

ББК 88.5

К

Рекомендована к печати Федеральным научно-методическим центром
по психотерапии и медицинской психологии МЗ РФ

Рецензенты:

доктор психологических наук, профессор *С. Л. Соловьева*;

доктор медицинских наук, профессор *С. А. Игумнов*

Кулаков С. А.

Практикум по интегративной психотерапии психосоматических расстройств. — СПб.: Речь, 2007. 294 с.

ISBN

В практикуме излагаются принципы интегративной психотерапии психосоматических расстройств.

Сверхзадача при написании учебника — провести молодого специалиста следующим образовательным маршрутом по приобретению профессиональных навыков: первое интервью — постановка многомерных гипотез — проведение психотерапии — рефлексия опыта — супервизия. Отсюда краткость теоретического материала и обилие учебных примеров, сопровождающих все разделы книги.

Автор полагает, что книга окажется полезной всем специалистам, работающим с пациентами, у физических страданий которых существуют психологические корни.

ББК 88.5

ISBN

© С. А. Кулаков, 2007

© Издательство «Речь», 2007

© П. В. Борозенец, оформление, 2007

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	7
Глава 1	
КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	11
Глава 2	
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА. ПЕРВИЧНОЕ (ПРИЕМНОЕ) КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ	27
Жалобы и симптомы	28
Изучение личной истории пациента	32
Переход к личной или психосоциальной истории	37
Недирективная (неструктурированная) составляющая при работе с объективными отношениями пациента	38
Директивная (структурированная) составляющая при работе с объективными отношениями пациента	39
Оценка функционирования пациента	42
Глава 3	
КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ СЛУЧАЯ	49
Многоосевой подход DSM-IV-TR	49
Мультимодальность как основной принцип диагностики	59
Мультимодальный подход Оудсхоорна	59
Мультимодальный профиль Лазаруса	62
Цветок потенциалов Ананьева	63
Методика «DO A CLIENT MAP»	67
Методика «Карта ума (mind map)»	70
Глава 4	
ПРИНЦИПЫ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	73

Глава 5

АЛГОРИТМ ВКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ИНТЕГРАТИВНУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ 97

Планирование терапии 97

Фазы и цели интегративной психотерапии 102

Глава 6

МЕТОДЫ И ПРИЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ 105

Психодинамическая терапия 105

Приемы психодинамической психотерапии 108

Метод символдрамы 119

Арт-анализ и арт-терапия 129

Приемы и методики экзистенциального анализа и логотерапии 138

Иерархия ценностей как связующее звено 147

Методики конфронтации с экзистенциальными конечными данностями 148

Методики прояснения и проработки 151

Методика «Вопрос о смысле» 157

Методика углубления осознания смерти 159

Методики углубления свободы выбора и ответственности 160

Методики работы с экзистенциальной изоляцией 161

Работа с экзистенциальностью смысла. Специальные логотерапевтические методики 162

Методики работы с временной перспективой 165

Когнитивно-поведенческая психотерапия 167

Психотехники с использованием воображения 177

Парадоксальные приемы 196

Семейная психотерапия 198

Структурная семейная психотерапия 200

Стратегическая семейная психотерапия 202

Трансгенерационная семейная психотерапия 203

Нарративный подход 204

Терапевтическая работа с метафорами 209

Социометрические приемы и техники 218

Психодрама и монодрама как мультимодальная терапия 220

Психотерапевтические приемы других направлений 234

Гипноз 234

Медитация 236

Заключение 241

ПРИЛОЖЕНИЯ	249
Приложение 1. Ведущие концепции психосоматики	249
Приложение 2. Психосоматические симптомы и синдромы у детей [Исаев, 2001]	254
Приложение 3. Симптоматика психосоматических расстройств [Сандомирский, 2005]	258
Телесные проявления стресса	259
Приложение 4. Экспериментально-психологическая диагностика	269
Приложение 5. Психодинамический диагноз	271
Приложение 6. Карта первичной консультации клинического психолога или психотерапевта	274
Приложение 7. Четвертый Шаг «Взгляд внутрь себя»	276
Мое моральное исследование	276
Нечестность	277
Честность	277
Жалость к себе	277
Уверенность в себе	278
Обидчивость	278
Прощение, благодарность	279
Нетерпимость	279
Терпимость	279
Безответственность	280
Ответственность	280
Эгоистичность	281
Отзывчивость	281
Гордыня	281
Смирение	282
Трусость	283
Смелость	283
Твой личный блок	284
Приложение 8. История развития пациента (клинико-биографический метод)	285
Раннее моторное и психоэмоциональное развитие (от рождения до 1 года)	285
Развитие ребенка в период от одного года до трех лет	287
Развитие ребенка в период от трех лет до 5–5,5 лет	288
Развитие ребенка в период от пяти до семи лет	289
Развитие ребенка в младшем школьном возрасте (от 7 до 10–11 лет)	290
Приложение 9. Методологические аспекты интегративной психотерапии	293

Мой друг! Я видел море зла
И неба мстительного кары.

Константин Батюшков

ВВЕДЕНИЕ

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

У истоков развития психосоматической медицины в России стояли виднейшие русские клиницисты, которые указывали на неправильность понимания соматической болезни как процесса, обусловленного только биологическими факторами. При внимательном изучении их работ можно заметить, что они придавали огромное значение условиям жизни пациента. В лечении своих больных они интуитивно использовали психотерапевтические методы.

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

Психосоматические расстройства, расположенные в континууме здоровье — болезнь, обычно трудно диагностировать, особенно специалистам помогающих профессий, не имеющим медицинского образования.

Нередко психосоматический пациент предъявляет жалобы на расстройство физического здоровья, рассказывает о много-

численных инструментальных и лабораторных исследованиях. От специалиста, его интуиции и творческих способностей будет зависеть то, удастся ли ему вычленить психологический и социальный компоненты расстройства, а самое главное — найти путь к его устранению.

Специалист, работающий с психосоматическими пациентами, должен не только обладать психодинамическим мышлением, но и быть знакомым с рядом других оригинальных концепций, связанных и не связанных с психоанализом. Наиболее популярные из них в схематическом виде представлены в Приложении 1.

Как было видно из представленного материала и клинических иллюстраций нашего учебника «Основы психосоматики», определить причину психосоматического расстройства достаточно сложно, так как этиологические факторы суммируются и дополняют друг друга.

В клинической медицине обычно разделяют анамнез болезни и анамнез жизни. Однако при психосоматических заболеваниях симптоматика сопровождается стрессовые и кризисные периоды жизни, и в связи с этим хочется вспомнить слова классика: «Болезнь — это стесненная в своей свободе жизнь». (Мы поддерживаем тенденцию западных коллег называть историю болезни историей пациента.)

Образ мира с точки зрения постмодернистов характеризуется отсутствием единого центра, каких бы то ни было упорядоченных, иерархических и симметричных структур. Строение мира и сознания описывается термином «ризом». Данный термин был заимствован Ж. Делезом и Ф. Гваттари из ботаники и означает корневую систему, характеризующуюся отсутствием центрального стержневого корня, состоящую из переплетающихся, спонтанно отмирающих и развивающихся побегов, ответвлений (рисунок на лицевой странице обложки метафорически отражает эту концепцию). Культура «ризомы» или «корневища» представляет собой сеть смыслов, лишенную центра. Это нелинейный тип организации культуры как гипертекста, где читателю — соавтору предлагается бесконечное множество прочтений, путей движения по тексту через множество ассоциативных связей.

Для того чтобы не подпасть под влияние какой-либо одной точки зрения или теории, автор придерживается принципа интеграции. Этот принцип включает и клиническую многоосевую диагностику, и многомерную постановку гипотез, что облегчает последующее планирование и проведение психотерапии с подбором индивидуальных методик вмешательства. Концептуально холистический подход, используемый нами в работе с пациен-

тами при диагностике и терапии, в виде схемы отражен на рис. 1 цветной вклейки.

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

Гипотеза есть умозаключение вероятности

В образовательный стандарт в связи переходом на кредитно-зачетную систему включено большое количество часов практических занятий. Жанр данной книги — практикум, следовательно, основная ее цель — предоставить возможность студенту старших курсов или молодому специалисту начать психотерапевтическую или психопрофилактическую работу с клиентом (пациентом). Мы называем наших клиентов пациентами, так как симптомы их расстройств попадают в один из разделов классификационной системы.

Сверхзадача при написании учебника — провести молодого специалиста следующим образовательным маршрутом по приобретению профессиональных навыков: первое интервью — постановка многомерных гипотез — проведение психотерапии — рефлексия опыта — супервизия. Отсюда краткость теоретического материала и обилие учебных примеров, сопровождающих все разделы книги.

Обратите внимание!

В заметках на полях содержится расшифровка встречающихся терминов. Определения основных понятий и главные положения приводятся в рамках.

Наиболее важные теоретические установки и факты из биографии пациентов выделены жирным шрифтом.

Клинические иллюстрации пронумерованы и выделены в тексте специальным оформлением или значком:

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР №

Фигурки   на полях перед авторским комментарием — знак читателю подумать над клиническим случаем и выдвинуть свои гипотезы.

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

В конце каждой главы приведен список литературы, рекомендуемой для самостоятельного изучения и подготовки к семинарам.

В приложениях приведен ряд полезных методических материалов, которые можно использовать на практических занятиях.

Автор полагает, что книга окажется полезной всем специалистам, работающим с пациентами, у физических страданий которых существуют психологические корни.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В современных классификациях психических заболеваний (DSM-IV, МКБ-10) нет единой рубрики психосоматических расстройств. Это связано, прежде всего, с тем, что клинические проявления, определенные понятием «психосоматические расстройства», отличаются значительным полиморфизмом. В используемой в настоящее время в нашей стране МКБ-10 психосоматические расстройства могут быть обозначены в разделах F0 «Органические, включая симптоматические психические расстройства» (F06 «Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни»); F4 «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» (F45 «Соматоформные расстройства»); F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (F50 «Расстройства приема пищи», F51.0 «Расстройства сна неорганической природы», F52 «Половая дисфункция, обусловленная органическим расстройством или заболеванием», F54 «Психологические или поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицируемыми в других разделах»). «Классические» психосоматические заболевания, согласно новым классификационным критериям, диагностируются, прежде всего, как органические болезни. В DSM-IV для этого существует код 316 (специфические психические факторы, влияющие на соматическое заболевание).

Большинство оценочных форм в медицинских учреждениях требует постановки диагноза, основанного на МКБ-10. Это самая большая классификационная система психических и поведенческих расстройств, используемая во многих странах. Многие психологи и психотерапевты находят МКБ-10 ограниченной для использования при анализе психосоматических проблем и планировании психотерапии. Тем не менее диагноз дисциплинирует мышление специалиста, предохраняет от ошибок назначения неадекватных методов психотерапии.

Несмотря на такое многообразие состояний, их объединяет общий признак: сочетание нарушений в психической и соматической сферах. Цель классификации — упорядочить многообразие отдельных явлений и подчинить их категориям более высокого уровня.

Классификационная система МКБ-10 в отличие от американской классификационной системы DSM-IV различает диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44) и соматоформные расстройства. Признаком диссоциативного (конверсионного) расстройства, так же как и в DSM-IV, является наличие «псевдоневрологических симптомов».

Остановимся на характеристиках некоторых наиболее распространенных расстройств.

Конверсия — трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты

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

Конверсионные расстройства традиционно понимают как потерю или нарушение произвольного управления физиологическими функциями вследствие психологических проблем. Часто эти состояния напоминают неврологические симптомы, но они могут поражать любую систему или орган. В детском возрасте конверсионные расстройства в сочетании с истерией встречаются не менее чем в 50% диагностируемых расстройств. В отличие от других психосоматических нарушений конверсионные расстройства у детей имеют одинаковое распространение среди обоих полов. Образовавшийся патологический комплекс приносит индивиду первичную и вторичную выгоду, что заставляет его удерживать психологический конфликт от осознания и тем самым оберегать от возможных воздействий на него.

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

Спустя столетие в невротической симптоматике на первый план выступают сомато-вегетативные расстройства и их личностная переработка. Особенно наглядно процесс соматизации невротических расстройств заметен на симптоматике истерии.

Поблекла яркая психопатологическая окраска истерии, клинической редкостью стали большие истерические припадки, а также и другие грубые истерические симптомы. Преобладающей формой истерических пароксизмальных состояний стали своеобразные вегетативно-сосудистые кризы типа сердечных приступов. В то же время некоторые авторы, опираясь на опыт работы в неврологических клиниках, указывают на все еще частые проявления псевдоневрологических расстройств при истерии.

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

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 1

Андрей Ю., 40 лет.

Неоднократно был госпитализирован в неврологическую клинику по поводу затяжного радикулита с выраженным болевым синдромом и нарушением чувствительности. Случайно во время психодраматической постановки его сна на психотерапевтической группе удалось выяснить, что он служил в Афганистане, долгие годы медленно продвигался по карьерной лестнице, терпел самодурство начальника и в течение многих лет не позволял себе проявлять эмоции страха и гнева. Столкнувшись с тревожащей его ситуацией во время психодрамы, он не хотел вставать после завершения проигрывания своего сна (возник функциональный паралич) и издавал стоны. С помощью приема вербального отражения и усиления его звуков удалось вызвать у мужчины крик: эмоцию страха он долгие годы подавлял в бессознательном. После проведения психотерапии в течение двух последующих лет неврологической симптоматики не наблюдалось.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 2

Юрий П., 36 лет, выходец из Закарпатской области.

С детства был нелюбимым сыном у отца, часто подвергался физическим наказаниям. В первый год службы в армии потерял мать, которую очень любил. Мать умерла в 40 лет вскоре после операции по поводу язвенной болезни. (Семейная история свидетельствует о том, что отец потребовал интимных отношений, когда у нее еще не были сняты швы.) От первого брака у Юрия было трое детей. Прожив с первой женой семь лет, Юрий уехал от нее после очередного конфликта, связанного с ее равнодушным отношением к его потребностям. Разыскал проживавшую в Латвии одноклассницу, которая также с тремя детьми уехала от мужа, и женился на ней. Вскоре в связи с распадом СССР они вынуждены были уехать в Псковскую область. Юрий воспитывал пасынков как родных детей, хотя жена периодически говорила, что наказывать неродных детей нельзя. Спустя два года родился совместный ребенок. Идеализация второй жены, напоминавшей по характеру умершую мать и имевшей такое же имя, вскоре начала проходить. Жена препятствовала общению с друзьями, пилила его за употребление алкоголя. Когда

младшему ребенку исполнилось три года, у него была диагностирована бронхиальная астма, а Юрий начал страдать язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Каждый год он проходил курс лечения медикаментами, ему неоднократно предлагалась операция. В случайной беседе с психотерапевтом Юрий рассказал, что он постоянно испытывает чувство внутренней пустоты и дефицит общения, потерял контакт с братьями, нет друга, с которым мог бы поделиться своими переживаниями, жена осуществляет тотальный контроль над его общением (в рассказе именуется ее «моя ментовка»). Дети, которых он вырастил как своих, игнорируют его мнение, а младший сын избалован из-за своей болезни. Кроме того он испытывает чувство вины перед своими родными детьми от первого брака. «Бывает желание уйти в поле и напиться. Иногда напиваюсь назло жене».



