порядке всю жизнь, и не было бы никаких расстройств. Нет абсолютно счастливых людей. Даже у хорошо адаптированных людей. Без невротических наслоений, есть переживание человеческого горя, различных неприятностей, сильнее чем у невротиков, а именно душевная боль о них. Люди с невротическим наслоением переживают больше о себе, что он несчастный, в центре этих переживаний не сама скорбь, горе, досада, а именно он несчастливее все и часто такие переживания происходят не по поводу настоящего горя, а в большинстве случаев по поводу мелких личных эгоистических интересов, мелочного самолюбия.

Непосредственно на курорте необходимо способствовать правильному формированию эмоциональных оценок реальности, своего положения, ситуации. Вселять в них чувство того, что я отдыхаю на курорте, я наблюдаю прекраснейшие пейзажи природы и отдаюсь полностью этим прекрасным человеческим наслаждениям; я делаю покупки сувениров для родных, и здесь не нервозность, капризность, терзания, а наслаждение влечет меня, управляет мною. Нужно настроить больных на пересмотр характера некоторых эмоциональных восприятий своей окружающей действительности, какой характер носят эти восприятия, не лишены ли они часто яркости, эстетических компонентов. Важен психологический настрой на свежесть, эмоциональность восприятий своих родных мест, природы и т.д.

На одном из сеансов следует снова возвратиться к астеническим состояниям, но уже в другом ракурсе. Именно в наш век гиподинамии очень большое значение в нормализации сомато-психологического состояния, приобретения душевного равновесия имеют физические нагрузки в виде занятий гантелями, лечебная физкультура в домашних условиях. Физическая нагрузка снимает душевную напряженность, перевозбуждение, тонизирует организм в направлении уравновешенного функционирования, особенно позитивно влияет на патологические висцеральные рефлексy, которые приводят к возникновению и обострению ряда соматических заболеваний. Ощущение радости, усталости мышц тела, водных процедур, растирания тела. На таком фоне быстро достигается чувство душевного покоя и более полноценный отдых. Следует постараться предоставить больным возможность эмоционально пережить влияние физической нагрузки на самочувствие, снятие психической взвинченности, перевозбуждения и т.п. Подключить к этой работе методистов ЛФК, но с целью продолжения и закрепления этих физических упражнений и нагрузок в домашних условиях. Обращать внимание больных на то, что более простые и естественные средства нормализации своего состояния (хотя на первый взгляд они могут показаться примитивными для некоторых больных — проветривание квартиры, физические нагрузки, отдых). Очень действенна здесь, важна выработка привычек снимать душевное напряжение таким путем вместо нервоз-

ности, неудовлетворенности, невозможности спокойно по-лежать. Так что, при таких условиях не нужно искать виновных в своем плохом самочувствии, а иногда и в злоупотреблении спиртным и т.д.

На следующем сеансе групповой психотерапии рассмотрим вопрос о том, как больные регулируют свое физическое и психическое состояние, поддержание соответствующего тонуса жизнедеятельности, а также вопрос о работоспособности, участии в нем эмоциональной, волевой и интеллектуальной сфер. Как все это соответствует содержанию и форме требований, предъявляемых человеку современной жизнью. Развить дискуссию о динамике работоспособности, ее поддержании. Ведь жизнь. В целом, это динамика, все во времени изменяется. Нередко душевный диссонанс вызывается именно этим фактором динамики, изменением жизни. Мы к чему-то привыкали, и изменение формы и содержания воспринимается нами как противоестественное явление. А ведь все в динамике — дети взрослеют (а мы, прежде всего родители, нередко продолжаем их считать маленькими, нуждающимися на каждом шагу в нашем совете, и на этой почве возникают конфликты), форма и содержание работы меняются и т.д. Важно привыкнуть к жизни в состоянии стресса с душевным подъемом, служить своему делу.

На этом фоне вновь возвратиться к вопросу о саморегуляции своего самочувствия, подводя больных к освоению АТ. Вкратце осветить вопрос о произвольных и непроизвольных функциях организма человека, возможность освоения методов управления непроизвольными функциями. Показать на примерах важность освоения непроизвольных функций для саморегуляции своего состояния, снятия душевной напряженности, успокоения себя и т.д. При этом важно сформировать мотив, потребность в овладении АТ. Основной упор делать на тренировке полной сосредоточенности на том, на что обращает внимание формула для овладения. Многократно подчеркивать важность умения полностью сосредоточиться на чем-то и отрешиться от всего остального. Ведь это один из центральных феноменов самовнушения, овладения АТ. Сосредоточиться настолько, чтобы в уме что-то другое не возникало, сознание полностью поглощено только пред-

метом созерцания. Если формула овладения АТ гласит «моя правая рука тяжелая», то все внимание сосредоточено только на ощущениях, идущих от правой руки, других ощущений в сознании нет, не осознается ни левая рука, ни другое. Второй момент феномен овладения АТ — яркое представление содержания формулы, не просто проговаривание ее, а именно яркое представление, вера в это. Например, формула «я — спокоен» — именно я, почувствовать свою сущность, именно я, а не кто-то другой, спокоен, наполнен спокойствием, пронизан спокойствием. Спокойствие — представить, например, себе озеро в лесу и знойную тишину, при которой даже листочек не шевельнется — спокойствие.

Я спокойный, я и спокойствие одно и то же, я такой же спокойный, как и это озеро. Других конкурентных этим представлениям мыслей нет, другие представления не возникают. Вот основные механизмы, которые надо освоить, приложить усилия. Методик АТ и их модификаций много, но важны эти две особенности в условиях АТ. Важно при назначении больным того или иного варианта АТ учитывать фактор показаний и противопоказаний. Овладевая АТ, важен анализ своих типичных состояний, развития самонаблюдения, констатация факта своего состояния (я возбужден, я спокоен, у меня аффективное короткое «замыкание» на какой-то факт, а остальное все вытеснено из сознания). Представления себя в этих типичных ситуациях, анализ этого, может дать толчок к смене набора этих типичных состояний. Проигрывание в своих представлениях разных ситуаций — пришел с работы; какое самочувствие, желания, тенденции, чем они обусловлены. Как успокоиться. Подчеркивать важность истинного спокойствия, не внешнего, при котором внутри все напряжено, а именно истинного. Освоение процесса погружения себя в спокойствие, удовлетворенность с соответствующими формулами. Умение оценивать себя, свою ситуацию в первую очередь с того, что есть положительного.

На очередном сеансе групповой психотерапии снова обратиться к фактору динамики жизни, привести снова примеры на эту тему. Подвести больных к мысли о том, что на определенных этапах жизни необходимо изменяться. Если в жизни в чем-то не изменяться, то возникают тупики, ухуд-

шение положения, психическая напряженность. Эти изменения часто происходят по типу отказа от чего-то (например, от своих привычек, каких-то особенностей своего образа жизни и т.д.). Это закономерный факт в жизни людей. Важно вовремя увидеть наступление этого периода. А ведь нередко люди не хотят видеть этого периода жизни, упорствуют, не хотят осознать этот факт и в результате душевные коллизии, нервозность, возникновение болезней и т.д.

Например, человек, заболевший сахарным диабетом, должен отказаться от употребления продуктов питания. Содержащих сахар, соблюдать диету путем отказа, притом внутреннего отказа, построенного на своих мнениях, представлениях, чувствах, убеждениях, развивать их для себя в нужном направлении. Другое заболевание, к примеру, хроническое заболевание почек также ведет к отказу от употребления соответствующих продуктов питания. И чем быстрее больной смирится, осознает необходимость этого, а не будет из этого делать трагедию, взвинчивать, будоражить себя, тем лучше для него, его здоровья. Важно, чтобы человек внутренне мог отказаться, познать для себя значимость этого фактора, перестроиться соответствующим образом. То же самое и для больных с другими заболеваниями.

Подчеркнуть, что вообще в жизни приходится менять увлечения, работу и т.д. Например, хирург — должен отказаться от своей любой работы в силу того, что у него возникла профессиональная болезнь — экзема рук от веществ, которыми обрабатываются руки перед операцией. Положение на уровне личной трагедии — с детства мечтал. Учился, стал опытным специалистом и надо менять профиль работы. Естественно, в таких ситуациях человек вынужден перестраивать себя, менять, хотя с трудом, страданием, свою любимую работу на такую, где не требуется соответствующей обработки рук. Осознание необходимости этого, человек перестраивается, увлекается другой работой и со временем начинает ее ценить, видеть в ней радость своего участия, плоды своих усилий и получает такое же удовлетворение, как и от первой специальности.

Рассмотреть вообще роль системы запретов в жизни общества, в жизни каждого человека. Система запретов возникает из принципов целесообразности и самосохранения. Напри-

мер, такой древний запрет как брак между ближайшими родственниками. Хотя в ту пору люди не знали законов генетики и т.д., но тонко подметили это, предвидели. Привести много примеров других запретов. Показать, что соответственно всем внешним запретам должны быть сформированы внутренние отказы, внутренние запреты самому себе и т.д.

Поэтому и сейчас человек в чем-то должен раскрепощаться, а в чем-то поддерживать систему запретов, что-то себе не позволять, признавать это вредным для семьи, общества и себя. Поднять дискуссию на тему: о существовании запретов для каждого человека и их реализации. На примерах показать, что для больных должно входить в систему запретов, чтобы они безболезненно жили, поддерживали свое хорошее самочувствие, не разрушая здоровья.

Подчеркивать больным то, что они должны в чем-то изменяться, изменить свой образ жизни, свои отношения к каким-то аспектам окружающей действительности, перестроить себя. Преодолеть в себе инертность, изменить в чем-то представление о себе, о тех ценностях, которые поддерживали свое престижное «Я» и т.д. Развернуть дискуссию на эту тему, обсудить ее, дать время на размышление по этому вопросу, сделать эти идеи естественными, понятными и актуальными.

На этом этапе психотерапевтической работы важна объективизация, коррекция самосознания больных, потому что характер осознания себя, принятия себя является руководящим звеном в жизни человека. Ведь человек поступает соответственно характеру и осознает себя как определенную личность, с определенными свойствами и ценностями. Способствовать больным в реальном осознании самого себя как действующего, чувствующего и мыслящего существа.