Когда Юрий находится в районной больнице, его психологическое состояние улучшается. Во время последней госпитализации он заинтересовался идеей оформить инвалидность, но потом отказался от нее.

Катамнез через 13 лет

Катамнез — отсроченное наблюдение

Только когда пасынки выросли, жена Юрия осознала, какую роль играл муж в воспитании детей. В отличие от соседских все дети получили специальности и могли самостоятельно обслуживать себя. Уменьшившаяся критика в адрес мужа привела к значительному снижению обострений язвенной болезни.

Теоретики психодинамического направления полагают, что при образовании истерических соматоформных расстройств работают два механизма — первичная выгода и вторичная выгода. Люди получают первичную выгоду в связи с тем, что их истерические симптомы удерживают внутренний конфликт вдали от сознания. Например, если человек испытывает неосознанный страх перед выражением гнева, то во время ссоры у него может отняться нога, что не позволит его агрессивной реакции достичь сознания. Вторичную выгоду из своих истерических симптомов люди извлекают за счет того, что эти симптомы помогают им избежать участия в неприятной для них деятельности или позволяют почувствовать доброе отношение со стороны других людей.

Первичная выгода — согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы не допускают внутренний конфликт до сознания.

Вторичная выгода — согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы дают человеку чувствовать доброе отношение со стороны других или избежать неприятной деятельности.

Когда, например, радикулит, вызванный конверсией, не дает возможность офицеру участвовать в боевых действиях в Чечне, или язвенная болезнь, вызванная той же причиной, предотвращает разрыв отношений, действует вторичная выгода.

К конверсионным расстройствам условно можно отнести расстройства, возникающие на основе отыгрывания. Отыгрывание проявляется в немедленном переводе в действие инстинктивных импульсов, фантазий и желаний, ради того чтобы избежать определенных идей или эмоций болезненного, чрезмерно возбуждающего или конфликтного характера. Оно также подпадает под категорию психического отречения или отказа. Сдвиг от психической переработки к разрядке в действии особенно вероятен в случае внезапной нарциссической раны или неожиданной потери объекта. Чем более хрупок наш нарциссический баланс, тем более вероятно, что человек будет справляться с внутренним и внешним напряжением с помощью какой-то формы отыгрывающего поведения или действия симптома в виде соматизации (см. также Учебный пример № 6). В случае соматизации человек обычно остается в неведении своих психических конфликтов и душевной боли. Такие события часто вызывают не только психосоматические симптомы, но и непонятную тревогу и депрессивные состояния, которые всегда сопровождаются такими физическими симптомами, как усталость, потливость, тремор и апатия. К этому ряду психосоматических явлений нужно добавить склонность к несчастным случаям и повышенную подверженность инфекциям во время стресса. Травматические события, которые так часто вызывают взрыв психосоматических болезней (утрата безопасности, уход объекта любви, неожиданная потеря самоуважения), могут рассматриваться как причинение боли и расстройства на слишком высоком для человека уровне тревоги, который он не может вынести. В нижеприведенном примере психосоматическое расстройство было формой отыгрывания, которое не позволяло сильным аффектам завладеть пациенткой.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 3

Наталья Н., 51 год, учитель математики.

Обратилась за помощью по поводу психосоматического расстройства (непонятные высыпания на коже, страхи, симпатоадреналовые кризы), вначале отрицала связь своего заболевания с произошедшим полгода назад официальным разводом с мужем. Однако написание терапевтического эссе в ходе терапии и метафорическое изображение внутреннего мира свидетельствовали о том, что этот фактор имеет большое значение в этиологии ее расстройства. Отвергая в качестве причины заболевания неотреагированную обиду на мужа, она, тем не менее, положила фигуру Кена в военной форме за лисом, олицетворяющим ее симптом, «белый

и пушистый» во время арт-анализа (см. цветную иллюстрацию на задней обложке).

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

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

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

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

Ночью пришел бывший муж, это было совершенно неосознанно, и у меня (не знаю отчего) сразу все прошло. Но потом оказалось, что все перешло в корешковую невралгию в основании черепа. Боль была ужасная, у меня искры из глаз сыпались. Но страх исчез. Я впервые за эти три месяца почувствовала себя нормальным человеком. Я даже сказала дочери: «Не расстраивайся, это больно, но совсем не страшно, это пройдет».

И спокойно приняла таблетки (и мне не стало от них плохо, и от аннотации на них тоже!) Но как только боль начала утихать, невроз вернулся, «белый и пушистый». Как я от него устала! Что же мне сделать, чтобы он, наконец, от меня отстал?».

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

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

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



О нарциссизме, перфекционизме и депрессии можно прочитать в статье А. Холмогоровой, Н. Гараняна в «Московском психотерапевтическом журнале» № 1, 2004. С. 18–35.

Согласно МКБ-10 в разделе «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» (F4), последние (F45) подразделяются на три группы: соматизированные расстройства (F45.0), соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3), ипохондрическое расстройство (F45.2). Поскольку во многих случаях соматизированные расстройства, вегетативные дисфункции и симптомы ипохондрии проявляются в различных сочетаниях, захватывая разные висцеральные системы, авторы, как правило, ограничиваются общим их определением как соматоформных расстройств. Очевидно, этим можно объяснить, что число пациентов с соматоформными расстройствами в общей массе больных в широкой врачебной практике часто превышает 30–40%.

Определение соматоформных расстройств может быть сформулировано следующим образом.

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

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

Натрогенные факторы — факторы, обусловленные действиями врача

В отечественной психиатрии соматоформные расстройства принято рассматривать в рамках психогенных заболеваний, динамики конституционально-личностной патологии, а основное значение в их генезе придают психогенным (в том числе **натрогенным**) и конституциональным факторам. Концепция соматоформных расстройств тесно связана с концепцией ипохондрии, а также с развитием тревоги, депрессии и истерии. Широкое распространение этих расстройств явилось результатом патоморфоза психических заболеваний и успехов медицины в целом, позволивших с общей достоверностью верифицировать функциональные соматические расстройства. Из-за упорного нежелания пациентов верить объяснениям врачей, медперсонал

часто награждает их различными малоприятными прозвищами (клюшка, индюк).

Следует также помнить, что соматоформное расстройство отличается от психосоматического (в DSM-IV) тем, что второе не носит характер психопатологического синдрома, у первого же отсутствует верифицированное органическое нарушение или патофизиологический процесс.

Соматические жалобы не связаны с какой-либо одной системой органов, и причину их невозможно объяснить известными соматическими расстройствами. Для данного типа не характерна преднамеренная имитация симптомов.

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

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 4

Дмитрий, 26 лет

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

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

Отец погиб в 1979 году (от производственной травмы). В 1985 году мать второй раз вышла замуж, родилась сестра Таня. С самого начала у нас с отчимом появились разногласия в понимании некоторых сторон жизни. Со временем его роль отца при взаимодействии со мной свелась к подавлению моих желаний, лишению чего-либо, угрозам, наказаниям (не физическим). Как правило, мать принимала сторону отчима. Чем старше я становился, тем сильнее проявлялось противостояние. Я продолжал проявлять твердость своих убеждений, в результате чего мне приходилось выполнять волю отчима через «не хочу» с проявлениями эмоций с обеих сторон.

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

Первые признаки затяжного насморка появились в 14–15 лет. Отношения со сверстниками были хорошие, но с классным руководителем случались разные инциденты (например, она назвала меня подонком, я выбил у нее дома стекла).

В 18 лет я был призван в армию. Практически все негативные стороны армейских взаимоотношений пришлось вынести: подавление, подчинение

воли, унижение. После службы в вооруженных силах я работаю в структуре МВД. Принцип работы силовых структур — иерархическая лестница, подчинение, субординация.

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

Одно из серьезных различий при диагностике множественных соматоформных симптомов между МКБ-10 и DSM-IV состоит в том, что в МКБ-10 еще выделяется соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3) с подрубриками для отдельных висцеральных систем. Клиническая картина складывается из отчетливого вовлечения вегетативной нервной системы, дополнительных неспецифических субъективных жалоб, которые относятся к определенному органу или системе и постоянных ссылок больного на последние в качестве причины своего расстройства. Обычно отсутствуют данные о существенном структурном или функциональном нарушении данного органа или системы. От соматизированных расстройств (F45.0) соматоформные вегетативные дисфункции отличаются тем, что при первых субъективные жалобы и ощущения не обладают ни выраженностью, ни постоянством и не приписываются больным все время к одному органу или системе.

Например, возможны следующие симптомы: учащенное сердцебиение, потливость, сухость во рту, приливы жара или покраснение, чувство тяжести в эпигастрии, рези или неприятные ощущения в животе. При диагностике соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы не должны выявляться симптомы, свойственные паническим атакам или другим фобическим расстройствам.

Люди с **дисморфофобией** глубоко озабочены воображаемыми или минимальными недостатками своей внешности или якобы плохим впечатлением, производимым ими на других. Чаще всего они концентрируют свое внимание на морщинах, пятнах на коже, волосах на лице, либо на «неудавшихся» губах, носе, бровях. Некоторые беспокоятся, как выглядят их ступни, кисти рук, грудь, пенис или другие части тела.

Дисморфофобия — соматоформное расстройство, характеризующееся исключительным беспокойством по поводу предполагаемых недостатков внешности или неприятных для окружающих особенностей.

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

Соматоформное болевое расстройство. Его основная черта — жалобы на боль при отсутствии физических расстройств или жалобы на боль, которая намного сильнее, чем это могло бы быть обусловлено физическим состоянием. Часто средовой стрессор обнаруживается как нечто предшествующее боли. Подобно конверсионным реакциям, жалобы на боль могут освобождать личность от определенной ответственности или дают право на эмоциональную поддержку, которую нельзя получить иным образом.

Так в случае Натальи Н. (Учебный пример № 3) боль позволяла ей не ходить на педсоветы и получать поддержку от учеников.

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

Боль не распространяется согласно зонам иннервации. Переживаемый стресс или конфликт может быть тесно связан с возникновением или усилением боли. Часто расстройство развивается после несчастного случая или во время болезни, причиняющей настоящую боль, которая затем продолжает жить сама по себе.

Пациенты с множественными соматоформными симптомами встречаются очень часто, но полная картина соматизированного расстройства наблюдается лишь у незначительной части из них. В этом заключается большая сложность, поскольку заболевания многих пациентов приходится относить к таким категориям, как «недифференцированное соматоформное расстройство» или «неуточненное соматоформное расстройство». Выходом из сложившейся ситуации может быть либо расширение критериев соматизированного расстройства, либо добавление диагноза

«множественный соматоформный синдром». Отличительным признаком этого соматизированного синдрома должно стать наличие множественных соматических нарушений без достаточной на то органической причины, причем для диагностики должны присутствовать от четырех до шести соматических симптомов.

Еще труднее приходится при диагностике психосоматических расстройств у детей.

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

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 5

Тимур, 8 лет.

Жалобы на нарушение плавности речи, навязчивые движения плечами, непроизвольное мочеиспускание и пачкание белья, нарушение акта глотания, низкую концентрацию внимания в школе.

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

Мать по образованию педагог, по характеру тревожная и обидчивая. При рождении ребенка матери было 28 лет, отцу 30 лет. До этого в течение десяти лет супруги предохранялись от беременности. Мать Тимура очень хотела дать редкое имя своему первенцу, мотивируя свое желание следующим образом: «Когда я буду звать его из песочницы, то откликнется мой ребенок, а не три Димы». Беременность протекала тяжело, с угрозой прерывания, был обнаружен отрицательный резус-фактор. Ребенок родился в срок. Врачи зафиксировали родовую травму и стафилококковую инфекцию, ребенок был госпитализирован в городскую больницу. Первый год жизни прошел в борьбе за сон. Кроме того были проблемы с кормлением, периодически возникала аллергия с повышением температуры. При этом с пяти месяцев функции выделения осуществлял в кроватке, а первый оформленный стул появился к году.

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

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

Перед поступлением в школу мальчику сообщили, что у отца есть другая семья, и он должен поехать вместе с мачехой и со сводной сестрой в Турцию. После этого путешествия у мальчика появились энурез и энкопрез. Новая жена отца мальчику не понравилась, он постоянно задавал матери вопросы, почему папа ушел от них. Отец изредка навещал их, но после его ухода у матери случались истерики. Тимур перестал рисовать. Отец купил ему компьютер, и мальчик часами играл.

Когда Тимур окончил первый класс, отец предложил ему вновь поехать в заграничную поездку. Мальчик вначале отказался, но отцу удалось его уговорить. Вернувшись с летнего отдыха, мальчик заявил, что он теперь знает причины, по которым отец оставил мать, добавив, что «папа обещал меня поддерживать». По случайности, в этот день их квартиру обокрали. Были вынесены все вещи, в том числе компьютер Тимура. Мать позвонила бывшему мужу, сообщив о происшествии, но тот отказался приехать. «Вот какой твой любимый папочка — сволочь!» — заявила Тимуру мать. Отец приехал через пару дней, привез новый телевизор, компьютер, деньги, а у ребенка усилилось заикание.

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

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

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

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

Ребенок с рождения является «нарциссическим расширением своей матери».

Нарциссическое расширение — психоаналитический термин, обозначающий неосознанное желание родителя реализовать свои блокированные потребности через ребенка. Как правило, проявляется при неадекватных или искаженных внутрисемейных коммуникациях (длительный супружеский конфликт, разрешаемый через ребенка).

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

С другой стороны, симптомы ребенка мешают семье развиваться. Поведение «идентифицированного пациента» носит морфостатический характер в попытках восстановить распавшийся брак родителей. Кроме того, неправильное воспитание потворствовало закреплению инфантильных способов реагирования на трудности. Ребенок фиксирован на анальной стадии. Мать из-за обиды на мужа не дает сыну возможности адекватно пройти процесс сепарации — индивидуализации. Поведение Тимура, без сомнения, способствует сохранению отношений между родителями и препятствует выделению новой семьи отца в самостоятельную единицу. Никто в семье не желает смириться с утратой прошлых отношений и признать, что много лет потрачено впустую — мать испытывает обиду и заявляет при ребенке, что любит своего мужа, одновременно ругая его за черствость («двойной сигнал» — double bind). Проблемное поведение Тимура дает им повод для общения. Категоризация этого расстройства затруднена, так как имеется множество аномальных психосоциальных условий (Z62.4; Z62,8; Z62.1; Z61.2 и т. д.).

Мальчик демонстрирует признаки пассивно-агрессивного поведения, его социальные роли в школе нарушены.

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



В Приложении 2 приведен список психосоматических симптомов и синдромов из книги Д. Н. Исаева «Психосоматические расстройства у детей», которую мы рекомендуем прочитать специалистам, работающим как с детьми, так и с взрослыми.

Следует указать, что в МКБ-10 соматоформные симптомы учитываются и в других группах заболеваний. Так, они приводятся в диагностической группе неврастения (F48.0), причем картина болезни характеризуется, в первую очередь, повышенной астенией в соединении с мышечными болями, оцепенением, головными болями, расстройствами сна или раздражительностью.

К сожалению, ни одна классификация не основана на едином подходе, в нее включено ограниченное число синдромов и заболеваний; ряд аналогичных расстройств остался за ее пределами. Все же она может быть использована в клинической и профилактической работе, так как предполагает принципиально различные подходы к диагностике, лечению и профилактике. Одним из вариантов выхода из этой ситуации является использование многоосевых подходов и концепции мультимодальности.

Литература

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000.
2. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства у детей. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, Изд-во НГМА, 2000.
3. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. СПб.: Речь, 2002.
4. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
5. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000.
6. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана. СПб.: Питер, 2002.
7. Любан-Плюцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб.: Изд-во Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1984.
8. Простомолотов В. Ф. Соматоформные вегетативные дисфункции: клиника, патогенез, терапия. Дисс. ... д-ра мед. наук. СПб., 2002.
9. Сидоров П. И. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2006.
10. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства. Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 2. С. 466–489.

11. Справочник практического психолога: Психотерапия / Сост. С. Л. Соловьева. М.: АСТ; СПб.: Сова, 2005.
12. *Старшенбаум Г. В.* Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003.
13. *Хайл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У.* Базисное руководство по психотерапии. СПб., 2001.
14. *Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г.* Соматизация — история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Московский психотерапевтический журнал, 2000. № 2. С. 5–50.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА. ПЕРВИЧНОЕ (ПРИЕМНОЕ) КЛИНИКО- ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ

Для вынесения диагностического решения существуют разные методические пути получения данных.

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

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

Цели первичного психотерапевтического интервью:

- 1) изучение основных жалоб пациента;
- 2) изучение личной истории пациента;
- 3) концептуализация случая и формулирование соответствующих терапевтических задач.

ЖАЛОБЫ И СИМПТОМЫ

Чтобы оценить жалобы пациента, интервьюеру необходимо определить основной источник дисфункции пациента, а также диапазон других проблем, которые ей способствуют. Симптомы пациента нужно классифицировать и ранжировать в зависимости от их приоритетности и с учетом возможностей для психотерапевтических вмешательств.

Сегодня в практике изучения пограничных психических расстройств обязательно анализируются факторы, важные для формулировки терапевтических целей, например, уровень развития, интеллект, особенности личности, школьная, профессиональная и семейная ситуация, в оценочном формате учитывается и демографическая ситуация.

Говоря о симптомах психосоматических расстройств, в первую очередь необходимо перечислить симптомы эмоциональные (обида, неустойчивость настроения и т. д.), являющиеся следствием напряжения, тревоги и фрустрации. Некоторые жалобы имеют еще один механизм происхождения — регрессионный, основанный на сочетании и физиологических, и психологических факторов (например, когда молодой человек не отделяется от семьи и не берет ответственность за свою жизнь и (или) дополнительно заболевает психосоматическим заболеванием).

По симптомам заболевания можно строить первичные гипотезы появления проблем пациента. Остановимся на некоторых особенностях симптомов.

1. Проявления психосоматических симптомов являются также действием защитно-компенсаторных механизмов, способом противостояния подсознательных элементов психики подавлению со стороны сознательной цензуры.
2. Различные зависимости (алкоголь, наркотики, лекарства, зависимость от другого человека) могут играть определенную роль в возникновении эмоциональных и поведенческих расстройств, предшествовать или сопутствовать любому расстройству.
3. Особенности темперамента и личностные расстройства вносят своеобразие в клиническую картину и могут в значительной степени объяснять интенсивность расстройства и его постоянство.

Проблемы адаптации-дезадаптации могут отражаться через симптомы психосоматических расстройств и встречаться при всевозможных обстоятельствах. Они могут возникать вследст-

вие как легких, так и серьезных клинико-психопатологических расстройств, могут служить проявлением психосоматического, личностного или эндогенного расстройства. Проблемы адаптации всегда связаны с межличностными отношениями пациента, его экосистемой, а не только с самим пациентом.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 6

Андрей, 19 лет.

Когда мальчику было 14 лет, родители впервые обратились к психотерапевту по поводу частых респираторных инфекций и перепадов настроения, трудностей установления контакта с окружающими.

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

Подростку было предложено поучаствовать в краткосрочной психотерапевтической группе. Вначале Андрей отказался, опасаясь, что группа его не примет. После тщательной подготовки с применением десенсибилизации (посидел в комнате групповой психотерапии, почитал плакаты, рассмотрел рисунки, побеседовал с ко-терапевтом) согласился прийти на первое занятие. Адекватно вписался в группу. На третьем занятии

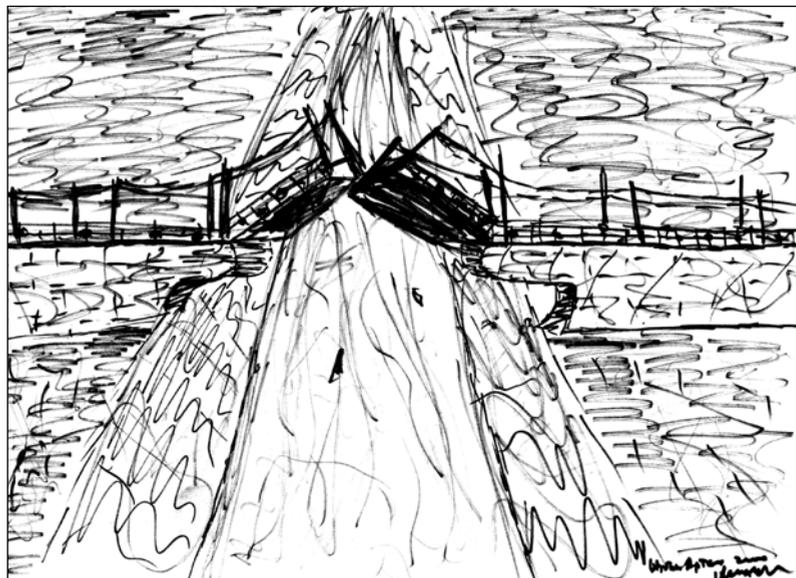


Рис. 1. Разведенный мост (рисунок выполнялся в цвете)

работал со своей проблемой зависимости от авторитета. В психодраме было показано, как тень Высоцкого затмевает развитие его собственных способностей. На следующий день поделился с ребятами следующим фактом: летом вместе с одноклассниками он создал свой любительский фильм. Подружился на занятиях с ровесником Юрием (см. книгу «На приеме у психолога — подросток»). С большой тревогой воспринял окончание группы. На последнем занятии в рисунке «Мое настроение» нарисовал разведенный мост.

Через три дня у Андрея появились жалобы, что мир стал «как кино, а он чувствует себя манекеном», что трактовалось как депрессивный эпизод. После проведения трехнедельного курса медикаментозной терапии жалобы депрессивного характера прошли. Была продолжена индивидуальная психотерапия. На психотерапевтических сеансах свои отношения с родителями описывал как непонятные. «Спрашиваю отца, почему он не дает свой рабочий телефон, а тот ссылается на правила работы фирмы. С матерью — такое ощущение, что **я открываю дверь, а она держит ее изнутри**».

На последующей семейной сессии, в которой участвовали мать и сын, психотерапевт поделился с женщиной метафорой ее ребенка и спросил, какое она имеет значение для семьи. Мать побледнела, достала ингалятор и прыснула себе аэрозоль в горло. «Знаете, я страдаю несколько лет бронхиальной астмой... Я должна сказать несколько вещей...» Психотерапевт: «Пожалуйста, не волнуйтесь. Во время психотерапии приходится говорить и о неприятных вещах: изменах, венерических болезнях, ненависти к родителям» (реплика в сторону: «Ага, еще один носитель



Рис. 2. Я как сообщество в настоящее время (рисунок выполнялся в цвете)

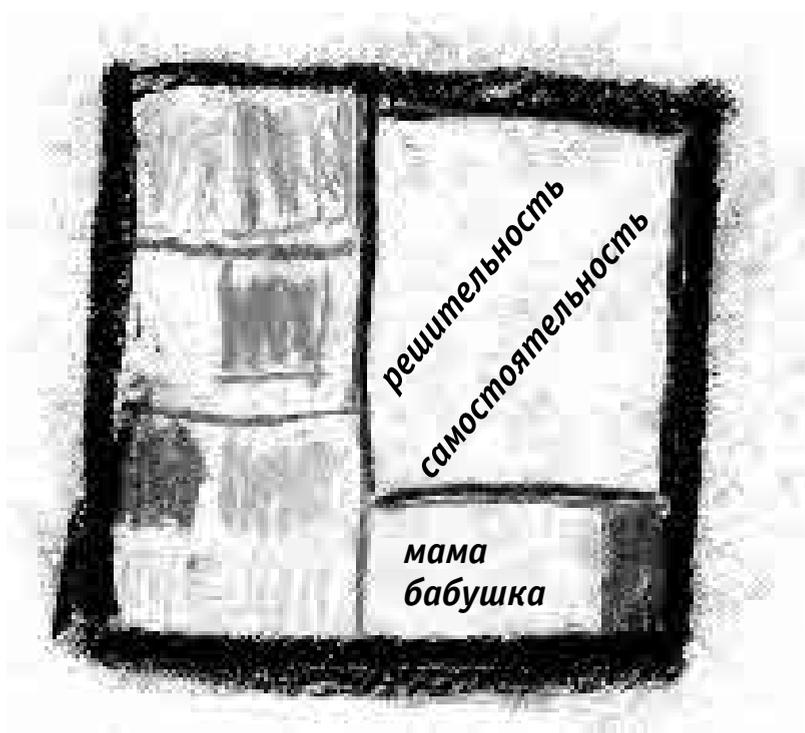


Рис. 3. Строительство «мужского здания» (рисунок выполнялся в цвете)

симптома! Надо искать семейный секрет»). Мать сообщила следующую информацию. Она познакомилась с отцом Андрея, когда училась на третьем курсе университета. К этому времени он обучался в аспирантуре, и у него была своя семья. Однако он заверял, что любит ее, и, узнав о беременности, не настаивал на прерывании, обещал помочь ей и ребенку, а позже оформить развод с женой. Прошло 14 лет, но он так и не смог сдержать свое слово, появлялся неожиданно и редко. Последние годы напряжение, связанное с работой, болезнями Андрея и хранением этой тайны значительно возросло. У матери на глаза навернулись слезы: «Знаете, мне нужно побыть одной». Мальчик спокойно выслушал исповедь матери. «Мне теперь легче. Какой-то груз свалился».

В ходе индивидуальных занятий и поддерживающей психотерапии началось «строительство мужского здания» подростка (использована техника арт-анализа «Я как сообщество» и создание антинарратива через нарисованный образ) (см. рис. 2, 3).

Если в начале на чертеже «площадь» матери и бабушки в его «здании» занимала 70%, то в новом проекте «внутреннего сооружения», планировавшемся к сдаче в эксплуатацию к 1 апреля 200... года она занимала 40%. Одна из «площадей» — ответственность — составляла уже большую долю. Первой ласточкой в открытии своего творческого потенциала было создание подростком учебного фильма «Групповая психотерапия подростков».

Мальчик прервал терапию, поступил в колледж на специальность «кинооператор». Мать отказалась пройти собственную терапию, но продолжала поддерживать контакты с психотерапевтом, поздравляя его каждый раз с новым годом.

Повторное обращение через 4 года. Жалоб на физическое здоровье нет. Заканчивает обучение в колледже по специальности «кинооператор». Отношения в группе характеризует как хорошие. Мать порвала связь с биологическим отцом Андрея и перестала пользоваться ингалятором. Андрей после разрыва отношений с девушкой, отвергшей его любовь, стал страдать игровой зависимостью. Состоялась только одна встреча с юношей, на следующее занятие он не пришел.

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



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

В Приложении 3 изложена симптоматика психосоматических расстройств.



Подробнее о симптоматике можно прочитать в книге М. Е. Сандомирского «Психосоматика и телесная психотерапия» и книге Г. В. Старшенбаума «Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия».

ИЗУЧЕНИЕ ЛИЧНОЙ ИСТОРИИ ПАЦИЕНТА

Выяснение личной истории пациента — деликатный и сложный процесс, поэтому интервьюер вначале должен придерживаться недирективных подходов. Личная история начинается с ранних детских воспоминаний, включает впечатления о жизни в семье и учебе в школе, отношения со сверстниками и профессиональную деятельность. При сборе психосоциальной информации клиническим интервьюерам следует быть избирательными и гибкими; невозможно выяснить все в течение одной встречи.

В процессе психологического обследования решаются вопросы диагностики, общие для всех ее сфер; кроме того, в иссле-

довании решаются частные проблемы, например, исследование уровня организации личности и выявление ведущего аффекта в объектных отношениях (от этого зависят сроки психотерапии).

Гипотеза появления проблемы, предложенная пациентом или членами его семьи, выявляет внутрисемейные убеждения, относящиеся к этой проблеме, их влияние на переживания и на методы решения проблемы. (Например, рецидив заболевания Юрия чаще всего возникает, когда его жена усиливает свой контроль: не дает ему возможности общаться с друзьями, постоянно его сопровождает — Учебный пример № 2). Такой порядок описания не позволит пропустить и явления коморбидности.

В психодинамической диагностике психосоматических расстройств различают три группы аффектов: аффекты регуляции отношений, рефлексии (стыд, вина), переработки информации, аффекты мстительности (обида, ненависть). Аффекты мстительности являются архаичными, они настраивают на активные действия против, имеют тенденцию к разрядке, поэтому примирение не является категорией его переживания.

Придерживаясь интерперсональных теорий возникновения психических расстройств вообще и психосоматических расстройств в частности, мы проводим тщательный анализ значимых нарушенных отношений (объектных отношений) пациента, а также кропотливое изучение аффектов. Среди пациентов с психосоматическими расстройствами часто выявляются аффекты мстительности. Например — обида. По нашему мнению, специфичность данного аффекта как раз состоит в том, что обида теснейшим образом связана с объектом. Тут присутствуют как эмоция, так и отношения со «значимым другим» (чаще — матерью), поэтому рассуждения относительно обиды должны вестись в двух направлениях: в контексте теорий эмоций; в контексте теорий объектных отношений.

В отличие от традиционной психиатрической диагностики, где исследователь при описании аффектов использует в основном психопатологическую классификацию (эйфория, депрессия), у психосоматических пациентов мы стараемся изучать аффекты в интерперсональном контексте.

Проанализировав ряд теорий эмоций, мы пришли к выводу, что целесообразно представить следующее определение обиды.

Обида — форма агрессии, проявление зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством гнева, недовольства кем-то определенным или всем миром за действительные или мнимые страдания.