Давать больным задание рассмотреть вопросы:

а) каким он себя считает. Пусть рассмотрит себя по всем параметрам, включая душевные качества, умения, способности;

б) каким он хочет, чтобы его считали. Есть ли недовольство собой в чем-то и т.д.;

в) каким его считают другие. Попытаться посмотреть на себя глазами своих родных и близких. Сослуживцев, учитывая особенности их отношения к нему, его отношения к ним, характер этих отношений, поступков. Например, к своим де-

тям какие качества своих душевных особенностей проявляет (доброта, внимательность, душевность), в чем они проявляются. В чем выражаются реально, как часто. Может быть, за реальными поступками предательски кроются его эгоистические тенденции. Как выглядит в глазах родителей, характер отношения его к ним — сколько он тратит времени и усилий в реальной жизни на эти отношения. В глазах сослуживцев выдержан, терпелив, снисходителен к каким-то их слабостям. Как выполняет «роль» отца (матери соответственно) в отношении своих детей, «роль» брата (сестры соответственно), мужа (сены соответственно), какие душевные качества проявляет, как удовлетворяет их ожидания. Ведь люди судят не по тому, как человек себя мыслит, представляет, считает, а по тому, что он делает в жизни, какие душевные качества проявляет, как выполняет должное своих жизненных статусов;

г) какой он есть на самом деле — здесь важно резюмировать все. Его действия, эмоциональные и волевые проявления, поступки, душевные тенденции, какую реакцию вызывает все это среди окружения. Может быть и так, что ничего предосудительного в своих действиях, душевных тенденциях больной не видит, а для родных, близких, окружения это все есть неприятностью, страданием и т.д. Ведь они могут ответить тем же, и тогда он будет страдать! Здесь важно прививать мысли и чувства о том, что другие люди такие же, как и он, также страдают, чувствуют прекрасное, имеют такие же права, как и он. Часто можно видеть в жизни, что когда человеку плохо, как он переживает, страдает, осуждает окружение, но почти нечувствителен к тому, что он приносит для окружения, особенно в те моменты, когда от него страдают другие. На что он рассчитывает. Именно важен подтекст того, чтобы человек видел в другом то же самое, что в себе, признавал также их уникальность. Каждый человек это удивительное явление со своим внутренним миром, хочет быть человеком с большой буквы, чувствовать себя им, иметь смысл жизни, что-то дорогое для себя и т.д. Как этот факт мы осознаем и чувствуем в повседневной жизни. Важен факт признания права других людей на такую же жизнь, как и мы хотим. Трения, конфликты в других плоскостях не ведут в большинстве случаев к невротическим конфликтам. Обсудить эти явления

на группе, поднять дискуссию в плане того, как это все мы постоянно осознаем и чувствуем в повседневной жизни. Как в своей повседневной жизни, чувствах, переживаниях мы признаем уникальность других людей.

Вся эта психотерапевтическая работа важна, так как в большинстве случаев люди реагируют на собственную интерпретацию действительности, свои представления о ней в большей степени, чем на непосредственную реальность. Подчеркивается важность умения замечать собственные недостатки, просчеты, поступки. Прививать больным способность проявлять самокритичность, замечать свои просчеты. Ведь нет в мире ни одного человека, который в чем-то, пусть второстепенно для него не ошибался. Жизнь так многогранна, что трудно быть во всем компетентным. Важность заключается в том, чтобы видеть эти просчеты, учитывать их, исправлять положение дел в реальности. Все определяет реальное положение дел, а не наши представления. Не поддаваться аффекту желания быть везде и всегда правым, не видеть в этом угрозу нашему «Я», самолюбию, гордости, а наоборот, исправиться и поддерживать свое «Я» в реальной жизни. Вкратце осветить вопрос механизмов психологической защиты (рационализация — стремление объяснять свои поступки, действия какой-либо необходимостью, гуманными целями; вытеснение — неосознанное исключение из своего сознания факторов, которые противоречат интересам и т.д.). Механизмы психологической защиты могут проявляться в той или иной степени выраженности по отношению к своей микросреде, по отношению к самому себе, своему самосознанию, по отношению к врачебному воздействию. Провести дискуссию в группе на эту тему, пусть больные проанализируют свои тенденции психологически защищаться перед микросредой, своим сознанием, врачебным воздействием. Ведь как важно во многих ситуациях воспринять себя реально, без психологической защиты и исправиться, измениться, утверждать свое «Я» в реальной жизни, а не в своих представлениях, фантазиях, т.е. не заниматься маниловщиной. Но важно также учитывать тот факт, что в повседневной жизни механизм психологической защиты играет положительную роль при «подавлении» факторов, мешающих осуществлению поставленной задачи.

Важно больным прививать такой психологический механизм, как привычка оставаться вечером наедине с самим собой и анализировать свой прожитый день (где был, что делал, что пережил, какие душевные качества проявил, какие чувственные проявления были более свойственны этому дню, все ли было правильно, может где-то был не выдержан, проявил ненужные волнения, эгоистические тенденции, ставил в центре всего свои чувства, а не реальное положение дел, какие аффективные переживания остались неразрешенными).

Важно на сеансах психотерапии делать акцент на то, как они осознают наличие у них болезни, ее характера, какие они имеют о ней представления. Важно адекватное отношение к болезни, которое обеспечивает соблюдение лечебного режима, выполнение наставлений врача. Плохо и к плачевным результатам может привести недооценка своей болезни, игнорирование предписания врачей. Но с другой стороны, недопустима переоценка ее, когда больной замыкается только на переживаниях по поводу болезни, не живет настоящей жизнью. Ведь здоровье для жизни, а не жизнь для здоровья. Поэтому важно наладить полноценную жизнедеятельность, но с учетом наличия болезни, которая внесла какие-то коррективы в образ жизни больного с целью исключить нежелательные для благоприятного течения болезни факторы. Изменить свой образ жизни с целью создать оптимальные условия для восстановления своего здоровья. Разорвать этот порочный круг, при котором прежний образ жизни способствовал возникновению болезни, а затем противодействует лечению. Чаще всего труднее отказаться от того, в чем человек утверждает себя. В таких случаях надо вначале попытаться изменить свой путь и способ самоутверждения. Например, можно встретить людей, которые утверждают свое «Я» концепцией о себе как заядлого курильщика. Он видит в этом свой престиж. Эта тенденция может проявляться и в чем-то другом, но также вредном для организма человека как курение, особенно при наличии заболевания. В таких случаях надо проделывать соответствующую психотерапевтическую перестройку. Способствовать в таких случаях становлению тенденции утверждать себя в чем-то другом (шахматы, книги, коллекционирование, знаток футбола и т.д.).

Отдельной и одной из главных тем групповой психотерапии является вопрос психотерапевтического восприятия курортных факторов, процедур. Например, терренкур (дозированная ходьба) это не просто физическая нагрузка. В первую очередь, это общение с природой, физическая дозированная нагрузка с мобилизацией воли, выработка других стереотипов поведения, а именно, трата времени на прогулку, на смену деятельности, на общение с природой. Как не парадоксально, но в наше время является фактом то, что люди жалеют время на физические нагрузки, общение с природой в ущерб своему здоровью. Так что настрой на терренкур представляет собой попытку привить это и продолжать его делать в обычных домашних условиях. Поинтересоваться у больных на группе возможностью устроить себе в родном городе терренкур. Ведь везде его при желании можно сделать. Желательно, чтобы уже на группе каждый больной продумал бы возможность найти свои любимые места для прогулок с шагометром, чтобы в них мог присутствовать и компонент восприятия красоты природы. Необходимо добиваться устойчивого настроения больных на прочувствование волевых усилий, ощущения радости волевых усилий, физической нагрузки. Следует особо акцентировать их внимание на восприятие природы, видеть в ней красоту, целесообразность, гармонию. Здесь уместно поговорить и о ландшафтотерапии. Наблюдая красивейшие ландшафты, постараться увидеть и себя среди этой красоты и гармонии, созерцая их, именно подумать о себе и своей гармонии, душевном настрое, о своем месте в природе и обществе, о своих проблемах, душевных терзаниях. Можно опустить из своей жизни какие-то острые углы (которые часто являются нашим преувеличением и теперь не стоят терзаний), настроить и свою жизнь на гармонию, жизненное естество, именно по аналогии с гармонией и естеством природы. Красота проявления человеческой жизни, что мы понимаем под красотой жизни. Она ведь в чем-то требует и отказа от каких-то благ, где-то и самопожертвования в чем-то, в каких-то проявлениях, особенно в эгоистических тенденциях. В момент восприятия красивого пейзажа, прекрасного уголка природы блекнуть наши мелочные переживания, которые раньше казались такими важными, глав-

ными. Даже в наш электронно-ядерный век нельзя не восхищаться целесообразностью и гармонией природы (горы, долины, реки, растительность и т.д.). Ведь человек такой же при условии, если он не потерял своей сущности, гармонии в эгоистических тенденциях. Именно видеть и созерцать гармонию и целесообразность природы. Общение с животным миром (зоопарки, птицы и животные в парках, домашние животные). Особенно эмоционально действует кормление белок и наблюдение за ними в Кисловодском парке.

Если позволяют условия, то включить в отдельные сеансы музыкотерапию. Но она должна отличаться от обычного прослушивания хорошей музыки, которая погружает человека в определенное эмоциональное состояние, но последствия ее не отличаются длительностью. Музыка производит большое впечатление во время прослушивания, особенно объемного звучания, но ее следует применять в сочетании с другими видами психотерапии, комплексно.

Музыкотерапия, в истинном смысле слова, это, прежде всего, анализ, сравнение душевного эмоционального состояния в обычной жизни с эмоциями, возникшими при прослушивании определенной мелодии. Именно учится улавливать эмоциональное восприятие действительности, явлений человеческой жизни. Обогащение своего душевного мира эмоциональными состояниями определенного характера, определенного музыкально-эмоционального восприятия реальности. Какими были душевное состояние, восприятие действительности у композитора, сочинившего эту музыку. Необходимо, чтобы, слушая музыку, больные сравнивали, анализировали свое душевное состояние, «душевную мелодию», эмоциональную тональность, определяли, какая бы музыка звучала в реальной жизни при их состоянии. Перенос эмоциональных состояний, воспринятых от музыки, в повседневные, эмоциональные состояния. Целью музыкотерапии может быть эмоциональное отреагирование какого-то характера; компенсация этих переживаний, если в них есть дефицит при их реализации в реальной жизни. Завязать дискуссию на группе — характер вашей мелодии жизни, лейтмотив (плавная мелодия, печальная, веселая, озорная, скрежет, леденящий сердце и т.д.), коррекция ее.

На одном из сеансов рассмотреть вопрос: какой характер общения у больных. Поднять вопрос об эмпатии, т.е. способности понимать переживание других людей, приобщаться к их эмоциональному переживанию, сопереживать им. Именно важно формирование установки (т.е. предуготованности) умения понять другого, а не сразу проявлять недоброжелательное отношение, если это не совпадает с нашими взглядами, носит характер замечания, заставляет что-то сделать, противоречит чему-то сложившемуся у одного. Например, возьмем такой банальный, часто встречающийся случай проблемы закрытия входной в корпус двери. Вахтеру приходится просить, напоминать об этом. Люди по себе возмущаются, недовольны такой просьбой, замечанием. Но можно наблюдать случаи, когда тот человек, который был недоволен таким замечанием, стал ждать междугородных переговоров в этом холле, и сам стал возмущаться теми, кто не закрывал двери, так как и ему был неприятен сквозняк. Эти варианты, но в других проявлениях встречаются на каждом шагу жизни. Именно важность понять, войти в положение человека, даже в чем-то проявлять снисхождение в таких ситуациях, зная это явление.

Осознание характера своего участия в общении и возможности произвольно влиять на него. Тренировать у больных на группе умение в общении, проявление и выражение доброты, уважения и т.п. вместо враждебности, недоброжелательности, пренебрежения, которые вызывают соответствующие реакции у окружения, и человек в ответ получает то же самое. В этом вопросе проявляется характер того, как мы живем, что мы несем в свою микросреду, общество. Здесь важно показать элементы игровой психотерапии по различным типам общения. Сильное желание реализовать вымещение своей злобы на других, нервного возбуждения, своих эгоистических тенденций, где в центре стоит не свое достоинство, гордость, а именно нелепый эгоизм. Ведь как выглядит человек, у которого какие-то неприятности, плохое настроение, а он старается разрядиться на других, вовлечь в свое плохое настроение других, желание испортить другим состояние, самочувствие. Так проявляется глупый эгоизм, которым человек наживает плохое отношение к себе других. И все это вместо того, чтобы успокоиться, выпив стакан холодной во-

ды, принять действенное, реальное решение как исправить это положение дел или смириться, понимая, что все не может быть в порядке. Наоборот, другой тип общения с подтекстом доброжелательности, спокойной справедливости и т.д. Проигрывание сцен общения с детьми — учитываем ли мы их детскую фантазию, потребность в душевном отношении, любознательность, неосведомленность во многом, желание узнать то, что нам кажется наивным и простым, а мы начинаем проявлять нетерпение, раздражительность. Даем ли мы им то, что они от нас ожидают. Сцена прихода домой после работы (какой характер общения), сцена выходного дня, какой характер она носит и т.д. Например, особенно часто бывают конфликтные отношения у женщин к своей невестке. Показать все сложности положения молодой жены, матери. Она хочет утвердиться женой, матерью, хозяйкой, однако, чувствуя еще неуверенность, болезненно реагирует на замечания, советы, отстаивая свою самостоятельность. Пусть женщина, имеющая претензии к своей невестке, сыграет ее роль, прочувствует приход матери мужа, которая обо всем судит с подтекстом абсолютной истины, непогрешимости и т.д. Какие претензии она к ней выдвигает, а какова она сама была в те годы. Ведь в практике можно встретить, когда женщина, предъявляя всякие требования к своей невестке, в свои молодые годы ходила как «сонная муха», плохо ухаживала за ребенком и т.д. Важно учитывать в психотерапевтической работе и варианты с пассивно-оборонительными реакциями у женщин, при которых именно они внутренне страдают от мыслей о плохой невестке. Проигрывать и другие, актуальные для группы сцены из повседневной жизни.

Важно дать на группе элементы высшей ступени АТ. Возбудив интерес больных, дать им задание четко себе представить отдельные цвета, знакомые лица, пейзажи. Дать почувствовать насколько полно они помнят детали родных, любимых мест и т.д., преследуя цель, как можно полнее представить себе какой-то вид, детализируя его. Там, где при овладении низшей ступенью АТ хорошо натренирована способность сосредотачивать свое внимание на чем-то одном, выполнение этого задания является легким. Представить себя в спокойствии, удовлетворенности, с внутренним чувством

отдыха и т.д. Представить себя в состоянии возбуждения, аффекта и постараться увидеть важность умения расширить восприятие действительности суженной аффектом, умение на все посмотреть шире. Формировать в представлении образцы поведения в разных ситуациях; как должен вести себя в некоторых типичных ситуациях своей жизни больной, имея определенные установки на действия в подобных ситуациях.

Важным является вопрос психической устойчивости или то, что часто называют душевной мощью — об умении противостоят трудностям жизни, личным коллизиям. Подвести больных к возникновению дискуссии на эту тему в группе. Чем обусловлена эта душевная стойкость? Обратит внимание на такие качества как служение каким-то целям, какому-то делу, твердая убежденность в важности этого дела, признание за этим делом высших ценностей. Идеи стремления также не строятся на каких-то достижениях, а формируются именно в жизни при проявлении человеком определенных качеств.

Психическая устойчивость, стабильность обеспечивается целостным реагированием на жизненную ситуацию в целом и уже через нее на какое-то конкретное дело, какой-то конкретный случай. Именно это придает устойчивость. На что похож человек, какая у него устойчивость, когда он на любое явление жизни реагирует изолированно, как на важнейшее явление, не учитывая всей своей жизненной ситуации. Жизненная ситуация в целом есть тот фундамент, на котором стоит стабильность, которая придает человеку устойчивость во всех случаях жизни. Именно этим обеспечивается внутренняя устойчивость, стабильность. Жизненная ситуация в целом, а не отдельные эгоистические выпады, капризы. Оценка всего того, что имеется у человека, прежде всего, с положительной стороны, -положительного, а потом и отрицательного. Не замыкаться только на отрицательном, опускающая все остальное, как часто бывает у людей, у которых развиваются психогении. Разбирать с больными случаи из жизни, тренировать у них способности реагирования в любой ситуации целостно, на свою жизненную ситуацию в целом, а не на каждый факт в отдельности, разбрасываясь, драматизируя свою жизнь, «делая из мухи слона». Приводить примеры душевной силы, мощи из произведения художественной

литературы, периодической печати. Например, очерк журналиста А-Воробьева в газете «Правда» за 1 августа 1982 года — «Жила-была деревенька», в котором показана душевная сила человека, потерявшего на войне родных, близких, всех жителей деревни. Но он хранил верность им, и до конца своей жизни жил один, на месте расположения бывшей своей родной деревни.

При достаточной психотерапевтической подготовке врача можно на группе в последующем или дополнительно ввести принцип групповой психотерапии, обозначенный в литературе как «здесь и теперь». В таком случае делается упор полностью на процессы, происходящие в группе, избегая анализа прошлого, апелляции к прошлой жизни больных. Целью здесь служит и поощряется атмосфера свободного выражения себя, быть самим собой, выражать свою сущность такой, какой она есть и не вытормаживать условностями присутствия врача, больных. Строить с ними такие межличностные отношения, какие присуще больному. Свободное обсуждение поведения членов группы, свое чувственное впечатление о них. Восприятие высказываний других членов группы доброжелательно, с интересом узнать то, какое впечатление производит на окружение, как воспринимается людьми. Ведь здесь без какого-то умысла скажут правду, так как в реальной жизни желание быть «воспитанным», «культурным», другие условности не дают возможность человеку услышать часто правду о себе от других людей, те впечатления, которые она на них производит в целом, его отдельные чувственные проявления, поступки. Привычки и т.д. Прочувствовать, осознать характер своих межличностных отношений, взаимодействия с людьми в группе («Здесь и теперь»), принятия себя таким, каким является в реальности без механизмов психологической защиты, «очки» желаемости, какое влияние он оказывает на других, какие вызывает в них чувства. Подчеркнуть больным варианты путей, по которым может пойти развитие группы: пассивность, безразличие, антагонизм, проводящей работы, скрытый антагонизм, игра в желание без истинного желания лечиться, или, наоборот, истинное желание работать с целью скорректировать себя до более адекватного своего отношения с окружением. Важно бывает убедить больных быть са-

мим собой, не бояться в чем-то «опозориться», быть смелым и т.д.

Когда произойдет достаточное сближение членов группы, их адаптация в условиях группы, поставить цель — достигнуть в той или иной степени у каждого больного:

1) понимание того, как он выглядит в глазах других больных в группе (высокомерным, сердитым, напряженным, язвительным, эгоистичным, витающим в облаках, легкомысленным, бесчувственным, недостаточно адекватным, резонером и т.д.);

2) Как оценивают те или иные способности его поведения другие — пытаются конкурировать (почему, с какой целью); спорят с ним; не воспринимают его образа поведения, хотя и молчат, но про себя не одобряют; одобряют, но почему, какая у них позиция, что ими руководит;

3) Понимание мотивов своего поведения — почему они ведут себя так, что ими правит — эгоизм, болезненное самолюбие, желание быть в центре внимания, просто из-за принципа упрямства, укрепился такой тип реакции — реагировать на все противоречием, отрицанием и т.д.; именно какие эмоциональные порывы, внутренние тенденции их беспокоили, какого характера испытывают чувство своей неудовлетворенности, неотреагированности (самолюбие, самоутверждение своей значимости, эгоизма, желания блаженства, приподнятости и т.д.). С этой целью время от времени снова и снова ставить цель установки на свободное выражение чувств, внутренних побуждений и оценить эти свои внутренние тенденции, переживания, формировать установку всей группы на поддержку каждому больному в отдельности в этом деле с целью попытки в чем-то скорректировать свое «Я», процессу осознания механизмов своей душевной жизни, что им движет, к чему стремится, какими путями это реализует и т.д. Поощрять повышенный уровень эмоционального реагирования и вовлечь в них личностные конфликты, которые провоцировали бы невротичность.