Описание обиды на значимые объекты в терминах теорий эмоций, по нашему мнению, ограничено. Трудно описать обиду с позиции простых эмоций. В связи со специфичностью данной эмоции, ее направленностью на объект, полагаем более конструктивно описывать обиду в терминах теории объектных отношений.

Что происходит в том случае, если родители не устанавливают с ребенком доставляющих ему удовольствие отношений, если контакт с родителями болезнен для ребенка? Неудовольствие будет возникать как реакция на отсутствие связей, контактов и взаимодействия с родителями.

Мать — самый значимый объект для большинства из нас, с ней мы раньше всех знакомимся, дольше всех проводим первые месяцы и годы жизни. Вполне уверенно можно говорить о доминирующей значимости отношений с матерью для большинства из нас.

Возникновение обиды возможно лишь на фоне любви или привязанности к объекту. Значимость объекта — одно из главных условий возникновения данной эмоции.

Еще одним условием возникновения обиды является разочарование или несоответствие действий или поведения объекта ожиданиям субъекта. В данном случае обида возникает как эмоциональная реакция на отдаление объекта.

В качестве иллюстрации приведем клиническое наблюдение.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 7

Антон, 25 лет.

Направлен на консультацию к психотерапевту после того как был прооперирован по поводу прободной язвы желудка. Наследственность отягощена язвенной болезнью по линии отца.

Семейный анамнез. По линии матери бабушка умерла возрасте 91 год, до конца жизни вмешиваясь в жизнь всех своих родственников. Работала всю жизнь грузчиком, очень сильная физически, с властным характером, ее первый муж и двое детей умерли еще до войны. У нее было трое мужей, все они не соответствовали представлениям о мужчинах, и она часто выговаривала своей дочери, чтобы та «гнала их в шею». Мать Антона также была три раза замужем. Первый муж оказался «тихим алкоголиком», они расстались через два года совместной жизни. Выбор второго мужа (отца Антона) был по принципу «он лучше, чем предыдущие женихи».

Бабушка по линии отца, эстонка, в первом браке потеряла двух сыновей (погибли под завалами). После войны, окончив курсы медсестер, она в госпитале познакомилась с дедом Антона, украинцем по происхождению. Вскоре родился сын Андрей, отец Антона, над которым бабушка «тряслась» всю жизнь. Андрей рос слабым, болезненным ребенком, и она, несмотря на скудную заработную плату, изыскивала возможности каждое лето вывозить мальчика на юг. По характеру он был стеснительным, зажатым, во время контактов с незнакомыми людьми у него дрожали руки, в юношеском возрасте появилось заикание. Службу в армии проходил в строительных войсках. Когда сослуживцы получали «халтуры», то старались не брать с собой Андрея из-за его придирчивого отношения к каждой мелочи. Семья Андрея получила квартиру, когда ему был 21 год. Спустя несколько месяцев он познакомился с будущей матерью Антона Антониной. Будущая свекровь, страстно любившая своего отпрыска, сразу возненавидела потенциальную невестку. При своем сыне называла ее не иначе как «наглой лимитчицей». После состоявшейся все-таки свадьбы свекровь постоянно контролировала молодых. Попытка поставить щеколду на дверь не увенчалась успехом, она была тут же выломана с гневным осуждением. После рождения Антона бабушка полностью подчинила его себе. Мать Антона называет его «эстонским внуком», подчеркивая его лень, низкую эмоциональность, черствость. С рождением второго ребенка давление бабушки усилилось, и вскоре состоялся развод. Антон остался с отцом и бабушкой, мать Антона с его сестрой снимали квартиру. Бабушка пыталась лишить Антонину родительских прав, мстила ей за воображаемые грехи и успокоилась только тогда, когда Андрей повторно женился на устроившей ее невестке («Андрей в надежных руках»). Через несколько лет мать Антона также вышла замуж.

Антон рос ленивым, замкнутым ребенком. Очень ревновал свою сестру, когда находился в доме у матери. Перед службой в армии и после ее окончания было несколько эпизодов «непонятой любви» с разрывом отношений. Обращался к терапевту по поводу болей в желудке. Назначение медикаментозной терапии дало кратковременный результат. В очередной раз произошел разрыв с девушкой. Мысль о том, что все

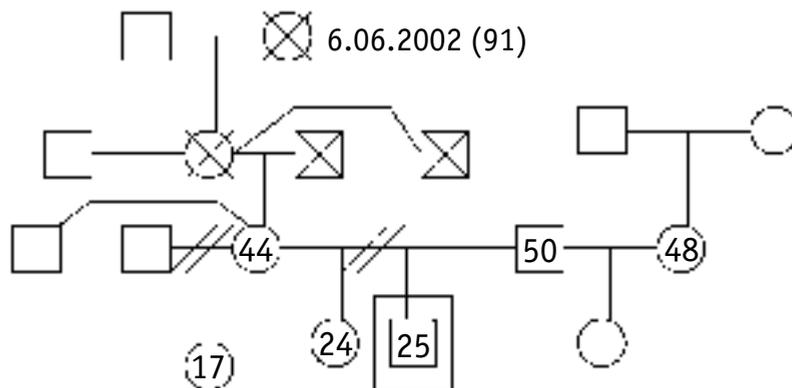


Рис. 4. Генограмма Антона

«женщины — стервы», подтачивала его в течение нескольких недель, и внезапная резкая боль в животе с коллаптоидным состоянием привела его к госпитализации.

При обсуждении с психотерапевтом психологических причин его заболевания отметил, что у него существует «психологическая стенка», особенно в отношении матери, двух других сестер, матери мачехи, отчима (с детства). С отцом и мачехой у него отношения хорошие. Еще за несколько лет до появления язвы стал портиться характер. Ухудшение состояния связывает со смертью друга, с которым вместе служили в армии. Появилась злость, наглость, авторитарность. Иногда ощущал себя домашним тираном. Работая программистом, часто конфликтует с руководством из-за невыполнения работы в срок. Устойчивых отношений с лицами противоположного пола установить не может. Была только одна случайная связь с проституткой во время службы в армии. Согласился пройти курс психотерапевтического лечения.

Основные проблемы юноши и возможные варианты психотерапевтических вмешательств отражены в таблице 4 (см. ниже).



Психотерапевтический диагноз. Психопатологических расстройств не выявлено. Уровень организации личности — пограничный. Тип характера — шизоидный. Отмечается вторичная выгода симптома. Аффективная сфера характеризуется следующими доминирующими аффектами: обида на мать, чувство одиночества, амбивалентное отношение к родителям, конфликт между зависимостью и независимостью, смена аффектов любви и ненависти. В объектных отношениях выявляется нестабильность. Пограничный уровень расстройства личности отражает расщепление Эго.

Обида на мать у пациента имеет ряд особенностей:

- 1) направленность — обращенность обиды на объект;
- 2) стадийность и динамичность — прохождение в своем развитии определенных стадий: от возникновения эмоции гнева до ощущения стойкой ненависти;
- 3) устойчивость во времени;
- 4) раннее формирование;
- 5) невозможность самостоятельно оценить и переработать этот аффект;
- 6) усиление обиды на фоне нарушений отношений с женщинами;
- 7) доминантная природа обиды как способ ослабления вины.

Прохождение психотерапии привело к значительному улучшению эмоционального состояния Антона. Самым трудным оказалось преодоление негативного эмоционального отношения к матери. Только совместная встреча сына с матерью, на которую она неожиданно для Антона с удовольствием согласилась, обсуждение семейных тем по генограмме раздельно с матерью и отцом привело к восстановлению адекватных эмоциональных отношений между членами семьи. Как сообщил отец Антона,

благодаря методу геносоциогаммы удалось осознать, как в трех семьях нарушалось внутреннее пространство каждого члена семьи. Обида на бывшую жену стала проходить. Начал понимать дочь, желающую самостоятельно выбрать вуз, не соглашаясь с мнением старших.

Катамнез через 2 года. Жалоб на физическое здоровье нет. Сменил место работы. Женат. Мать окончательно не простил.

ПЕРЕХОД К ЛИЧНОЙ ИЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ИСТОРИИ

Удобным переходом от симптомоцентрированного к личностно-ориентированному подходу служит вопрос. Можно спросить у пациента следующее: «Думаю, мне достаточно ясны основные причины, которые привели вас к психотерапевту, но мне хотелось бы узнать о том, почему вы решили обратиться именно сейчас?»

Цель этого вопроса — выяснить специфические факторы, которые заставили пациента обратиться за профессиональной помощью именно в данный момент его жизни. Этот вопрос помогает определить, обусловлен ли приход пациента определенным событием. Реакция пациента может также показать, выступает ли пациент добровольным участником интервью либо его вынудили пройти психотерапию родственники или друзья. Если пациент игнорирует ваш вопрос, следует проявлять настойчивость и добиваться ответа, возможно с помощью другого подхода, например, нарративного [Кулаков С. А., 2004; 2005]: «Чем проявлялся симптом, когда вы еще не ходили в школу? Как ему удастся удерживать власть над вами?»

Еще один важный пункт, который никак нельзя упустить — это опыт общения пациента с лицами помогающих профессий — психологами, врачами, психотерапевтами. Важно проанализировать воздействие этого прошлого опыта на текущее отношение пациента и семьи к лицам помогающих профессий. Например, мы можем узнать о предшествовавшем опыте общения пациента с психологами по тому, как он о них рассказывает, об испытанном чувстве вины или стыда, сформировавшем установку, что психологам нельзя доверять. Мы можем выявить и нейтральный опыт, например, предыдущий психолог был внимательным, но не предложил никаких вариантов лечения, передал всю ответственность за принятие решения пациенту, дав при этом понять, что лечение может помочь, но в большей мере — это пустая трата времени.

Этот момент важен, так как показывает проблемы, которые могут возникнуть с этой семьей или пациентом. Кроме того, специалист обобщает опыт предыдущих усилий других специалистов и их отношений с пациентом. Необходимо также провести границу между реальными фактами и переживаниями семьи по этому поводу. Осознать негативный опыт в конкретной ситуации не означает согласиться с утверждением, что предыдущий специалист — «плохой». Для пациента, имевшего многократный негативный опыт с представителями помогающих профессий, вопрос о его предыдущих обращениях может помочь определить, что данное обращение — другое, отличается от предыдущего. Сам факт обсуждения открывает возможность развития иных взаимоотношений.

НЕДИРЕКТИВНАЯ (НЕСТРУКТУРИРОВАННАЯ) СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРИ РАБОТЕ С ОБЪЕКТНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ ПАЦИЕНТА

Непосредственно после перехода к личной истории следует сохранять недирективную позицию. Важным источником информации служит уже то, на чем пациенты акцентируют внимание и чего они избегают. Это объясняется тем, что мы оставляем анализ симптоматики пациента и входим в новую, достаточно болезненную сферу интерперсональных отношений.

«Что, если вы начнете рассказывать мне о том, что помните из своего детства?»

«Наверное, будет лучше, если вы начнете рассказывать о том, где родились и выросли, а потом мы поговорим о тех важных подробностях, которые вам вспомнятся?»

«Расскажите, что вы помните о своем детстве».

Нарратив пациента проходит в свободной форме, но постепенно интервьюер задает уточняющие вопросы, фокусируя внимание на теме отношений. После короткого недирективного этапа (примерно от двух до пяти минут) можно перейти к более жесткой структуре. Зачастую пациенты начинают описывать актуальные на данный момент жизненные ситуации, касающиеся периода усиления симптомов. Описание этих событий может быть эмоционально насыщенным и показательным в диагностике отношения к своему заболеванию.

ДИРЕКТИВНАЯ (СТРУКТУРИРОВАННАЯ) СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРИ РАБОТЕ С ОБЪЕКТНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ ПАЦИЕНТА

Позволив пациенту в течение небольшого промежутка времени свободно говорить о событиях прошлого, которые он считает важными, следует снова изменить ход интервью и перейти к более директивному исследованию его объектных отношений. Данный блок интервью состоит из жизнеописания и включает в себя тест ранних воспоминаний и методику «Круг влияния».

При работе с этой методикой пациенту дается следующая инструкция. «Начертите небольшой круг в центре листа и впишите в него свое имя. Расположите рядом имена людей, которые оказали влияние на ваше взросление и воспитание до 18 лет. Их воздействие может быть как позитивным, так и негативным. Проведите линии к этим людям от вашего круга. Чем больше их влияние, тем толще и короче должны быть линии, и наоборот.

Напишите:

- имена этих людей;
- их роль по отношению к вам (мать, отец, друг, учитель и т. д.);
- эмоцию или короткую фразу, описывающую то, как вы переживали их влияние».

Экспериментально-психологические методики служат дополнением к клинико-психологическому интервью. В ходе беседы методики предъявляются в контексте нарратива пациента, дополняя его и способствуя осознанию. В Приложении 4 приведена классификация используемых методов.

В работе с тестом ранних воспоминаний особое внимание уделяется ведущему аффекту и присутствию его в настоящем, поведению значимых объектов и эмоциональному отношению к ним. Ведущий аффект, часто состоящий из полярных эмоций, требует дополнительного анализа и сопоставления с ходом всего изложения. В случае нечеткого изложения, связанного с сопротивлением или с другими причинами, специалист уточняет и конкретизирует информацию, помня при этом, что усиление конфронтации чревато потерей контакта с пациентом. В случае невозможности обратиться к раннему опыту в связи с конкретной ситуацией можно попросить респондента рассказать о своем детстве более широко или вспомнить что-то из более

позднего периода. Фокус расспросов направлен на прояснение отношений к значимым фигурам и их динамики. Так же исследуются другие отношения в семейной системе. Таким образом, тест ранних воспоминаний интегрируется в изучение анамнеза детства.

Методика «Круг влияния» дает возможность сопоставить и уточнить данные раннего анамнеза с более поздними событиями, влияющими на отношения. С ее помощью определяется социометрический статус значимых фигур и аффективная составляющая отношений. Анализ рефлексии пациента во время тестирования позволяет судить о степени зрелости Эго. В некоторых случаях, вопреки инструкции, пациенты в виде отдельного круга обозначают группу лиц или нечто неодушевленное. Относительно этих «отклонений» задаются уточняющие вопросы. В конце обследования респондента просят высказать свои мысли и чувства о рисунке.

На основании анализа историй пациентов мы выделили наиболее важные блоки с часто задаваемыми вопросами во время этой фазы интервью. Приведем примеры их описания, которые отражены в таблице 1.

Таблица 1

Наиболее важные блоки структурированной составляющей интервью при работе с объектными отношениями пациента

Диагностические блоки	Исследуемые категории	Описание	Примеры вопросов
Объект	Материнская фигура. Отцовская фигура. Супружеская фигура. Дети	Положительные и отрицательные качества, эмоциональная сфера, поведенческая составляющая. Расщепление объекта на «хороший» и «плохой», идеализация, обесценивание. Непосредственно стиль описания (подробность, аффективная заряженность повествования, реакция на пробную интерпретацию, невербальные проявления).	Назовите пять положительных и пять отрицательных черт характера матери. Как мать повела себя в ситуации Y? Чем X (симптом) занимался, когда вы еще не ходили в школу?
Описание отношений	Тип воспитания; аффект; удовлетворяемые потребности; фрустрации в отношениях (сейчас и ранее); наказания; факторы, про-	Отношения в родительской семье. Созависимость, права, алкоголизм. Дистанция в отношениях (субъективная оценка близости объекта). Нарциссическое расширение. Непосредственно стиль описания (подробность, аффективная заряженность повествования, реакция на пробную интерпретацию, невербальные проявления). Интер-	Что сделало вас уязвимым для матери в такой степени, что она может управлять вашей жизнью? Чего вам недоставало, когда произошел развод? Насколько справедливо вас наказывали? Есть ли что-то общее между вашим отношением к дочери и отношением матери к вам?

Диагностические блоки	Исследуемые категории	Описание	Примеры вопросов
Описание отношений	воцирующие регресс и препятствующие развитию	персональные отношения с лицами своего и противоположного пола	Как складывались отношения между родителями, в период, когда вы стали плохо учиться? Какие события или переживания в сфере отношений предшествуют симптомам или следуют за ними? (Изучение предшествующих событий-антецедентов, последствий-консеквентов)
Субъект	Аффект; целостность; способность к рефлексии; способность к дифференциации эмоций; саморегуляция; способности к «самозащите»; проявление «самостоятельности»	Несколько положительных и отрицательных качеств, сравнения, метафоры. Описание себя в разные периоды жизни и в разных обстоятельствах. Непосредственно стиль описания (подробность, аффективная заряженность повествования, реакция на пробную интерпретацию, невербальные проявления)	На что похож ваш гнев? Как он вами управляет? Как часто вы чувствуете, что теряете над собой контроль? Как бы вы себя чувствовали, если бы стали жить отдельно? Конфликтный ли вы человек? А что по этому поводу думают ваши близкие? Вы сказали, что любите своих родителей; чем отличается любовь к матери от любви к отцу?
Объектные отношения. Определение уровня организации личности	Выявление признаков психотического, пограничного или невротического уровня организации		

«Часто воспоминания, о которых сообщает пациент, имеют значение для его нынешней жизни, то есть эти воспоминания представляют основные темы или проблемы, которые пациент пытается разрешить в настоящем» [Adler A., 1931; цит. по *Соммерз-Фланаган Д. и Р.*, 2006. С. 278].

Когда пациенты сообщают исключительно о ярко негативных, либо ярко позитивных воспоминаниях, полезно задать несколько вопросов для выявления противоположного опыта. Учитывая тот факт, что личностная организация большого количества психосоматических пациентов по своей структуре является пограничной, полезно оценить, насколько сбалансированы позитивные и негативные детские воспоминания.

Следует подчеркнуть, что существует большая вероятность того, что при исследовании личной истории пациента обнару-

жаты эмоционально насыщенные воспоминания. Особенно это касается отношений с родителями. Слова, метафоры, использованные пациентом для описания своих родителей, могут нуждаться в дополнительном анализе или использоваться другим специалистом, например, в психодраматической проработке конфликта.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Последняя важная сфера, на которой сосредотачивается интервьюер во время первичного интервью — актуальное функционирование пациента. К этой теме нужно переходить ближе к окончанию интервью, поскольку она помогает пациенту вернуться из прошлого в настоящее, со всеми его преимуществами и стрессами. Окончание интервью должно подчеркивать сильные стороны пациента и ресурсы его окружения, а также ориентировать пациента на будущее и на постановку практических задач.

Развитие теории объектных отношений в клинической практике способствовало пониманию того, что каждый человек имеет определенный уровень развития личности (психотический, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и т. д.). Это означает, что каждому человеку свойственен определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства. Сторонники этой теории рассматривают психосоматические расстройства как архаические заболевания «Я» (Аммон), причем большинство пациентов имеют сопутствующее расстройство личности разной степени глубины. Одни функционируют на достаточно высоком уровне, другие находятся на ранних стадиях психоэмоционального развития.

Сущность структуры характера не может быть осознана без понимания двух различных и взаимодействующих друг с другом измерений — уровня развития личностной организации и защитного стиля внутри этого уровня (табл. 2). Согласно современным психоаналитическим представлениям, пациенты невротического уровня опираются, в основном, на более зрелые защиты; при этом они используют также и примитивные механизмы, хотя наличие последних не исключает диагноза структуры характера невротического уровня.

Типологическое измерение и измерение уровня развития личности

Типологическое измерение	Измерение уровня развития		
	Уровень от невроза до здоровья. Интеграция идентичности и константность объекта	Пограничный уровень. Сепарация—индивидуализация	Психотический уровень. Симбиоз
Психопатический			
Нарциссический			
Шизоидный			
Параноидный			
Депрессивный			
Мазохистический			
Обсессивно-компульсивный			
Истерический			
Диссоциативный			
Прочие			

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

Первое измерение отражает уровень индивидуации пациента или степень патологии (психотический, пограничный, невротический, «нормальный»); второе обозначает тип характера человека (параноидный, депрессивный, шизоидный и так далее). Оценка центральной проблемы индивида (безопасность, автономия или идентичность), характеристического переживания тревоги (тревога уничтожения, сепарационная тревога или более специфические страхи наказания, повреждения, потери контроля), основного конфликта развития (симбиотический, сепарация—индивидуация, эдипов конфликт), способности к объектным отношениям (монадические, диадные, триадные) и чувства собственного «Я» (подавленное, втянутое в сражение или ответственное) образует одно всестороннее измерение аналитической психодиагностики. По этой схеме многие аналитические диагносты определяют структуру личности пациента. На оси развития расположены три главные категории организации.

Фактически мы имеем дело с континуумом, имеющим отличия в степени выраженности. Следует отметить, что в условиях достаточно сильного стресса совершенно здоровый человек может иметь временную психотическую реакцию.

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

Таблица 3

Характеристики уровней нарушений

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

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

агрессивностью, жестокостью по отношению к миру. Здоровое и целостное Эго может возникнуть только на основе любви, эмпатии, уважения. Родительское отношение к ребенку, а также реакции на него значимых других будут определять самооценку и приспособительные функции на протяжении всей жизни.

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

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

В отличие от психических расстройств, которыми занимается психиатрия, при пограничной патологии вряд ли будут наблюдаться расстройства мышления, интеллектуальной сферы или другие выраженные психопатологические отклонения. Если такие проявления имеют место и исследователь испытывает затруднения при их верификации, то следует использовать такой диагностический инструментарий, как структурное интервью Кернберга, провести тщательное психопатологическое исследование.

Иными словами, если в клинике психосоматического расстройства не обнаружено выраженных органических изменений, то диагностический процесс направляется на изучение истории жизни пациента, ведущих конфликтов, схем, т. е. психологической составляющей заболевания. В связи с этим следует подчеркнуть важность психосоциального аспекта позитивной

диагностики, отражающего реальную жизненную ситуацию пациента, взаимоотношения его с членами семьи, их ожидания и требования по отношению к пациенту, способы разрешения им патогенной ситуации, характер используемых психологических защит и копинг-механизмов.

Отсюда следует, что важной задачей клинического психолога и психотерапевта является постановка психотерапевтического диагноза. Для него характерна функциональная направленность. Семиотикой психотерапевтического диагноза являются психология и психопатология развития, психопатологическая синдромология, мультимодальность как основной принцип функционального (многоосевого) диагноза, степень зрелости Эго.

В Приложении 5 описаны наиболее важные аспекты психодинамического диагноза, на которые необходимо обратить внимание. В отличие от психотерапевтического диагноза, предполагающего мультимодальный подход, психодинамический диагноз отражает отдельные характеристики структуры «Я» с позиций современной психодинамической парадигмы. При составлении клинико-психологического портрета пациента учитываются данные биографического анализа, регуляция и контроль влечений, оценка Эго, качество объектных отношений, автономные функции, оценка Суперэго и т. д.



О методиках изучения силы Эго и способах психологической диагностики, а также современной классификации психологических защит можно прочитать в книге О. В. Бермант-Поляковой «Посттравма: диагностика и терапия» (СПб.: Речь, 2006).

Следует принимать во внимание более низкую способность к вербализации у детей дошкольного и младшего школьного возраста по сравнению с подростками и взрослыми. Уже одна только эта особенность определяет необходимость значительных модификаций в процессе диагностики. В Приложении 4 (табл. 3) приведено распределение психодиагностических методов в соответствии с задачами психодинамического диагноза у детей.

С целью алгоритмизации процесса мы также составили карту первичной консультации психотерапевта, которая представляет схему полуструктурированного интервью для пациентов (Приложение б). Она позволяет интегрировать данные анамнеза, анализа объектных отношений и характеристики личности пациента (эгограммы). Изучение информации дает возможность не только продумать психотерапевтический (психодинамический) диагноз, но и решить, необходим ли в данном случае более тщательный психопатологический анализ.

В психотерапевтическом диагнозе (более широкое понятие) содержится информация, отражающая биопсихосоциальные причины происхождения проблемы или расстройства. Необходимость проведения дифференциальной диагностики, проведения психодиагностического исследования, изучения конкретных психических функций, например, мышления, также можно отразить в карте первичной консультации.

Завершая интервью, специалист предлагает пациенту рассказать о каких-либо важных отношениях со значимыми объектами, о которых не говорилось ранее.

Подобный вариант клинического интервью объединяет качественный анализ и экспериментально-психологические методы, что повышает достоверность полученной информации. Организация интервью позволяет использовать его не только в качестве диагностического инструмента, но и как психотерапевтическое вмешательство, особую форму разговорной техники. Сочетание метода интервью, проективных методик и тестов дает более достоверную картину.

В заключительной части интервью следует выявить влияние на пациента других систем (школы, работы, ровесников, родственников); определить, кто из членов семьи сможет сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям; убедиться в способностях и возможностях (физических, психологических) специалиста для работы с этим пациентом. Кроме того, специалисту необходимо обратить внимание на свой собственный эмоциональный ответ на контакт с пациентом — есть ли ощущение закрытости, защищенности, напряжения; проверить мотивацию пациента на получение психологической помощи.

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

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

Литература

1. *Абелин-Сас Г.* Первичное интервью: от психопатологии к экзистенциальному диагнозу // Журнал практической психологии и психоанализа. №1. Март, 2004 (Интернет-версия журнала: <http://psyjournal.ru/>).
2. *Духновский С. В.* Субъективная оценка межличностных отношений. Руководство по применению. СПб.: Речь, 2006.
3. *Кулаков С. А.* Супервизия в психотерапии. СПб.: ООО «Вита», 2004.
4. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. М.: Класс, 1998.
5. *Мясищев В. Н.* Психология отношений. М.: Воронеж, 1995.
6. *Решетников М. М.* Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб.: Издательство ВЕИП, 2003. С. 58–60.
7. *Роут Ш.* Диагноз психотерапевта и диагноз психиатра // Журнал практической психологии и психоанализа. № 1. 2004 (Интернет-версия журнала: <http://psyjournal.ru/>).
8. *Сандомирский М. Е.* Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. М.: Независимая фирма «Класс», 2005.
9. *Соломин И. Л.* Современные методы психологической экспресс-диагностики и профессионального консультирования. СПб.: Речь, 2006.
10. *Соммерз-Фланаган Дж., Соммерз-Фланаган Р.* Клиническое интервьюирование. 3-е издание. М.: Издательский дом «Вильямс», 2006.
11. *Справочник практического психолога. Психодиагностика / Под общ. ред. С. Т. Посоховой.* М.: Аст; СПб.: Сова, 2005.
12. *Старшенбаум Г. В.* Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003.
13. *Хиггинс Р.* Методы анализа клинических случаев: Руководство для начинающих психотерапевтов / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2003.
14. *Эриксон Э.* Идентичность: Юность и кризис. М.: Прогресс, 1996.

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ СЛУЧАЯ

Планирование терапии подразумевает использование полученной в ходе обследования информации для составления плана лечения и оценки его эффективности.

Существует несколько полезных моделей планирования терапии. Рассмотрим последовательно некоторые из них.

МНОГООСЕВОЙ ПОДХОД DSM-IV-TR

Пятиосевая классификационная система была разработана для того чтобы обеспечить систематизированную структуру для полной, описательной оценки психического состояния пациента и общего функционирования. Система включает следующие оси.

Ось № 1. Клинические расстройства.

Ось № 2. Расстройства личности, задержка психического развития.

Ось № 3. Общие соматические расстройства.

Ось № 4. Психосоциальные проблемы.

Ось № 5. Глобальная оценка функционирования.

Диагнозы по оси № 1 охватывают те клинические синдромы, которые, как правило, развиваются в период поздней юности или зрелости. Расстройствами, кодируемыми по оси № 1, являются диссоциативные и соматоформные расстройства (они часто способствуют обращению за медицинской помощью к врачам общей практики), биполярное расстройство, наркотическая и алкогольная зависимости. Эти расстройства чаще других поддаются медикаментозному лечению и психотерапии. Расстройства по оси № 2 трудно поддаются терапии или требуют увеличения ее продолжительности. Ось № 3 отражает главным образом соматические проблемы, частично может отражать психосоматические расстройства. Ось № 4 регистрирует психосоциальные стрессоры, воздействующие на пациента в течение последних 12 месяцев, которые имеют отношение обострению

текущего психического расстройства. Стрессор следует описывать настолько детально, насколько это необходимо для того чтобы показать, как он нарушает функционирование пациента. Отмечать следует даже слабые стрессоры, если они фигурируют в клинической картине. Ось № 5 регистрирует общий уровень функционирования пациента как во время оценки, так и на протяжении последнего года (от 100 баллов — высший уровень функционирования до 0 — неадекватная информация). У пациентов могут присутствовать несколько диагнозов по каждой оси. Иллюстрацией такого случая может служить возникновение психосоматического расстройства, представлявшего типичный пример мультиморбидности. В системном анализе его проблем использована многоосевая диагностика.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 8

Павел, 18 лет

Обратился к психотерапевту по поводу проблем с дикцией, которые впервые возникли в пятом классе. Нарушения дикции появляются в стрессовых, напряженных ситуациях. На момент обращения отчетливых дефектов речи не наблюдалось.

Наследственность и генетический анамнез

По линии матери. Все мужчины были сильными, крепкими, работающими, волевыми. Считались крупными специалистами в своем деле и умело вели хозяйство, что способствовало накоплению капитала в семье. Возраст смерти примерно одинаков — 87 лет. Отношения в семье — патриархат (но жен никогда не били). Все подчинялись мнению старшего мужчины в семье. У всех был единственный брак. По линии мужчин генетических и психических расстройств не возникало. Прадед по линии бабушки был есаулом. Воевал во время Первой мировой войны. Прадед по линии деда служил в отборных войсках в Китае. Дед строил дома.

Все женщины рожали много детей, новорожденные отличались большим весом, роды всегда проходили тяжело. Женщины по характеру были спокойными, работающими, покорными. Прабабка по линии деда умерла от голода, стараясь выкормить семерых детей. По линии бабушки прабабка сошла с ума, пытаясь выкормить детей, и также умерла от голода. Бабушка скончалась от рака поджелудочной железы в 68 лет. У нее зарегистрировано семь беременностей, два выкидыша вследствие механической травмы. Мать Павла также появилась на свет в результате тяжелых родов.