Важно постоянно анализировать ценностную ориентацию в группе. О чем говорят свободно, с охотой, о чем умалчивают, говорят неохотно.

Очень важна профилактика острых конфликтов в группе, резкое неприятие одним членом другого, часто даже не осо-

знавая почему, реакций негативизма. Острый конфликт может быть на культурально-этической почве, когда возникает у невротической личности возможность утверждать свое «Я», свою утонченность. Если это не присутствует, то может быть негативизм, чувство отвращения, но они не остро проявляются и постепенно человек адаптируется к тому, что есть люди другого уровня культуры, этических взглядов. При возможности он попытался бы их воспитать, свести на нет глубинную личностную реакцию. Острый конфликт по типу отрицания себя в прошлом, или своей микросреды в прошлом. Видит в другом себя в прошлом или проявление своей бывшей микросреды, стыдится этого и дает, не осознавая, выход своим аффектам.

Острый конфликт по подобию, когда другой в чем-то схожий, занимает роль в группе, на которую в тайне желал сам больной, и тогда у него мания отрицания такой роли, такого типа поведения (как несостоявшийся для больного) или только реакция на того человека, отдельные его свойства, проявление. Важно психотерапевтически снимать проявление этих острых конфликтных состояний, давать им адекватный выход, отреагирование.

Просить больных по группе, почаще при оценке других начинать свои высказывания фразами: «Я чувствую...»; «Я почувствовал...»; «У меня возникло ощущение...»; «Меня расстроило...»; «Меня восхитило...» и т.д. То есть, акцент делать на эмоционально-стрессовом восприятии, а не на своих суждениях. Такая форма оценки других делает ее более действенной.

Заключительный сеанс групповой психотерапии провести, анализируя проделанную работу, попросить больных высказаться о том, что они получили полезного, какие темы наиболее близко ими восприняты, что они возьмут с собой в их естественную среду. Не огорчаться, если будут и отрицательные высказывания, так как это может быть вызвано тем, что у больных было занято их «Я», но не произошла перестройка, осознания своей сущности в каком-то вопросе с возникновением желания измениться; отказаться от чего-то в своей жизни. Групповая психотерапия позволяет охватить в курортных условиях и психическую сферу больного, которая интересна и увлекательная для врача при условии, если

он проведет 2-3 раза полный курс групповой психотерапии. В чем-то у врачей вырабатывается свой почерк проведения коллективно-групповой психотерапии. Допустима вариация тем, содержания сеансов групповой психотерапии. Естественно, что вся эта работа должна проводиться под методическим руководством врача-психотерапевта санатория.

Одна из важнейших задач курортной психотерапии — это подготовка к жизни в естественных условиях человека на другом, более полноценном уровне, изменение качества внутренней жизни, повышение эффективности жизни. Здесь важен анализ поведения человека в естественной среде, научить его смотреть на свои действия как бы со стороны, проведение элементов семейной психотерапии, налаживание полноценной жизнедеятельности (см. соответствующие главы в книге).

Важнейшую роль в комплексном лечении больных в курортных условиях должна играть гипнотерапия. Проведение сеансов гипнотерапии может освоить каждый врач, подготовившись соответствующим образом под руководством курортного психотерапевта. В дальнейшем пройти и цикл усовершенствования по психотерапии для более углубленного изучения гипнотерапии и психотерапии в целом. Важнейший и наиболее используемый метод погружения в гипнотическое состояние — словесное погружение.

Литература

- Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных. 2-е изд., перераб. и доп. М., Медицина, 1988.
- Адлер А.* Практика и теория индивидуальной психотерапии. /Пер. с нем. М., 1995.
- Александров А.А.* Современная психотерапия. СПб., 1997.
- Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. М., Ростов-на-Дону, 1997.
- Алексеев А.В.* Психомышечная тренировка — метод психической саморегуляции. М., 1979.
- Алексейчик А.Е.* Интенсивная терапевтическая жизнь // Независимый психиатрический журнал. 1999. № 1. С. 26—34; № 2. С. 45—52.
- Альтшулер В.Б.* Патологическое влечение к алкоголю: Вопросы клиники и терапии. М.: Имидж, 1994.
- Анохин П.К.* Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М.: Медицина, 1968, с. 548.
- Ассаджоли Р.* Психосинтез: теория и практика. М.: REFL-book, 1994.
- Бабаян Э.А.* Актуальные задачи организации наркологической помощи // Патогенез, клиника, лечение алкоголизма. М., 1976. С. 8-11.
- Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми / Под. ред. Э.Г.Эйдемиллера. СПб., 1998.
- Банщиков В.М. С.С. Корсаков 1854—1900 (жизнь и творчество).* М.: ВНМОНИП, 1967.
- Баскаков В.* Танатотерапия — искусство жизни. М., 1996.
- Безносок Е.В., Кучинов А.И., Юртов О.В.* Психотерапия с использованием метода акустической трансмодуляции суггестивной вербальной информации на бессознательном уровне // Вестник последипломного медицинского образования. М., 1999. С. 37.
- Бек А.* Техники когнитивной психотерапии // Моск. психотерап. журн. 1996. № 3. С. 49-68.
- Беляев Г.С., Лобзин В.С., Копылова И.А.* Психогигиеническая саморегуляция. Л., 1997.
- Бендлер Р., Гриндер Дж.* Структура магии: В 2 т. СПб., 1993.
- Бендлер Р., Гриндер Дж., Сатир В.* Семейная терапия. СПб., 1993.
- Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В.* Методика многостороннего изучения личности в клинической медицине и психогигиене. М., 1976. С. 186.

- Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Библиотека психологии и психотерапии под редакцией В.В.Макарова и Б.И.Хасана. Красноярск.; Фонд Ментального Здоровья, 1995.
- Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. Л., 1992.
- Берн Э.* Трансакционный анализ и психотерапия. СПб., 1994.
- Бернгейм И.* О гипнотическом внушении и применении его к лечению болезней. Пер. с франц. Ч. I. Одесса, 1888.
- Бехтель Э.Е.* Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Медицина, 1986.
- Бехтерев В.М.* Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. СПб., 1911.
- Бехтерев В.М.* Лечение алкоголиков // Прожектор. 1928. № 1.
- Бехтерев В.М., Срезневский В.В.* Новый метод коллективного лечения больных хроническим алкоголизмом // Совр. психоневрология. 1928. № 6. С. 103-104.
- Блейлер Е.* Аутистическое мышление. Пер. с нем. Одесса, 1927.
- Блейлер Е.* Руководство по психиатрии. Пер. с нем. Берлин, 1920.
- Блум Т.* Психоаналитические теории личности. М.: Академический Проект, 1999.
- Борисенко С.А., Павлов И.С.* Влияние фармакологических веществ на мозговые структуры положительного подкрепления (МСПП) разного уровня // Фундаментальные проблемы фармакологии: Тезисы 2-го Съезда Российского научного общества фармакологов. Ч. 1. 2003. С. 74.
- Броди Е.* Индивидуальные изменения поведения больных шизофренией под влиянием психотерапии // Вестник АМН СССР. 1971. № 5. С. 93-95.
- Буль П.И.* Основы психотерапии. Л., 1974.
- Бурно А.А., Бурно М.Е.* Краткосрочная терапия творческим рисунком (к терапии творческим самовыражением): Учебное пособие. М.: ЦИУ врачей, 1993.
- Бурно М.Е.* Клиническая психотерапия. М., 2000.
- Бурно М.Е.* О личностях, особенно предрасположенных к алкоголизму. Автореф. канд. дисс. М., 1969.
- Бурно М.Е.* Терапия (профилактика) творческим самовыражением: Методические рекомендации МЗ СССР. М., 1988.
- Бурно М.Е.* Терапия творческим самовыражением. М.: Медицина, 1989 (2-е изд., испр. и доп. М.: Академический Проект, 1999).
- Бурно М.Е., Гоголевич Т.Е.* Краткосрочная терапия творческим самовыра-

- жением пациентов с шизоидной и психастенической психопатиями: Пособие для врачей. М.: МЗ и МП РФ, 1996.
- Бурно М.Е., Зуйкова Н.Л.* Творческое самовыражение при психотерапии психопатических личностей: Пособие для врачей. М.: МЗ РФ, РМАПО, 1997.
- Бурно М.Е., Некрасова С.В.* Краткосрочная терапия творческим самовыражением дефензивно-шизотипических пациентов. Пособие для врачей. М.: МЗ РФ, РМАПО, 1998.
- Буянов М.И.* Психический инфантилизм (краткая история и современное состояние проблемы) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1971. № 10. С. 15-79.
- Валентик Ю.В.* Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. // Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. М.: Российский благотворительный фонд «НАН». С. 191-206.
- Василенко В.Х.* Вопросы врачевания // Тер. архив. 1973. С. 117.
- Васильченко Г.С.* (ред). Общая сексопатология. М.: Медицина, 1977. С. 487.
- Василюк Ф.Е.* От психологической практики к психотехнической теории // Москов. психотерап. журнал. 1992. № 1. С. 15-32.
- Введенский И.Н.* О методах амбулаторного лечения алкоголизма // Труды I Всероссийского съезда по борьбе с пьянством. СПб., 1910. С. 1317-1330.
- Вельвовский И.З., Платонов К.И., Плотицер В.А., Шагам Э.А.* Психопрофилактика болей в родах. Лекции для врачей-акушеров. Л., 1954.
- Вельвовский И.З.* Психотерапия в общей (соматической) медицине // Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1969. Т. 3. С. 274—279.
- Вертоградова О.П.* Депрессия как общемедицинская проблема // Медицина для всех (врачам и пациентам). 1997. № 2(4). С. 2-9.
- Вид В.Д.* Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб., 1993.
- Виш И.М.* Практическая психотерапия. Воронеж, 1969.
- Воловик В.М., Вид В.Д., Днепровская С.В., Гончарская Т.В.* Групповая психотерапия психически больных // Методические рекомендации МЗ СССР. М., 1983. С. 39.
- Вольперт И.Е.* Психотерапия. Л., 1972.
- Воскресенский Б.А.* Психиатрия, психотерапия, религия (некоторые вопросы теории и практики) // Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия: II Консторумские чтения (27.12.1996). Приложение к Независимому психиатрическому журналу. М.: Изд-во НПА, 1997. С. 11-15.
- Вотчал Б.Е.* Взаимоотношение психики и соматики в клинике внутрен-

- них болезней // Роль психических факторов в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М., 1972. С. 79.
- Вяземский И.В.* Алкоголизм и лечение его гипнотическим внушением // Ж. Невропатология и психиатрия им. С.С.Корсакова. 1904. № 1—2.
- Ганнушкин П.Б.* Избранные труды. М., Медицина, 1964.
- Ганнушкин П.Б.* Клиника психопатий. М., 1933. С. 143.
- Гиляровский В.А.* О психотерапии на коллективах невротиков, как особом методе, проводимом в Донской невропсихиатрической лечебнице // Москов. медиц. журн. 1926. № 7. С. 55-61.
- Гройсман А.Л.* Коллективная психотерапия. М.: Медицина, 1969.
- Гроф С.* За пределами мозга. 3-е издание. М.: Институт трансперсональной психологии; Издательство института психотерапии, 2000,
- Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975.
- Групповая психотерапия / Под редакцией Б.Д.Карвасарского, С.Ледера. М.: Медицина, 1990.
- Гуревич М.О., Серейский М.Я.* Учебник психиатрии. М., 1946.
- Давыдовский И.В.* Проблемы причинности в медицине (этиология). М.: Медгиз, 1962.
- Данилевский В.Я.* Гипнотизм. Харьков, 1924.
- Дворкин Э.М.* К методике психотерапевтической работы с женами больных половыми расстройствами // Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967. С. 452—455.
- Дежерин Ж., Гоклер Е.* Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией. Пер. с франц. М.: Космос, 1912.
- Дембо А.М.* К методике применения гипнотического внушения на фоне акупунктуры // Психотерапия в курортологии. Харьков: Здоровья, 1966. С. 256—257.
- Дериев А.Я.* Опыт моделирования дозированного употребления алкоголя при алкоголизме // Вопросы ментальной медицины и экологии. 1996. Т. 99. № 2. С. 70—74.
- Дмитриева Т.Б., Положий Б.С.* Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1994. № 2. С. 39-49.
- Днепровская С.В.* Групповая психотерапия при затяжных депрессивных состояниях // Восстановительная терапия психически больных. Л., 1977. С. 80—89.
- Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А.* Дифференцированная система реабилитации в наркологии // Методические рекомендации МЗ РФ. М., 2001.

- Дюбуа П.* О психотерапии. М., 1913.
- Дюбуа П.* Психоневрозы и их психическое лечение. Пер. с франц. СПб., 1912.
- Егоров Б.Е.* Клинический психоанализ и «обыденный» психоанализ // Успехи теоретической и клинической медицины. Вып. 2. М., 1997. С. 101-102.
- Жане П.* Неврозы. Пер. с франц. М.: Космос, 1911.
- Жислин С.Г.* О шизоидных и синтонных алкоголиках // Вопросы наркологии. 1928. № 2. С. 35.
- Жислин С.Г.* Очерки клинической психиатрии: Клинико-патогенетические зависимости. М.: Медицина, 1965.
- Завьялов В.Ю.* Музыкальная релаксационная терапия. Практическое руководство. Новосибирск, 1995.
- Завьялов В.Ю.* Необъявленная психотерапия. Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии под редакцией профессора В.В.Макарова. М.: Академический Проект, 1999.
- Захаров А.И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л.: Медицина, 1982.
- Здравосмыслов В.И.* Опыт применения гипноза в акушерстве и гинекологии. Л., 1930.
- Зеневич Г.В., Либих С.С.* Психотерапия алкоголизма. Л., 1965.
- Зуйкова Н.Л.* Краткосрочная терапия творческим самовыражением шизоидных личностей с семейными конфликтами. Автореф. канд. дисс. М.: Минздрав РФ, РМАПО, 1998.
- Иванец Н.Н., Игонин А.Л.* Клиника алкоголизма // Алкоголизм (Руководство для врачей) /Под ред. Г.В.Морозова, В.Е.Рожнова, Э.А.Бабаяна. М.: Медицина, 1983. С. 75-149.
- Иванов Н.В.* О построении мотивированных внушений при психотерапии алкоголизма // Алкоголизм. М., 1959. С. 307—315.
- Иванов Н.В.* Психотерапия в условиях психоневрологического диспансера. М.: Минздрав РСФСР, 1959.
- Исурина Г.Л.* Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и основные тенденции ее развития // Психотерапия: от теории к практике. СПб., 1995. С. 81-87.
- Кабанов М.М.* Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1978.
- Каган В.Е.* Аутизм у детей. Л., 1981.
- Казаковцев Б.А.* Организация психиатрической помощи. М., 1996.
- Каландарашвили А.С., Лебединский М.С., Бортник Т.Л. и др.* Из опыта работы психотерапевтического отделения больницы // Шестой Всесо-

- юзный съезд невропатологов и психиатров. М., 1975. Т. 1. С. 482—487.
- Камерон-Бэндлер Л.* С тех пор они жили счастливо. Калифорния, 1985.
- Каннабих Ю.В.* История психиатрии. М.: Госмедиздат, 1929.
- Каннабих Ю.В.* Циклотимия, ее симптоматология и течение. М., 1914.
- Канторович Н.В.* Психогении. Ташкент, 1967.
- Каравирт К.А.* Комплексная психотерапия истерического невроза в зависимости от личностных особенностей. Автореф. канд. дисс. М., 1980.
- Карвасарский Б.Д.* Медицинская психология. Л.: Медицина, 1982. С. 272.
- Карвасарский Б.Д.* Неврозы (Руководство для врачей). М.: Медицина, 1980. С. 448.
- Карвасарский Б.Д.* Неврозы. М., 1990.
- Карвасарский Б.Д.* Психотерапия. М.: Медицина, 1985.
- Кербиков О.В.* Избранные труды. М.: Медицина, 1971.
- Киппер Д.* Клинические ролевые игры и психодрама. М., 1993.
- Клейнзорге Х., Клюмбиес Г.* Техника релаксации. Пер. с нем. М., 1965.
- Козлов В.В., Майков В.В.* Основы трансперсональной психологии: Истоки, история, современное состояние. М.: Изд-во Института трансперсональной психологии, 2000.
- Колосов В.П.* Трансперсональная психотерапия // *М.Е.Бурно.* Справочник по клинической психотерапии. М., 1995. С. 64-74.
- Кондрашенко В.Т., Донской Д.И.* Общая психотерапия. Минск, 1993.
- Консторум С.И.* Опыт практической психотерапии. М., 1959.
- Консторум С.И.* Опыт практической психотерапии. М., 1962.
- Консторум С.И.* Учебник психиатрии. М.—Л., 1935.
- Корень С.В.* Клинический вариант психотерапии алкогольной зависимости // Клиническая психотерапия. Приложение к «Независимому психиатрическому журналу». М., 2000. С. 30-31.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.* Социодинамическая психиатрия. Новосибирск: НГПУ, 1999.
- Корсаков С.С.* Курс психиатрии. М., 1893.
- Кочюнас Р.* Основы психологического консультирования. Пер. с лит. М.: Академический Проект, 2000.
- Кратохвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. М., 1991.
- Кроль Л.М.* Между живой водой и мертвой: Практика интегративной психотерапии. М.: Класс, 1998. (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 50).
- Кроль Л.М., Михайлова Е.Л.* Человек-оркестр. Микроструктура общения. М., 1993.

- Куэ Э. Школа самообладания путем сознательного (преднамеренного) самовнушения. Н. Новгород, 1929.
- Лебединский М.С. Очерки психотерапии. 2-е изд. М., 1971.
- Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. Л.: Медицина, 1966.
- Либих С.С. Коллективная психотерапия неврозов. Л.: Медицина, 1974.
- Линдеман Х. Аутогенная тренировка. Путь к восстановлению здоровья и работоспособности. М., 1980.
- Литвак М.Е. Неврозы. Ростов-на-Дону, 1993.
- Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1979.
- Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка. Л., 1986.
- Лутэ В. Аутогенная тренировка с применением обратной связи // Психическая саморегуляция. Вып. 2. Алма-Ата, 1974. С. 61-67.
- Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. М.: Академический Проект, 1999.
- Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Академический Проект, 2000.
- Макаров В.В. Некоторые принципиальные вопросы современной психотерапии // Материалы международной конференции психиатров. М., 1998. С. 218-219.
- Макаров В.В. Психически активные вещества в повседневной жизни человека. М., 1997.
- Макаров В.В. Психотерапия нового века. М., 2001.
- Мельников Ю.В., Покровский Ю.Л. Эмоционально-стрессовое воздействие // Успехи теоретической и клинической медицины. Вып. 2. М., 1997. С. 104-105.
- Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
- Минутко В.Л. Рациональная психотерапия. СПб.— Иваново, 2000.
- Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. М., 1998.
- Мурзенко В.А. Групповая психотерапия при неврозах // Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975. С. 77—83.
- Мюллер-Хегеманн Д. К теории и практике аутогенной тренировки // Журн. невропатол. и психиатр. им. Корсакова. 1962. № 10. С. 1517.
- Мягер В.К. Дизэнцефальные нарушения и неврозы. Л.: Медицина, 1976.
- Мягер В.К., Мишина Т.М. Семейная психотерапия // Руководство по психотерапии. 2-е изд. (под ред. В.Е.Рожнова). Ташкент: Медицина УзССР, 1979. С. 297—310.
- Мяжков И.Ф. Психотерапия. М., 1967.

- Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л.: Изд. Ленингр. ун-та, 1960.
- Мясищев В.Н.* Психология отношений. М.—Воронеж, 1995.
- Назыров Р.К.* Российская психотерапевтическая ассоциация: организационные основы, цели и задачи деятельности // Психотерапия: от теории к практике. СПб., 1995. С. 75—81.
- Некрасова С.В.* Краткосрочная терапия творческим самовыражением пациентов с дефензивно-малопрогрессирующими шизофреническими расстройствами. Автореф. канд. дисс. М.: МЗ РФ, РМАПО, 1999.
- Новиков Е.М.* Клиника, лечение и профилактика хронического алкоголизма, развивающегося у лиц с истерическими характерологическими проявлениями // Методические рекомендации МЗ СССР / Под ред. д.м.н. Н.Н.Иванца, 1977.
- Норакидзе В.Г.* Типы характера и фиксированная установка. Тбилиси, 1966.
- Носачев Г.Н.* Введение в психотерапию. Самара, 1997.
- Озерецковский Д.С.* Навязчивые состояния. М., 1950.
- Павлов И.П.* Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных: Сборник статей. М.—Л., 1938.
- Павлов И.С.* Алкогольная установка, ее структура, особенности и механизмы психологической защиты у больных хроническим алкоголизмом (Методические указания МЗ РФ). М., 1980.
- Павлов И.С.* Информационность электропечатных энцефалографических изменений при оценке временных интервалов // Материалы VII Всесоюзной конференции по электрофизиологии центральной нервной системы. Каунас, 1976. С. 384.
- Павлов И.С.* К вопросу о применении аутогенной тренировки (АТ) в лечении больных хроническим алкоголизмом // Психическая саморегуляция. Вып. 2. Алма-Ата, 1974. С. 192-194.
- Павлов И.С.* Клинико-психотерапевтические основы алкогольной зависимости. Методические рекомендации МЗ РФ. М., 1999.
- Павлов И.С.* Клинико-терапевтические основы изучения алкогольной зависимости // Материалы XIII съезда психиатров России. М.: РОП, 2000. С. 259.
- Павлов И.С.* Коллективная психотерапия больных алкоголизмом в бодрствующем состоянии (Методические указания МЗ СССР). М., 1975.
- Павлов И.С.* Коллективная эмоционально-стрессовая психотерапия больных алкоголизмом в бодрствующем состоянии // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е.Рожнова. Ташкент, 1986.

- Павлов И.С.* Комплексная психотерапия больных хроническим алкоголизмом в зависимости от личностных особенностей // Журнал невропатологии и психиатрии. 1980. № 4.
- Павлов И.С.* Методические аспекты рациональной психотерапии в процессе лечения больных хроническим алкоголизмом (Методические указания МЗ СССР). М., 1982.
- Павлов И.С.* Методические рекомендации по эмоционально-стрессовой психотерапии в условиях курорта (Методические указания МЗ СССР). М., 1983.
- Павлов И.С.* Некоторые вопросы психотерапии хронического алкоголизма // Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма и неврозов. М., 1974. С. 19-21 (труды ЦОЛИУВ, т. 182).
- Павлов И.С.* Подходы к построению психотерапевтического процесса в клинике невротических расстройств и расстройств личности и поведения у взрослых. Методические рекомендации МЗ РФ. М., 2001.
- Павлов И.С.* Психотерапевтическая тактика по выработке трезвеннической установки у больных хроническим алкоголизмом (Методические указания МЗ СССР). М., 1976.
- Павлов И.С.* Семейная психотерапия в клинике пограничных состояний и алкоголизма. Учебное пособие. М., 1997.
- Павлов И.С.* Систематическое пьянство как этап формирования хронического алкоголизма // 4-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. М., 1980. Т. 2. С. 219-222.
- Павлов И.С.* Трезвенник как главная цель при лечении больных хроническим алкоголизмом. Учебное пособие. М., 1997.
- Павлов И.С.* Трезвеннический образ жизни как главная цель при лечении больных алкоголизмом (Методические указания МЗ СССР). М., 1984.
- Павлов С.И.* Семейная психотерапия в комплексной системе реабилитации больных хроническим алкоголизмом (Методические указания МЗ СССР). М., 1979.
- Павлов И.С.* Пути развития и преподавания психотерапии // Психотерапия. 2003. № 9. С. 33.
- Павлов И.С.* Трезвенник — главная цель лечебно-реабилитационного процесса в наркологии // 1-ая Московская научно-практическая конференция по вопросам реабилитации и психотерапии в наркологии». М., 2002. С. 110.
- Павлов И.С.* Биологические основы психической деятельности // Молодое поколение в современном обществе: процессы социализации, адаптации, реабилитации. Пермь, 2003. С. 64.

- Павлов И.С.* Астенический синдром в клинике сердечно-сосудистой патологии и принципы его лечения // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. Вып. 3. М., 2005. С. 31.
- Павлов И.С.* Сердечно-сосудистые заболевания как психосоматические заболевания // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. Вып. 3. М., 2005. С. 34.
- Павлов И.С.* Психотерапия XXI века: от человека с алкогольной зависимостью к трезвеннику // Наркология. 2005. № 8. С. 64.
- Панков Д.В.* Рациональная и разъяснительная психотерапия // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985. С. 188-212.
- Панков Д.В.* Рациональная психотерапия. М.: Изд. ЦОЛИУВ, 1971.
- Панов А.Г., Беляев Г.С., Лобзин В.С., Копылова И.А.* Аутогенная тренировка. Л.: Медицина, 1973.
- Пезешкян Н.* Психосоматика и позитивная психотерапия. М., 1996.
- Пезешкян Н.* Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия. Пер. с нем. М.: Прогресс, 1992.
- Перекрестов И.М.* Аутогенная (нейрососудистая) тренировка в клинике нервных болезней // Вопросы психотерапии. М., 1966. С. 60.
- Петровская Л.А.* Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. М.: МГУ, 1982.
- Петрушин С.В.* Психологический тренинг в многочисленной группе. М., 2000.
- Платонов К.И.* Слово, как физиологический и лечебный фактор. 3-е изд. М.: Медгиз, 1962.
- Покровский Ю.Л., Мельников Ю.В.* Приемы имагогики в лечении больных с психосоматическими расстройствами // Успехи теоретической и клинической медицины. Вып. 2. М., 1997. С. 115-116.
- Полишук Ю.И., Гурвич В.Б., Зозуля Т.В.* Психотерапия в сочетании с фармакотерапевтическим воздействием у больных малопрогредиентной шизофренией. Методические рекомендации МЗ РСФСР. М., 1990.
- Попов Ю.В., Вид В.Д.* Клиническая психиатрия. СПб., 1996.
- Портнов А.А., Пятницкая И.Н.* Клиника алкоголизма. Л.: Медицина, 1971.
- Психотерапевтическая энциклопедия / Под редакцией Б.Д.Карвасарского. СПб—М.—Харьков—Минск, 1998.
- Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б.Д.Карвасарского. СПб., 1999.
- Психотерапия и духовные практики. Подход Запада и Востока к лечебному процессу. Минск, 1998.
- Психотерапия / Под. ред. Б.Д.Карвасарского. СПб., 2000.

- Психотерапия: новая наука о человеке / Ред.-сост. А.Притц. Екатеринбург: Деловая книга, 1999.
- Психотерапия: от теории к практике // Материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. СПб., 1995.
- Пятницкая И.Н.* Наркомании: руководство для врачей. М.: Медицина, 1975.
- Райков В.Л.* Биоэволюция и совершенствование человека. Гипноз, сознание, творчество, искусство. М., 1998.
- Райх В.* Анализ личности. М.—СПб., 1999.
- Ричардсон Р.* Семейная психотерапия. М., 1992.
- Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.
- Рожнов В.Е., Бурно М.Е.* К вопросу о клинической психотерапии и ее отношении к проблеме бессознательного // Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма и неврозов. М.: ЦОЛИУВ, 1976. С. 30—38.
- Рожнов В.Е.* (ред.) Руководство по психотерапии. Изд. 2-е. Ташкент: Медицина Уз. ССР, 1979.
- Рожнов В.Е.* Гипнотерапия // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985. С. 156-188.
- Рожнов В.Е.* Лекции по психотерапии. М., 1971.
- Рожнов В.Е.* Методические указания по коллективной эмоционально-стрессовой методике гипнотерапии алкоголизма. М.: МЗ СССР, 1975.
- Рожнов В.Е.* Терапевтическая эффективность лечебного внушения в удлиненном гипнотическом сне // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1953. № 6. С. 462—464.
- Рожнов В.Е.* Эмоционально-стрессовая психотерапия // Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. 1981. С. 285—288.
- Рожнов В.Е., Бурно М.Е.* Учение о бессознательном и клиническая психотерапия: постановка вопроса // Бессознательное. Природа функции. Методы исследования. Тбилиси, 1978. Т. 2. С. 346—353.
- Рожнов В.Е., Бурно М.Е.* Гипноз и «психологическая защита» (предварительное сообщение) // Вопросы психотерапии алкоголизма и неврозов / Под ред. В.Е.Рожнова. М.: ЦОЛИУВ, 1976. Вып. 2. С. 60-70.
- Ромэн А.С.* Самовнушение и его влияние на организм. — Алма-Ата, 1970.
- Росси Э.Л.* Взаимоотношения сознания и тела и новый язык человеческих возможностей // Эволюция психотерапии. Т.4. Иные голоса. М.: Класс, 1998.
- Рохлин Л.Л.* Соотношения биологического и социального в клинике психопатий // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1974. Вып. 11. С. 1672-1680.