По линии отца. Как и по линии матери, мужчины придерживались патриархата в семье и были материально обеспечены. О прабабке и прадеде по линии деда имелись лишь сведения, что они слыли богатыми и известными людьми. По линии бабушки прадед умер в возрасте до 30 лет. Дед был участником двух войн. Страдал алкоголизмом. Был трижды женат. Умер в возрасте 79 лет.

Прабабка по линии матери — энергичная, умная, необразованная. Умерла в 92 года. Сама бабушка также не получила образования, была на-

божной домохозяйкой, но работой по дому занималась неохотно, во всем подчинялась мужу. У нее родилось 12 детей, шестеро умерли от детских болезней. Сама скончалась от рака желудка в 64 года.

Отношения внутри семьи, правила, установки никогда не раскрывались.

Семья Павла. Мать — главный бухгалтер крупного предприятия, доминирующая, привыкшая всех контролировать. Материально содержит семью. Имеет заболевание щитовидной железы (как и у ее матери).

Отец страдает алкогольной зависимостью, появившейся еще до рождения сына. Неоднократно проходил лечение, в том числе кодирование, но эффект был кратковременным. В настоящее время находится на пенсии по возрасту. По характеру мягкий, безвольный, легко подвержен чужому влиянию.

У Павла есть сестра, на тринадцать лет старше. Бабушек и дедушек он не помнит. Семья представляет закрытую систему, поддерживаются отношения только с родственниками матери, однако близкими их назвать нельзя.

История пациента. Мальчик родился от третьей беременности, вторая закончилась абортom. Отцу при рождении ребенка было 33 года, матери 34 года. Беременность нежелательная. Матери все настоятельно рекомендовали сделать аборт, но та решила сохранить ребенка.

При рождении мальчика была зарегистрирована клиническая смерть. Первые дни провел в боксе «под колпаком». Длительное время находился с матерью в больнице.

В детстве часто болел простудными заболеваниями. Детский сад посещал нерегулярно. Во время болезней мать ухаживала за мальчиком и проявляла теплоту и заботу, которой он не ощущал в периоды хорошего самочувствия. В возрасте **4–5 лет появились приступы, сопровождавшиеся спазмами в области гортани, удушьем, появлением страха смерти.** Приступы проходили после питья горячего чая.

С сестрой отношения амбивалентные: когда у нее было хорошее настроение — она играла с ним, гуляла, любила фотографировать его, знакомить с друзьями; в то же время, часто наказывала, а иногда била. Ревновала к матери, которая стала уделять больше внимания младшему ребенку.

В детском саду воспитатели любили мальчика, всегда относились к нему с нежностью. У него сложились хорошие взаимоотношения со сверстниками, появились друзья. Был конфликт с группой ребят, которые избивали других мальчишек, включая Павла, заводя их в раздевалку под каким-нибудь предлогом. Странно, что только Павел пытался как-то сопротивляться, но всегда безуспешно. Мать говорила с воспитателями, ее заверяли, что все в порядке, но ситуация не менялась. Дома в это время происходили постоянные ссоры по поводу пьянства отца, в которые часто втягивали сына, он постоянно плакал, даже от незначительного повышения голоса. Мать в целом хорошо относилась к мальчику, иногда ругала, физически наказывала, но не избивала. Сын тянулся к отцу, тот научил его различным играм (шахматы, шашки), столярному делу, брал с собой куда-нибудь, делал игрушки (сабля, лук), но это происходи-

ло редко, и мальчик испытывал дефицит в общении. Павел вспоминал ситуации, когда он с радостью бросался к отцу, чтобы поиграть с ним, но тот грубо отталкивал его, будучи в плохом настроении. При этом Павел испытывал чувство вины, что помешал отцу и обиду за то, что его не приняли. Мать формально уделяла мальчику много времени: каждое лето возила в санатории для восстановления здоровья, водила в кружки, спортивные секции и т. д., посещать которые он не любил.

Ему очень нравилось выезжать в другие места: там он освобождался от семейных ссор, появлялась возможность отдохнуть и поиграть в свое удовольствие, не отчитываясь о своих поступках. После возвращения из санатория все обычно расспрашивали, как он съездил, что также нравилось Павлу. В этом возрасте мальчик научился симулировать болезнь, чтобы не ходить в садик, больше времени проводить дома с родителями, кроме того, во время болезни ссоры утихали, и семья становилась более дружной.

К школе был подготовлен хорошо. Мать еще с детского сада насильно заставляла Павла рисовать, считать. В первый класс пошел в шесть лет.

Отношения с первой учительницей сложились неудачно. Она жаловалась на агрессивное поведение, невоспитанность ребенка. Бывали случаи, когда она настраивала учеников против Павла (выставляла напоказ в качестве негативного примера, публично унижала). Одноклассники недолюбливали мальчика, но серьезных конфликтов не возникало. Павел не помнит ни дня из младшей школы, когда мать не доводила его до истерики за невыполненное или плохо выполненное домашнее задание. **Мать поддерживала сына только во время физического недомогания.** Мальчик чувствовал себя виноватым в том, что не оправдывал надежд, и «закабаленным», потому что постоянно должен был что-то делать и соблюдать режим, как приказывали родители.

Павлу в это время очень нравилось смотреть по ночам фильмы ужасов, после чего он иногда просыпался или начинал кричать. В возрасте примерно 7–9 лет появился сильный страх находиться дома в одиночестве, который позже исчез.

Ссоры в семье продолжались по-прежнему с привлечением сына («Кого ты больше любишь? Давай свяжем ее...»).

Мать систематически публично упрекала, обвиняла сына, сравнивала с другими детьми не в его пользу. Отец практически никогда не влиял на воспитание мальчика.

Когда Павел учился в четвертом классе, семья сменила место жительства. В новом микрорайоне отношения со сверстниками складывались удачно. Павел был лидером группы ребят. Посещал прежнюю школу, и с пятого класса общение с одноклассниками наладилось. Учителя стали отмечать способности к гуманитарным предметам, особенно к иностранным языкам, с того же момента по этим предметам улучшилась успеваемость. Примерно в это время мальчик начал посещать кружок английского языка. Там отношения с ребятами, в отличие от школы, складывались напряженно. Мальчика обзывали, он злился, но сдерживал агрессию внутри себя. Вскоре появился страх «быть неправильно понятым», сложности с формулировкой мыслей, позже начал проглатывать и растягивать слова, плохо, невнятно говорить — так появились проблемы с дикцией.

В шестом классе Павел занялся восточными единоборствами. Тренер стал для него значимым человеком. Павел добивался успехов, часто занимал призовые места на соревнованиях. После этого отношение матери к сыну изменилось, она начала хвалить его, предоставлять ему больше самостоятельности, но и заставила посещать различные дополнительные занятия, которые его очень сильно изматывали (занимался помимо школы в двух кружках, у трех репетиторов, в двух секциях, ходил на курсы по математике, после чего делал уроки дома). Мать постоянно контролировала посещение факультативов. Павел не справлялся с такой нагрузкой, мать заявляла, что он ни на что не способен, и она зря вкладывает в него деньги. Павел с неохотой занимался по дополнительным программам, кроме спорта, ради которого часто прогуливал школу и кружки. Постепенно проблемы с дикцией стали усиливаться.

Начались конфликты с ребятами из параллельного класса, но до драк дело не доходило. Мальчик неохотно посещал школу. **Часто пытался симулировать болезнь.** Когда обман раскрывался, мать обижалась на сына, учителя его всячески унижали, одноклассники иронизировали, а он испытывал чувство вины.

О чувствах в семье никогда не говорили, предпочитали отмалчиваться. В возрасте примерно 11–12 лет появился страх выходить на улицу и быть в людных местах, который длился до конца 11 класса. Отношения в семье по-прежнему были натянутыми, отец стал пить еще больше, и ссоры участились.

В средней школе учителя отмечали, что мальчик выглядит бледным. В восьмом классе врачи заподозрили гепатит в связи с появлением желтизны склер, однако при обследовании точный диагноз поставить не смогли, т. к. все показатели, кроме билирубина, были в норме. Принимал гепатопротекторы, которые не помогали.

В подростковом возрасте в девятом классе появились ночные кошмары, ощущение паралича тела, присутствия кого-то в комнате, тактильные галлюцинации (прикосновения). Поделится своими страхами с матерью и какое-то время спал с родителями. Это длилось примерно в течение месяца. В дальнейшем сохранились только редко приходящие кошмары. Тем не менее в это же время стал одним из лидеров в секции, другие спортсмены уважали Павла и всегда стремились общаться с ним. Кроме того, подросток продолжал посещать дополнительные занятия.

В восьмом классе появилась вялость в середине дня, на которую Павел не обращал внимания, ссылаясь на усталость после школы. К концу восьмого класса необъяснимая тотальная усталость и вялость возросли, подросток мог спать целыми сутками, мало ел. Мать решила, что эти симптомы возникли из-за нестабильности шейного отдела (родовая травма) и попыталась сильно ограничить сына в его занятиях, усилить режим дня и полностью исключить спорт. Павел сопротивлялся ужесточению режима, и ему удалось настоять на своем. Постепенно симптомы ослабли до сильной усталости и общего недомогания в середине и конце дня, что сохранилось до момента обращения.

В конце девятого класса (накануне экзаменов) вообще перестал посещать школу, так как в течение месяца готовился к соревнованиям российско-

Билирубин — продукт распада гемоглобина, разрушаемый печенью Гепатопротекторы — препараты, защищающие печень от неблагоприятных воздействий

го уровня. Усиленная подготовка позволила юноше добиться серьезных успехов (чемпион России). В школе сразу же приобрел «плохую славу» (стал «белой вороной»), как среди учеников, так и среди учителей, но на открытую конфронтацию никто не решался. Учителя говорили, что «он ничего не умеет, так как у них были такие же спортсмены, но учились они всегда хорошо». Мать заставляла его сдавать те предметы, которые он не любил, да и не знал, но спорить с ней Павел не отваживался. Когда пришло время определяться, он записался на другие экзамены и затем просто поставил мать перед фактом. При подготовке к экзаменам появилась слезливость после сна (какой-то голос во сне постоянно обвинял его в том, что он ничего не может сделать для других).

В этот период Павел самовольно бросил всех репетиторов, кружки и одну секцию.

Желтуха Жильбера — редкое психосоматическое расстройство неясного характера

В десятом классе перешел в другую школу из-за ссор с учителями и учениками. Там началась совершенно другая жизнь. Смена школы прошла очень тяжело. В течение всего десятого класса чувствовал себя некомфортно. Ему было легче признаться, что он не сделал домашнее задание, чем выйти к доске и отвечать, даже если он был готов к уроку.

В начале десятого класса появились сильные боли в подреберье, ощущение кома в животе, который «застрял и никуда не мог продвинуться». Павел даже не мог стоять. Потом симптомы уменьшились до чувства тяжести в правом подреберье во время занятий спортом и положении лежа на спине или левом боку.

В областной клинической больнице поставлен диагноз: желтуха Жильбера, дискинезия желчевыводящих путей. Возобновились ночные кошмары.

В десятом классе стал посещать психологический кружок. С руководителем установились теплые отношения. Серьезно увлекся психологией, параллельно продолжал заниматься тхэквондо.

Мать перестала контролировать его учебу в школе, подчеркнув, что теперь он сам решает, что делать. Павел стал ездить на соревнования и на научные конференции, всегда занимал призовые места. В это время его статус сильно возрос в глазах окружающих.

Необходимо заметить, что как только юноша открывал любую книгу по психологии и начинал ее читать, у него тут же подскакивало давление, начиналась дрожь во всем теле. Далее он читать не мог, мысли куда-то уносили его. Появлялась сильная усталость, которая сохранялась весь день и вечер. Только ночью Павел мог позволить себе заняться чем-нибудь, так как усталость отступала. Особенно плохо чувствовал себя в выходные дни.

Ночные кошмары прекратились, когда Павел во сне стал драться с обидчиками, выбрасывал их из окна, выкалывал глаза, убивал, давил и выходил победителем. Почти сразу после ночных кошмаров появились симптомы нейродермита.

Отношения в семье сохранялись прежние. Ссоры уже доходили до драк, и Павел несколько раз избил своего отца, когда тот пытался унижать жену в присутствии сына. Психофизическое состояние юноши не из-

менилось: постоянная усталость, отчужденность, тяжесть в подреберье; в одиннадцатом классе оно постепенно стало ухудшаться.

В конце одиннадцатого класса мать, вопреки его аргументам о сдаче экзаменов, насильно госпитализировала юношу в областную клиническую больницу. Там ему назначали барбитураты (фенobarбитал) в больших дозах, от чего тяжесть в подреберье еще больше увеличилась, narocла выраженная отчужденность, замкнутость, вялость, сонливость, иногда по ночам возникали слуховые галлюцинации. Павел в больнице пытался готовиться к экзаменам. Был поставлен диагноз: хронический гепатит неясной этиологии. Позже этот диагноз был отвергнут. После выписки из медицинского учреждения усилилось чувство страха пребывания в местах скопления людей, а вечерняя вялость дошла до полного бездействия. Возникли жалобы на ощущение постоянного психологического дискомфорта, «невыносимости», появилась раздражительность, ненависть ко всем близким людям, которую он скрывал в себе.

Нейродермит — крупные множественные высыпания по всему телу, которые вызывают сильный зуд

Во время обучения в вузе в начале первого курса симптомы практически исчезли, но появился сильный нейродермит.

Стал сожительствовать с девушкой, которую не любил, но имел к ней сильное сексуальное влечение. Испытывал чувство вины за то, что использует ее. Зимой того же года отмечено необъяснимое ощущение оупения, сильное напряжение и сжатие в голове, «как будто работал всю неделю без отдыха», крайне выраженная усталость, пассивность. Жаловался на то, что «после сна встаешь еще более уставшим. Нет желания что-либо делать». К вечеру симптомы нарастали.

Вновь появилась раздражительность в связи с дискомфортом от постоянных и необоснованных пререканий, замечаний со стороны хозяйки (снял комнату в частной квартире), сопровождаемая чувством вины. Дополнительно к этому те же негативные эмоции испытывал в адрес с жившей с ним девушки. Возобновились прекратившиеся ранее боли в подреберье, зуд по всему телу начинался даже в том случае, если к Павлу кто-нибудь притрагивался, особенно ночью.

В университете с утра наблюдалась вспышка возбуждения, мгновенно переходящая в вялость, сонливость, утомленность, распространяясь на весь день.

С девушкой несколько раз ссорились и примирались. После очередного разрыва она предприняла попытку суицида, что послужило сигналом для Павла к окончательному разрыву отношений. По переезде на другую квартиру симптоматика резко пошла на убыль. Сохранялись лишь редкие головные боли и тяжесть в подреберье.

Обратился за консультацией к психотерапевту.