- Рудестам К.* Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. М.: Прогресс, 1993.
- Руководство по психотерапии / Под редакцией В.Е.Рожнова. Ташкент: Медицина, 1985.
- Рыбаков Ф.Е.* Душевные болезни. М., 1917.
- Савенко Ю.С.* Феноменология как преодоление дилеммы «сциентизм — антисциентизм» (значение и судьба феноменологии в психиатрии) // Пути обновления психиатрии: Материалы IV съезда НПА / Под ред. Ю.С.Савенко. М.: Литература и политика, 1992. С. 122-129.
- Свидро Н.Н.* О совместном использовании цветового и музыкального воздействия для лечения больных невротической депрессией // Вестник последипломного медицинского образования. М., 1999. С. 65.
- Святощ А.М.* Женская сексопатология. М.: Медицина, 1974.
- Святощ А.М.* Неврозы. М., 1997.
- Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном (уроки гипноза). М., 1994.
- Семке В.Я., Аксенов М.М.* Пограничные состояния. Региональные аспекты. Томск, 1996.
- Семке В.Я., Аксенов М.М., Платонов Д.Т.* Аффективные расстройства невротического круга // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 3. С. 101.
- Селье Г.* Стресс без дистресса. Пер. с англ. М., 1979.
- Сергеев И.И.* Психофармакотерапия невротических расстройств // Психиатрия и психофармакология. 2003. № 6.
- Сикорский И.А.* Всеобщая психология с физиогномикой. Киев, 1912.
- Сикорский И.А.* Ненормальные и болезненные характеры // Сборник научно-литературных статей по вопросам общественной психологии, воспитания и нервно-психической гигиены в пяти книгах. Книга 3-я. Киев—Харьков: Южно-русское книгоиздательство Ф.А.Иогансона, 1990. С. 70-99.
- Слободяник А.П.* Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1982.
- Слуцкий А.С.* Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия в клинике пограничных состояний. М.: ЦОЛИУВ, 1984.
- Смирнов В.Е.* О психотерапии при алкогольных психозах // Успехи теоретической и клинической медицины. Вып. 2. М., 1997. С. 112-113.
- Смулевич А.Б.* Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М.: Медицина, 1987.
- Смулевич И.И., Дубницкая Э.В.* Расстройства личности: клиника и терапия // Психиатрия и психофармакология. № 6. С. 228.

- Снежневский А.В.* (ред.). Руководство по психиатрии: В 2 т. М.: Медицина, 1983.
- Снежневский А.В.* Психоневрозы // Энциклопедический словарь военной медицины. Т. 4. М.: Медицина, 1948.
- Сосланд А.И.* Фундаментальная структура психотерапевтического метода, или Как создать свою школу в психотерапии. М.: Логос, 1999.
- Стрельчук И.В.* Об основных направлениях лечения больных хроническим алкоголизмом // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. Т. 1. М., 1973. С. 3-8.
- Стрельчук И.В.* Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М.: Медицина, 1966; 2-е доп. изд-е. 1973.
- Сумбаев И.С.* К теории и практике психотерапии. Иркутск, 1946.
- Суханов С.А.* Патологические характеры (очерки по патологической психологии). СПб., 1912.
- Суханов С.А., Ганнушкин П.Б.* К учению о навязчивых идеях // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1902. Вып. 3. С. 399-416.
- Сухарева Т.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. М., 1959.
- Тарасов Г.К.* Роль психотерапии в комплексном лечении при некоторых формах шизофрении // Вопросы психотерапии / Под ред. Г.В.Морозова и М.С.Лебединского. Вып. 3. М., 1973. С. 232—237.
- Ташлыков В.А.* Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1981.
- Ташлыков В.А.* Психология лечебного процесса. Л., 1984.
- Телесно-ориентированная психотерапия. Хрестоматия / Автор-сост. Л.С.Сергеева. СПб., 2000.
- Телешевская М.Э.* Наркопсихотерапия при неврозах. Л., 1969.
- Телешевская М.Э.* Наркопсихотерапия // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1979. С. 275-283.
- Токарский А.А.* Лечение пьянства внушением. Дневник 6-го съезда Общества русских врачей в память Н.И.Пирогова. Киев, 1896.
- Токарский А.А.* Терапевтическое применение гипнотизма. М., 1890.
- Трубецкой В.Ф.* Изучение клинической эффективности методики краткосрочной многофакторной психотерапии при лечении дистимий у геронтологических пациентов // Вопросы ментальной медицины и экологии. 2000. Т. 6. № 2.
- Тукаев Р.Д.* Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение). Уфа, 1996.
- Узнадзе Д.Н.* Психологические исследования. М., 1966. С. 450.
- Уолш Р.* Основания духовности. М., 2000.

- Успенский А.Н.* О лечении пьянства гипнотическими внушениями // *Врач.* 1894. № 22. С. 693.
- Психотерапия. Учебник / Под ред. Б.Д.Карвасарского.* СПб.: Питер, 2000.
- Фаррели Ф., Брандсма Дж.* Провокационная терапия. Екатеринбург, 1996.
- Фейгенберг И.М.* Мозг, психика, здоровье. М., 1972.
- Филатов А.Т.* Аутогенная тренировка. Киев, 1979.
- Филатов А.Т., Мартыненко А.А., Мартыненко В.К., Паламарчук В.М., Кравцов В.Г.* Методы малой психотерапии // *Филатов А.Т., Мартыненко А.А., Мартыненко В.К. и др.* Малая психотерапия на курорте / Под ред. А.Т.Филатова. Киев: Здоров'я, 1983. С. 31-37.
- Форель А.* Гипнотизм или внушение и психотерапия. Пер. с нем. Л., 1928.
- Франкл В.* Человек в поисках смысла. Пер. с англ. и нем. М.: Прогресс, 1990.
- Фрейд З.* Введение в психоанализ. Лекции. М., 1989.
- Фрейд З.* Лекции по введению в психоанализ. Т. 2. М.—СПб., 1922.
- Фрейд З.* Психоаналитические этюды. Минск, 1991.
- Фрейд З.* Толкование сновидений. М., 1991.
- Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности. М., 1994.
- Фромм Э.* Миссия Зигмунда Фрейда. М., 1996.
- Фромм Э.* Природа благополучия // *Психотерапия и духовные практики: Подход Запада и Востока к лечебному процессу / Состав. В.Хохлов; пер. с англ. Н.В. фон Бока.* М.: Вида-Н, 1998. С. 101-116.
- Хавин А.Б.* О парадоксах отношения к психоанализу и почему актуальна книга Дж. Блюма // *Блюм Д.* Психотерапевтические теории личности. М., 1999.
- Харрис Т.А.* Я благополучен — Ты благополучен // *Библиотека психологии и психотерапии / Под ред. Макарова В.В. и Хасана Б.И.* Красноярск, 1993.
- Холл Д.А.* Юнгианское толкование сновидений. Практическое руководство. СПб., 1996.
- Холмогорова А.Б.* Психотерапия шизофрении за рубежом // *Московский психотерапевтический журнал.* 1993. № 1. С. 77-112.
- Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М., 1993.
- Чаргейшвили Ю.П.* Психотерапевтические проблемы в кардиологии // *7-й Всесоюзн. съезд невропатологов и психиатров.* Т. III. М., 1981. С. 298—300.
- Чуркин А.А.* Место психотерапии в новой концепции охраны психического здоровья // *Психотерапия: от теории к практике.* СПб., 1995. С. 21-25.

- Шарко Ж.М.* Клинические лекции по нервным болезням. Харьков, 1885.
- Шевченко Ю.С., Добридень В.П.* Онтогенетически-ориентированная психотерапия. Тюмень, 1998.
- Шерток Л.* Гипноз. М.: Медицина, 1992. С. 224.
- Шерток Л., Соссюр Р. де.* Рождение психоаналитика. От Месмера до Фрейда. М., 1991.
- Шкловский В.М.* Заикание. М., 1994.
- Шубина Н.К.* Клинические особенности компенсаций и декомпенсаций при психопатии тормозимого типа. Диссертация. М., 1965.
- Шэнь Фу.* Шесть записок о быстротечной жизни. Пер. с кит. К.И.Голыгиной. М.: Наука, 1990.
- Щеглов Л.М.* Неврозы и сексуальные расстройства. СПб., 1996.
- Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. СПб., 1999.
- Эллис А.* Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают // Моск. психотерап. журн. 1994. № 1. С. 7-47.
- Энтин Г.М.* Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990.
- Эрикссон М.* Гипнотическая техника «рассеивания» для коррекции симптомов и облегчения боли // Моск. психотерап. журн. 1992. № 1. С. 97-122.
- Эрикссон М., Росси Э., Росси Ш.* Гипнотические реальности: Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения. М., 1999.
- Юдин Т.И.* Очерки истории отечественной психиатрии. М.: Медгиз, 1951.
- Юнг К.* Аналитическая психология. СПб., 1994.
- Юнг К.Г.* Воспоминания, сновидения, размышления. Киев: Air Zand, 1994.
- Ялом И.* Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. М., 1997.
- Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия. Пер. с англ. Т.С.Драбкиной. М.: Класс, 1999.
- Яроцкий А.И.* Идеализм как физиологический фактор. Юрьев: Императ. Юрьевский университет, 1908.
- Ясперс К.* Общая психопатология. М.: Практика, 1997.
- Ясперс К.* Собр. соч. по психопатологии: В 2 т. М.: ИЦ «Академия»; СПб.: Белый Кролик, 1996.
- Alexander F.* Psychosomatic medicine. N.Y., 1950.
- Alexander F.* The dynamics of psychotherapy in the light of learning therapy // Inter. J. of Psychiatry. 1965. Vol. I. N. 2. P. 189-197.
- Autogenic therapy / Ed. W. Luthe. New York; London: Grune and Stratton, 1969-1974. Vol. 1-6.