Во время первого интервью после краткого изложения анамнеза психотерапевт предложил обозначить те проблемы, над которыми Павел хотел работать. Юноша был мотивирован на проведение психотерапии, и ему рекомендовали пройти краткосрочный психотерапевтический курс. На одной из сессий при проведении арт-анализа через проективный рисунок «Моя отрицательная эмоция» был выявлен сильный неотрагированный аффект.



Обида
Бурлящий комок
Взрывчаый
Жесткий
Давящий

Рис. 5. Обида Павла (рисунок выполнялся в цвете)

Была определена ведущая жалоба Павла: симптомы со стороны печени, а не проблемы с дикцией, с которыми он обратился на прием к психотерапевту. Предположительно, молодой человек имел множество других проблем, над которыми, возможно, он захочет работать. Решено было тщательно изучить объектные отношения пациента.

В начале работы группы Павел практически не проявлял своих чувств, за исключением чувства вины.

Ко второй встрече Павел построил график самочувствия, на котором наблюдалась положительная динамика, а также поделился воспоминаниями раннего детства.

2–3 месяца. Очень расплывчато. Улыбка матери в ярких красках. Воспоминание мгновенно.

4–5 класс. В ванной комнате, он, голый, плачет: «Я скоро умру!» Мама говорит: «Перестань плакать, ты еще долго будешь жить». Эта ситуация в тот период повторялась неоднократно.

4–5 лет. Детский сад. Павел с мальчиками, с которыми у него были конфликты, сидел на горке. Один из них упал, стал громко плакать и пожаловался воспитателю. Она во всем обвинила Диму, не разобравшись в ситуации. Павел обозначил, что появилось чувство вины.

Павел на кровати спрятался за шкаф. Отец и мать ссорятся. Мальчик громко, почти истерично плачет, пытаясь привлечь внимание. Родители говорят: «Вот видишь, из-за тебя ребенок плачет», и продолжают ругаться.

Родители часто включали Павла в свои «разборки». Непрестанно спрашивали: «Скажи, кто тебе больше нравится?», на что ребенку было очень трудно ответить. Когда он выбирал одного из родителей, то чувствовал вину по отношению к другому.

Павел решил вернуться к работе с рисунком. Психотерапевт спросил у юноши: «Не хотел ли ты что-нибудь изменить в нем сегодня?» Он ответил, что закрасил бы пустоту оранжевым цветом. На вопрос, чего хочет болезнь, — ответил, что желает убить его и получает от этого удовольствие.

— Кто-нибудь еще так себя ведет?

— Мама, я сам.

Продолжил работу протагонистом в психодраме. Участники: мать, отец, сестра, Павел. Выбрав помощников из группы, рассказал о каждом члене семьи от его имени. На предложение, встретиться сегодня с кем-нибудь из них — выбрал мать. Значимая тема касалась ее контроля, нежелания отпускать сына от себя.

Когда исполнительница роли матери решила его отпустить и полностью передать ему ответственность, в том числе и финансовую, Павел оказался не готов к принятию новых обязательств и стал говорить о том, что он все же ее сын, и она не имеет права не помогать ему.

В конце занятия сообщил, что чувствует себя хорошо, но при этом отметил сильную усталость и опустошенность.

На третьей встрече сказал, что за прошедшее время симптомы со стороны печени его не беспокоили. Чувствовал себя бодро.

В четвертом занятии участвовал в качестве вспомогательного игрока. Психодрама была посвящена девушке с проблемой выбора жениха из двух имеющихся молодых людей. Павел выступал в роли молодого человека, с которым девушка в итоге рассталась. Давая обратную связь, сказал, что именно эта роль помогла ему почувствовать, что его собственная подруга также с ним рассталась «внутри него». Чувствовал облегчение и удовлетворенность.

В конце занятия при обмене чувствами свое состояние обозначил как хорошее, бодрое, активное. Есть ощущение, что повзрослел.

Пронаблюдав за психодрамой, где была воспроизведена сцена, во время которой при годовалом ребенке пьяный отец душил мать, Павел в конце занятия почувствовал очень сильную агрессию, сообщил о ней и стал бить ногой по полиэтиленовой пятилитровой бутылки с водой. Во время обсуждения поделился своими мстительными чувствами по отношению к отцу.

Мы описали начальный психотерапевтический этап — освобождение и взятие под контроль (контейнирование) младенческих нарциссических обид; как правило, их переживание и отреагирование ведет к изменению сознательных представлений о реальности. Павел в конце работы краткосрочной группы смог увидеть реальные отношения с матерью, в которых присутствовали также любовь, страх за жизнь сына, что отвергалось его сознанием и замещалось разросшейся фантазией о его притеснении и неприятии.

Павел нуждается в поддерживающей психотерапии, которая обеспечивает баланс поддержки и конфронтации.

В ходе психотерапии пациент учится чувствовать и символически выражать свое эмоциональное состояние, и в нем могут раскрыться новые, неизвестные ему ранее потенциалы и угрожающие аффекты. Например, пациент может почувствовать подавляемую ранее ярость (как в случае с Павлом).

Юноша мотивирован на прохождение психотерапии, а это служит положительным признаком в лечении психосоматического расстройства. Учитывая наличие выраженного астенического синдрома, решено подключить и биологическую терапию. Назначение гепатопротекторов, витаминных препаратов на фоне интегративной психотерапии, включавшей в себя групповую и индивидуально-раскрывающую, привели к значительному улучшению состояния Павла. Повышенные показатели печеночных проб пришли через год в норму.



Анализируя данный случай, необходимо подчеркнуть, что мы наблюдаем типичный пример коморбидности и даже мультиморбидности. Если обратиться к многоосевой классификации, то диагноз Павла определяется следующим образом.

1. Клинические психопатологические синдромы и другие релевантные клинические проблемы. Речь взхлеб (F98.6). Транзиторное психотическое расстройство (F 23.0).

2. Расстройства личности. Повышенная обидчивость и ранимость юноши, плохая переносимость критики, воспитание в дисфункциональной семье относят его к «группе риска» по формированию. В момент обращения нет полного соответствия критериям расстройства личности МКБ-10.

3. Соматические болезни. Функциональная юношеская желтуха (ювенильная желтушность). Нейродермит.

4. Аномальные психосоциальные условия. Дисфункциональная семья с длительным супружеским конфликтом и вовлечением в него детей. Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции.

5. Глобальный уровень функционирования (60). Юноша справляется со всеми возникающими проблемами (умеренные трудности в социальной, профессиональной или учебной деятельности).

Катамнез через 5 лет. Юноша периодически обращался за психотерапевтической помощью, но до конца не прошел ни одного курса лечения. Тем не менее отрыв от матери, наличие поддерживающего окружения привели к стабилизации его эмоционального состояния. Закончил обучение в университете, женился, отношения в новой семье стабильные. Сейчас отсутствуют практически все симптомы, кроме легкого недомогания днем. Однако, учитывая мультиморбидность и быстрое истощение ресурсов организма вплоть до психотической симптоматики в периоды выраженных стрессов в анамнезе, периодическое повышение печеночных проб говорить о полном успехе следует с осторожностью.



Подробнее о многоосевом подходе можно прочитать в книге «Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте» (СПб.: Речь, 2003).

МУЛЬТИМОДАЛЬНОСТЬ КАК ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ДИАГНОСТИКИ

Приверженцы мультимодального подхода ориентированы на теорию систем: улучшение функционирования на одном уровне приводит к позитивным изменениям на другом. Изолированное использование семейной, когнитивной, телесно-ориентированной психотерапии направлено на один аспект, тогда как в случае интеграции методов идет поиск максимально широкого воздействия.

Под *мультимодальной*, или *многометодной диагностикой* подразумевают умение интегрировать информацию, полученную разными методами, при этом диагност располагает определенными фундаментальными познаниями в диагностике, близко знаком с отдельными методами и умеет обобщать данные диагностики и использовать их для терапии.

Остановимся на некоторых подходах.

Мультимодальный подход Оудсхоорна

Для обучения психологов и психотерапевтов навыкам концептуализации и планированию семейной психотерапии нами адаптирована схема стратегической модели Оудсхоорна. При ее использовании любую проблему можно представить в виде «слоеного пирога» из шести уровней. Каждый уровень отражает соответствующие биопсихосоциальные теории, которые служат для выдвижения частных гипотез и подбора психотерапевтических вмешательств. Подход Оудсхоорна является мультимодальным, соотносится с многоосевыми классификациями психических расстройств, при его применении психоаналитические, поведенческие, когнитивные, коммуникативные и системные семейные теории не противоречат друг другу.

При анализе следует распределить жалобы и данные клинико-психологического исследования по уровням.

Уровень 1. *Проблемы с внешним социальным окружением.* Этот уровень рассматривает проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он охватывает, среди прочего, учебу в школе или работу членов семьи, отношения с дальними родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия и доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологических проблем неблагоприятными факторами внешней среды. Например, травля ребенка одноклассниками, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность, насилие на улице и иные психотравмирующие ситуации. Другие примеры отягощающих факторов микросоциального окружения: дискриминация одного из членов семьи, миграция или эмиграция семьи, хронические интерперсональные трудности коммуникации в школе или на работе, конфликтные отношения с одноклассниками, роль козла отпущения. При анализе демографической информации важно обращать внимание на расу, класс, культурный уровень семьи и сексуальную ориентацию. Особенно это касается тех семей, члены которых входят в недоминантную группу (например, член семьи — беженец из средней Азии или член семьи — гомосексуалист).

Уровень 2. *Проблемы в семье.* Рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Симптоматическое поведение «идентифицированного пациента» анализируется как следствие нарушений функционирования всей семьи или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальных характеристиках членов семьи, а на их взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. Придается большое значение сбору семейного анамнеза, где важно изучить структуру семьи, иерархию, определить сплоченность, установить границы, исследовать коммуникацию, рассмотреть треугольник как единицу оценки семьи, определить существуют ли коалиции, рассмотреть стадии жизненного цикла, проанализировать семейную историю, изучить горизонтальные и вертикальные стрессоры, определить функции симптомов в семейной системе (морфостатическая функция, морфогенетическая функция), выяснить их «коммуникативные метафоры». Системное мышление предполагает изучение не только непосредственного семейного окружения, но и всей экосистемы пациента. Описание микросоциального окружения (живущих рядом друзей, родственников и соседей) помогает нам узнать нюансы семейного жизненного пространства. Кто еще вовлечен в жизнь пациента? Кто из соседей или дальних родственников может быть включен в обсуждение проблемы? Кого из значимых других мы не включили в обсуждение? Живет ли семья в коммунальной квартире или снимает ее либо

живет в общезитии с новорожденным ребенком, который постоянно кричит? Заполнен ли дом фотографиями и детскими рисунками или он увешан коврами и набит антиквариатом, что считается более важным для этой супружеской пары, имеющей маленького ребенка?

Недавние изменения в организации семьи включают любые сдвиги в семье или их социальном окружении.

Уровень 3. *Когнитивные и поведенческие проблемы.* Этот уровень охватывает нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения пациента, объясняемые с позиции теории научения (стимул-реакция, положительное и отрицательное подкрепление, когнитивный дефицит или искажение); определение цепочки ABC: активирующее событие, убеждение, эмоциональные и поведенческие последствия; выявление специфических автоматических мыслей, предшествующих отрицательным эмоциям или дезадаптивному поведению (связь между иррациональными установками и поведением); контакт; невербальные признаки коммуникации; пассивное (пассивно-агрессивное), агрессивное или уверенное поведение; развитость социальных навыков; характеристика сферы общения пациента; самооценка — адекватная, низкая, завышенная; способность к адаптации, устойчивость к стрессу; копинг-механизмы (механизмы совладания с трудностями и со стрессом); мотивы поведения (в первую очередь, в сексуальной сфере и сфере агрессии, также следует обратить внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы, исследовать блокировку основных потребностей, определить временную перспективу); суицидные мысли и намерения; ресурсы и положительные особенности пациента.

Уровень 4. *Эмоциональные конфликты.* Эмоциональные расстройства имеют осознаваемую и неосознаваемую стороны (двойное дно); аффекты (следует особо описать такие аффекты, как тревога, депрессия, страх, чувство вины, апатия, депрессия); защитные системы (их можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения); невротические механизмы защиты — бессознательные способы редукации эмоционального напряжения. Необходимо учитывать фазы и периоды психического развития (Ковалев, Эльконин, Фрейд, Эриксон, Морено, Кернберг и др.), их своевременное прохождение ребенком, соответствие симптоматики возрасту.

Уровень 5. *Нарушения развития и личностные расстройства.* На этом уровне формируются длительные и глубинные отклонения. Это касается различных аспектов как «искаженного», так и «поврежденного» развития: аутизм, ядерные психопатии,

психогенные патологические формирования личности (краевые психопатии), а также специфические аномалии развития. Здесь дается характеристика степени личностной зрелости; проводится психоаналитическая диагностика личности; определяются уровни нарушений (невротический, пограничный, психотический); «условная приятность» симптомов. Изучается общая картина проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эго-синтонное расстройство). Эго-дистонное расстройство — осознаваемое и мешающее человеку; эго-синтонное расстройство — присущее личности и чаще мешающее микросоциальному окружению.

Уровень 6. *Биологические нарушения.* Формулируется гипотеза, согласно которой биологические факторы (отягощенная наследственность, пре-, пери- и постнатальные поражения ЦНС) являются ведущими в происхождении симптоматического поведения. Учитываются физические болезни и их влияние на становление личности. В этих случаях, в основном, оказывается медикаментозная помощь.

Мультимодальный профиль Лазаруса

Мультимодальный профиль Лазаруса — специфически организованный вариант системного анализа, проводимый по семи направлениям — BASIC-ID (по первым английским буквам: behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs — поведение, аффект, ощущения, представления, когниции, интерперсональные отношения, лекарства и биологические факторы). В практике это необходимо для планирования вариантов психотерапии и для обучения начинающих психологов методам интегративной психотерапии. Использование мультимодального профиля позволяет лучше понять проблему пациента, он соотносится с многоосевой диагностикой психических расстройств, дает возможность одновременно наметить варианты психотерапевтической работы (см. Учебный пример № 7).

Helicobacter pylori — бактерия, вызывающая воспаление и язву стенки желудка. Распространенная биологическая концепция возникновения язвенной болезни

Многолетняя практика выявила как преимущества, так и недостатки практического применения этих схем. Основным недостатком является отсутствие духовного уровня (экзистенциальные универсалии), что в случае игнорирования или невнимания к таким, например, феноменам, как свобода, ответственность, выбор, может приводить к ошибкам планирования психотерапии и рецидивам симптомов у пациента.