- Balint M., Ornstein P. H., Balint E.* Focal psychotherapy. London, 1972.
- Bandura A.* Principles of behavior modification. N.Y.: Holt, 1969.
- Bandura A.* Social learning theory. Englewood cliffs. N.Y.: Prentice Hall, 1977.
- Beck A.T.* Cognitive therapy and emotional disorders. N.Y.: International University Press, 1976.
- Behaviour therapy and the neuroses / Ed. H. J. Eysenck. London: Pergamon Press, 1960.
- Benedetti G.* Klinische Psycho-therapie. Bern, 1946.
- Berne E.* Transactional analysis in psychotherapy. N.Y., 1957.
- Breuer J., Freud S.* Studien ber Hysterie. Wien, 1895.
- Ellis A.* Reason and emotion in psychotherapy. N.Y., 1962.
- Frankl Victor E.* Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy, Washington Square Press. N.Y., 1967.
- Freud S. (Фрейд З.)* Лекции по введению в психоанализ. Т. 2. Пер. с нем. Москва—Петербург: «Госиздат», 1922.
- Freud S. (Фрейд З.)* Методика и техника психоанализа. Пер. с нем. Москва—Петербург: «Госиздат», 1923.
- Freud S. (Фрейд З.)* Очерки по психологии сексуальности. Пер. с нем. Москва—Петроград: «Госиздат», 1924.
- Fromm E.* Escape from Freedom. Farrar. N.Y., 1941.
- Fromm E.* The anatomy of human destructiveness. N.Y., 1973.
- Grinder J., Bandler R.* The structure of magic. Science and behavior books Inc., Palo Alto, Calif. Vol. I. 1975. Vol. II. 1976.
- Hora T.* Existential psychiatry and group psychotherapy // Gazda G., 1968.
- Horney K.* Neurosis and human growth. N.Y., 1950.
- Jacobson E.* Progressive relaxation. Chicago, 1929.
- Jacobson E.* Progressive relaxation. Laboratory for Clinical Physiology. Chicago, 1938.
- Jellinek E.M.* The disease Concept of Alcoholism. New Haven, 1960.
- Jung C.G.* Die Beziehungen der Psychotherapie zur Seelsorge. Zurich, 1948.
- Jung C.G.* Memories, Dreams, Reflections. N. Y.: Vintage Books, 1963.
- Kratochvil S.* Klinická hypnóza. Praha: Avicenum, 1990.
- Kratochvil S.* Psychotherapie. Praha: Avicenum, 1987.
- Kratochvil S.* Psychotherapie. Praha, 1976.
- Kratochvil S.* Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic. Warszawa, 1981.
- Kretschmer E.* Medizinische Psychologie. Georg Thime Verlag. Stuttgart, 1963.
- Kretschmer E.* Psychotherapeutische Studien. Stuttgart, 1948.

-
- Kretschmer W.* Synthetische Psychotherapie // Die Psychotherapie in der Gegenwart /Hrsg. von E.Stern. Z rich, 1958. S. 319-331.
- Leonhard K.* Urd Mitarbeiter. Normale und abnorme Persönlichkeiten. Berlin, 1964.
- Lewin K.A* Dynamic theory of personality. N.Y.: McGraw Hill, 1935.
- Luthe W., Schultz J.* Autogenic Therapy. Vol. 3. Application in psychotherapy. Grune Stratton. N.Y.–London, 1969.
- Moreno J.* Group method and group psychotherapy. N.Y., 1932.
- Müller-Hegemann D.* Psychotherapie. Berlin, 1959.
- Müller-Hegemann D.* Psychotherapie. Berlin, 1961.
- Rado S.* Psychoanalysis of behavior. N.Y.: Grune and Stratton, 1956.
- Schultz J.H.* Das Autogene Training (konzentrierte Selbstentspannung). Berlin, 1960.

Предисловие автора	3
Введение	7
Глава 1. Психогении и расстройства зрелой личности и поведения у взрослых	47
1. Психогении	47
2. Психотерапия неврозов, общие вопросы, закономерности психотерапевтического процесса	48
3. Психотерапия неврастении.....	59
4. Психотерапия депрессивного невроза	63
5. Психотерапия обсессивно-фобического невроза.....	64
6. Психотерапия истерического невроза.....	67
7. Психотерапия реактивных состояний	70
8. Посттравматические расстройства	75
9. Психотерапия расстройств зрелой личности и поведения у взрослых.....	77
Глава 2. Психотерапия алкогольной зависимости	87
1. Клинико-психотерапевтические основы алкогольной зависимости.....	91
2. Низведение, изменение алкогольной позиции больного.....	122
1. Достижение адекватного осознания болезни.....	122
2. Низведение, изменение алкогольной установки	130
3. Низведение значимости жизни в состоянии опьянения .	135
4. Преодоление механизмов психологической защиты.....	139
5. Перестройка алкогольного стиля жизни	139
3. Психотерапевтический процесс перевода больного в трезвенники	142
1. Изменение, перестройка человека как необходимый процесс в системе лечения алкогольной зависимости	142
2. Формирование мотива к трезвенничеству.....	144
3. Адаптация больных к их микросреде на уровне трезвенничества.....	150
4. Формирование трезвенничества	154
4. Дифференцированная психотерапия в зависимости от типологических свойств личности больного.....	180
1. Психотерапия больных с эпилептоидным типом личности.....	180
2. Психотерапия больных с неустойчивым, инфантильным типом личности.....	196
3. Психотерапия больных с синтонным типом личности.....	210
4. Психотерапия больных с астеническим типом личности.	218
5. Особенности общения врача с больным алкоголической зависимостью	226
6. Культуральный аспект алкогольной зависимости	249

Глава 3. Формирование полноценной жизнедеятельности

как заключительный этап психотерапевтического процесса.....	255
1. Эмоциональная сфера	260
2. Сфера общения.....	263
3. Сфера вовлеченности в жизнь микросреды	266
4. Морально-этическая сфера.....	267
5. Интеллектуальная сфера	269
6. Сфера материального обеспечения	272
7. Волевая сфера	273
8. Сфера реализации себя в каком-то деле.....	274
9. Эстетическая сфера	275
10. Сфера родственных чувств, связей	278
11. Престижная сфера	279
12. Сфера культуры.....	280
13. Сексуальная сфера.....	281
14. Сфера отдыха	282
15. Сфера свободного времени	283
16. Время как фактор жизни	283
17. Проблема «Я», сущность человека, как один из важнейших факторов в психотерапии.....	288

Глава 4. Семейная психотерапия

1. Удовлетворенность в браке	304
2. Способность любить	305
3. Стабильность в браке	308
4. Пути формирования потребности в браке	310
5. Процесс формирования, становления семьи.....	311
6. Успешность адаптации в семье	313
7. Психологический климат в семье	314
8. Конфликт в семейной жизни	317
9. Ситуация в семье вследствие алкоголизации мужа	320
10. Диагностика состояния семейных отношений, нуждающихся в коррекции.....	324
11. Этапы и задачи семейной психотерапии	327
12. Нормализация состояния супругов	328
13. Формирование установки на нормальную семейную жизнь.....	330
14. Взаимопонимание в семье	339
15. Анализ повседневного настроения человека в семье и его нормализация	343
16. Вопрос адекватного реагирования на неприятности.....	346
17. Динамика жизни, необходимость изменяться.....	348
18. Коррекция самосознания.....	350
19. Психическая устойчивость, стабильность членов семьи....	358

Глава 5. Психотерапия некоторых расстройств.....

1. Психотерапия заикания	365
2. Психотерапия табакокурения	368

3. Психотерапия энуреза.....	372
4. Психотерапия нарушения сна	374
5. Психотерапия сексуальных расстройств.....	377
6. Психотерапия игровых зависимостей	383
7. Психотерапия проблем веса.....	388
8. Психотерапия психосоматических заболеваний	390
9. Психотерапевтическая помощь школьникам	401
10. Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств	402
11. Психотерапия в психиатрии.....	412
12. Некоторые особенности психотерапии наркоманической зависимости.....	416
Глава 6. Психотерапевтические модальности (методики).....	427
1. Психоанализ	430
2. Индивидуальная психотерапия А.Адлера	433
3. Аналитическая психотерапия	433
4. Телесно-ориентированная психотерапия.....	434
5. Символодрама.....	435
6. Трансактный анализ.....	437
7. Психосинтез.....	438
8. Рациональная и разъяснительная психотерапия	443
9. Когнитивная психотерапия	445
10. Групповая психотерапия	447
11. Психодрама	451
12. Поведенческая психотерапия	453
13. Трансперсональная психотерапия.....	454
14. Гештальттерапия.....	456
15. Клиент-центрированная психотерапия	460
16. Гипносуггестивная психотерапия.....	461
17. Эриксоновский гипноз.....	497
18. Аутогенная тренировка	503
19. Нейролингвистическое программирование.....	511
20. Метод формирования психотерапевтических установок ...	515
21. Экзистенциальная психотерапия	517
Глава 7. Формирование социально-психологической устойчивости как фактора первичной профилактики девиантных видов поведения среди детей, подростков и молодежи.....	526
Введение	526
Тема № 1. Жизнь как ценность	528
Тема № 2. Фактор душевной стабильности	531
Тема № 3. Фактор опасности и инстинкт самосохранения	532
Тема № 4. Принцип здесь и теперь и проблема будущего у детей, подростков, юношей	534
Тема № 5. Я и мои родители	535
Тема № 6. Внутренняя и внешняя жизнь.....	537
Тема № 7. Переходные, кризисные периоды	538
Тема № 8. Роль эмоций и настроений в жизни человека	538

Тема № 9. Естественные состояния	539
Тема № 10. Чувство признательности и благодарности	540
Тема № 11. Принципы соответствия.....	540
Тема № 12. Путь самоутверждения	541
Тема № 13. Способность познания и понимания	541
Тема № 14. Фактор навыков учиться	542
Тема № 15. Мир для всех и мир для меня.....	543
Тема № 16. Механизмы подражания, заражения	543
Тема № 17. Референтная, престижная группа	544
Тема № 18. Сопrotивление групповому или ситуационному давлению.....	544
Тема № 19. Феномен зависимости от других людей.....	545
Тема № 20. Способность быть наедине самим собой	546
Тема № 21. Формирование механизма внутреннего отказа.....	546
Тема № 22. Устойчивость к механизму воздействия от противоположного.....	547
Тема № 23. Этапы жизни	548
Тема № 24. Сфера фантазий	548
Тема № 25. Автономия от ситуаций	549
Тема № 26. Культуральные факторы в жизни человека	549
Тема № 27. Фактор запретов, отказов	551
Тема № 28. Жизнедеятельность.....	551
Заключение.....	555
Глава 8. Психотерапия в условиях курорта	557
Литература	587

Павлов Игорь Степанович
Психотерапия в практике

Художник: П.П. Ефремов
Компьютерная верстка: Ю.В. Балабанов

Лицензия ИД №01018 от 21 февраля 2000 г.
Издательство «ПЕР СЭ»
129366, Москва, ул. Ярославская, 13, к.120
тел./факс: (095) 682-60-95. e-mail: aperse@psychol.ras.ru
Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 77.99.02.953.П.001292.09.03 от 03.09.2003 г.

Подписано в печать 25.06.06. Формат 84x108/32. Печать офсетная.
Гарнитура Таймс. Бумага офсетная
Усл. печ. л. 38. Печ. л. 19. Тираж 1000 экз. Заказ