Мультиmodalный профиль пациента с язвенной болезнью

Параметры	Описание	Возможные варианты психотерапии
Поведение	Застенчивость	Поведенческий анализ, индивидуально проводимый тренинг уверенного поведения, групповая психотерапия
Эмоции	Обида на отца, ненависть к матери	Проработка этих проблем на индивидуальных сеансах психотерапии и краткосрочной групповой психотерапии
Ощущения	Скованность при разговоре с незнакомыми девушками	Вторичные телесные проявления должны устраниться в ходе проводимой психотерапии, приемы телесно-ориентированной психотерапии на отдельных занятиях
Представления	Повторяющийся сон о пережитой им аварии и картины смерти его друга	Проработка данной проблемы в гештальт-экспериментах, клинических ролевых играх
Когниции	Иррациональная установка генерализации: «всегда надо мстить за унижения»	Замена иррациональных установок на рациональные, позитивные
Межличностные отношения	Отрицательное отношение отца к бывшей жене, вовлечение сына в коалицию: конфликты с сестрой	Семейные сессии с каждым членом семьи
Лекарства	Антимикробные средства, направленные на уничтожение <i>helicobacter pylori</i>	Отмена по мере улучшения физического состояния и при отрицательных лабораторных пробах

Цветок потенциалов Ананьева

Проанализировав данные литературы последних лет, В. А. Ананьев рекомендует использовать следующие уровни для анализа информации, полученной у пациента.

1. *Уровень телесных ощущений и реакций* (психофизический). Характер функционирования психики является определяющим, когда речь заходит о телесном или физическом здоровье индивида.
2. *Уровень образов и представлений*. Позитивные (ресурсные) образы и представления способствуют формированию здоровых установок личности, тогда как негативные подкрепляют болезненные состояния.
3. *Уровень чувств* — способность человека адекватно выражать свои чувства, понимать и безоценочно принимать чувства других.

4. *Уровень самосознания и рефлексии.* Сформированная эго-идентичность и целостный позитивный образ «Я» в значительной степени обеспечивают здоровье личности, тогда как нарушение самосознания приводят к психическим расстройствам (яркая иллюстрация деперсонализации приведена в учебном примере № 21).
5. *Социокультуральный уровень:* акцент на межличностных системах (семейная система, разнообразные аспекты этнической психологии, дискурсы).
6. *Духовный уровень.* Болезнь может рассматриваться как этап духовного становления личности и личностного роста. Учитывается иерархия ценностей личности. С принятием решения, с выбором сопряжена ответственность человека за свою жизнь.
7. *Креативный уровень* (творческий аспект здоровья). Способность человека к созидающей активности, стремление к творческому самовыражению в жизни.
8. *Экологический уровень:* включает условия проживания, материальные условия, качество жизни.

В качестве иллюстрации приведем пример постановки многомерных гипотез с использованием цветка потенциалов В. А. Ананьева у пациентки с соматоформной дисфункцией.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 9

Юлия Г., 24 года

Впервые обратилась за помощью к психотерапевту в мае 2004 года после купированного врачами «скорой помощи» острого симпатоадреналового криза, сопровождаемого чувством страха.

История пациента. Родилась на Украине в семье служащих. Отец занимал крупный пост и всегда желал единственной дочери, чтобы она достигла высокого положения в обществе. Девушка росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. В 10 классе был обнаружен нефроптоз, и девушке запретили заниматься какими-либо видами спорта. Закончила в Киеве институт иностранных языков и осталась там работать в одном из госучреждений. Всегда свысока относилась к представителям русской нации, считая, что они лодыри и тунядцы. При этом у нее был роман с русским бизнесменом, который закончился разрывом через три месяца. Подходящего ее требованиям украинца она не нашла, и следующим объектом любовных отношений стал Петербургский бизнесмен Денис, работавший в совместной российско-украинской компании. По каким-то обстоятельствам их предприятие попало под надзор прокуратуры, и директора и нескольких сотрудников арестовали. Дениса через трое суток выпустили, и они с Юлией решили уехать в Петербург. Преодолев все трудности, Юлия в короткий срок оформила регистрацию и устроилась работать в одно из консульств, где быстро продвинулась по службе. На работе держалась высокомерно, могла сде-

дать грубое замечание коллегам, осуждала несоответствие в одежде, в манерах и т. д. Денису было труднее с работой, но и он вскоре нашел ее, хотя его выбор не соответствовал представлениям жены. В течение года проживания в Северной столице у Юлии не образовалось своего круга общения. Свободное время заполняла мелкими любовными интрижками, интернет-знакомствами. Ей доставляло удовольствие кружить голову англичанину, с которым познакомилась на приеме в консульстве, атаковать его бесконечными смс, не доводя дело до интимной близости. Несмотря на приличную зарплату, наличие однокомнатной квартиры, любовь своего мужа, испытывала недовольство собой, своими сотрудниками, петербургскими нравами, требованиями родителей вернуться на Украину, и к маю 2005 года нарастающее внутреннее напряжение привело к психосоматическому кризу.

Диагноз: соматоформная вегетативная дисфункция, нарциссическое расстройство личности, нефроптоз.

Проведено 7 сеансов, после чего наступил период отпусков и, несмотря на желание продолжить терапию, пациентка после отпуска не пришла

В мае 2006 года она появилась вновь, сообщив, что до апреля чувствовала себя прилично. Благодаря терапии отношения с мужем стабилизировались. Контакт с англичанином прервался, так как он женился на русской девушке и уехал. Сильное напряжение на работе, желание делать все на 100 процентов привели к перенапряжению нервной системы и к очередной декомпенсации. В марте наблюдался эпизод депрессии после того, как она плохо организовала прием у себя на работе. Принимала транквилизаторы, чтобы уснуть.

Депрессивные состояния в структуре нарциссического расстройства личности (*нарциссические депрессии*) обычно возникают в непосредственной связи с неудачами, поражениями и провалами в осуществлении собственных планов. Основным содержанием депрессивных переживаний является невозможность достичь успеха. В клинической картине нарциссической депрессии присутствуют мрачность, потеря смысла жизни, дисфорические реакции при межличностном общении. Выражено стремление максимально изолировать себя от окружающего мира, не контактировать с друзьями, знакомыми, сослуживцами. С целью избавления от гнетущих переживаний может быть выражено стремление заставить себя уснуть, для этого пациенты употребляют большие дозы алкоголя, снотворные, транквилизаторы, что создает дополнительную угрозу химической зависимости. Нарциссическая депрессия обычно кратковременна, длится несколько дней и сменяется приливом новых сил, энергии и выходом на новый виток нарциссической орбиты.

В момент повторного обращения симптоматика была более обширной: кроме кризов, беспокоил тремор в кистях рук («хотелось встряхнуть с себя что-то»), боли в коленном суставе, в эмоциональной сфере на-

блюдалась выраженная тревога. Состояния, описанные предшествующие кризу, описывала как «оцепенение, ширма».

Связь эмоций с телом была заметна и при проведении одного из вариантов арт-анализа. Юлия обозначила части тела на контуре (с использованием различных метафор) следующим образом (см. цветную вклейку рис. 2). В процессе диагностики, складывалось впечатление, что симптом (криз) был единственный способ уменьшить сверхконтроль пациентки над жизнью (криз контролировать невозможно!).

В течение 8 сеансов была проведен еще один курс психотерапии, а затем совместно с пациенткой перед отпуском был составлен антикризисный план. Несмотря на положительный перенос, мы предполагали, что терапия нарциссической личности сопряжена со срывом контакта и возможной девальвацией работы. В этом ключе эта методика предоставляла возможность пациентке отвечать за дальнейшие контакты.

Таблица 5

Антикризисный план Юлии

Потенциал	Описание	Способы коррекции, поиск решения и конкретные шаги по устранению кризиса
Физический = телесный	Психосоматика: боли в коленях, отсутствие аппетита, внутренняя дрожь, оцепенение — «ширма», периодический прием транквилизаторов	Занятия йогой. Занятия плаванием. Душ Шарко, циркулярный душ. Акупунктура
Эмоциональный = аффективный	Обида на себя, стыд, раздражительность, паника, тревога, страх, отчаяние, взрывчатость	10 обид (in general). Релаксация по Джейкобсону. Тренинг самоинструкции. Дыхательная гимнастика
Мыслительный = когнитивный	Делать все наилучшим образом (перфекционизм), идеализированные представления о браке (муже)	Антиустановки. Сравнение с собой (я тоже не идеальна). Это ужасно — это неприятно, но это можно пережить
Социальный = семейный	Структура: Симбиотическая связь с матерью, созависимость, разобщенность, коалиции, нарушения иерархии, закрытые границы, слабая родительская подсистема, периферический отец. Микродинамика: противоречивые требования и коммуникации, двойная связь, высокий контроль, идеология (культ успеха и внешнего благополучия, перфекционизм, недоверие к людям). Макродинамика (вертикальные стрессоры): семейные дисфункциональные сценарии. Идеология (культ успеха и внешнего благополучия)	Сохранять мораторий. Границы отношений
Креативный = творческий	Отсутствие спонтанности	Дрессировка кота. Вышивание. Эссе

Потенциал	Описание	Способы коррекции, поиск решения и конкретные шаги по устранению кризиса
Духовный = экзистенциальный	Враждебная картина мира, Отношение к своему будущему с чувством отчаяния, нарушение иерархии ценностей (патогенные и конфликтные ценности современной культуры фиксация на внешних атрибутах); экзистенциальный вакуум	Посещение храма. (Нагорная проповедь Христа). Посещение театров, выставок, музеев
Поведенческий	Зависимость от стресса, эксцентрика, деструктивные стратегии межличностных отношений, безразличие к людям	Мотивы, последствия. Обратная связь

Пациентка не пришла на встречу после отпуска, но сообщила, что половину плана она выполнила, в дальнейшем, возможно, сама справится со своей проблемой. Отношения с мужем хорошие, она благодарна ему за терпеливое отношение к своим непредсказуемым выражениям чувств.

Методика «DO A CLIENT MAP»

Удобной для запоминания формой концептуализации оказалась мнемоническая формула, предложенная Л. Селигмен, **DO A CLIENT MAP**. Каждая буква в начале слова обозначает определенный блок концептуализации. Рассмотрим этот подход.

Diagnosis — диагноз. Может включать многоосевой, психодинамический, клинический или любой другой вариант диагноза в зависимости от принадлежности специалиста к определенной школе диагностики и терапии.

Objectives — цели терапии. Большинство психотерапевтов, практикующих интегративные модели психотерапии, стремятся решить одну или несколько из перечисленных задач:

- провести функциональный поведенческий анализ и концептуализировать проблему;
- как можно быстрее убрать или уменьшить симптоматику;
- развить понимание пациентом своего расстройства;
- изменить представления пациента о себе и повысить его самоуважение;
- восстановить эмоциональное равновесие пациента;
- выявить у пациента и его семьи защитные факторы и ресурсы к самоизлечению;
- усилить копинг-механизмы пациента;

- скорректировать дезадаптивные формы поведения и иррациональные установки пациента;
- расширить временную перспективу пациента;
- развить компетентность пациента в социальном функционировании;
- помочь пациенту принять ответственность за свою жизнь;
- восстановить прежний уровень функционирования пациента.

Assessment — **необходимая диагностика:** параклинические и экспериментально-психологические методы, назначаемые в ходе терапии.

Clinician — **характеристика клинициста:** стиль работы, терапевтические отношения.

Location — **локализация терапии:** амбулаторное или стационарное лечение. В некоторых случаях стационарное лечение полезно тем, что может дать возможность оторваться от интенсивного вовлечения в жизнь пациента его семьи.

Intervention — **планируемое вмешательство.** Специалист обязан оценить вероятность того, что произойдет в случае применения психотерапевтических вмешательств или без них — все останется по-прежнему, улучшится или ухудшится, а также решить, какой курс терапии следует выбрать. Как мы помним, психотерапия психосоматических расстройств, в первую очередь, направлена на помощь в ликвидации нарушений в аффективной, когнитивной, духовной сферах, а не только на устранение симптомов или возврат к предшествующему уровню функционирования.

Emphasis — **направленность терапии:** директивная, недирективная, симптомо-центрированная, лично-ориентированная, поведенческая или аффективная ориентация.

Психотерапевт, вне зависимости от того, в каком направлении он работает, обязан информировать пациента об имеющемся у него выборе. Будет ошибкой сказать, например: «Я практикую психоанализ, и, если хотите попробовать, приходите в понедельник».

Nature — **природа терапии:** индивидуальная, семейная, групповая.

Timing — частота сеансов, продолжительность терапии и т. п.

Medication — **медикаменты.** Формирование (подбор) адекватного фармакологического (фармакотерапевтического) фона. В некоторых случаях степень депрессивного или тревожного

Психотерапия может быть как терапией с открытыми сроками (ОС), так и ограниченной во времени (ОВ). Название «терапия с открытыми сроками» используется чаще, чем «неограниченная по времени психотерапия», так оно в большей степени отражает временные аспекты психотерапии. Термин «терапия с открытыми сроками» означает, что окончание процесса терапии определяется участниками по ходу процесса лечения, в то время как термин «неограниченная» предполагает, что аспект времени вообще не рассматривается и ограничений не существует. ОВ обычно продолжается от 3 до 25 сессий, ОС — от нескольких месяцев до нескольких лет.

расстройства столь велика, что проведение психотерапии невозможно без сопутствующего медикаментозного вмешательства. Подбор медикаментов тщательно согласуется с пациентом. Считается правилом отменять препараты на фоне успешности психотерапии. Следует предостеречь от одной крайности в лечении психосоматического расстройства — делать ставку только на медикаменты.

Adjunct — **дополнительные ресурсы**, которые могут потребоваться: группа поддержки, супервизия, обучение.

Prognosis — **прогноз** — это формулирование предположений о поведении в определенных обстоятельствах. Перед специалистом в области психического здоровья всегда встает вопрос: «Насколько терапия одного пациента будет отличаться от терапии другого пациента, какой ее конечный результат?» Например, пациент, страдающий соматоформной вегетативной дисфункцией с сопутствующим расстройством личности, имеет больше шансов приобрести хроническое течение заболевания, чем пациент с аналогичной патологией, но имеющий целостную «Я»-концепцию (например, в случае Юлии Г.).

Оценка эффективности любых психотерапевтических мероприятий, проводимых с психосоматическими пациентами, должна осуществляться уже при постановке диагноза и определении личных целей пациента.

Во время приемного интервью думать о сомнительном прогнозе или возможном рецидиве можно в том случае, когда у направленного за психотерапевтической помощью пациента имеются нарушения по всем осям многоосевой классификации (мультиморбидность). Низкая мотивация пациента и семьи к изменениям — также плохой прогностический аспект.

Методика «Карта ума (mind map)»

По замыслу создателя этой методики, английского психолога Тони Бьюзона, она должна использовать все способности головного мозга в едином комплексе: речь, создание образов, числа, ритм, логику, цветовое и пространственное сознание. Техника выполнения в нашей модификации выглядит следующим образом. Необходимо взять лист бумаги А4 или А3 и набор цветных карандашей или пастели, а также коллекцию «кататимных предметов» (символических предметов, игрушек, кукол и т. д.). После проведения приемного интервью пациента просят сосредоточиться на основной проблеме (ведущем конфликте) и написать его (нарисовать образ) в центре листа. Начинать mind map нужно всегда с середины листа. Затем просят создать несколько ответвлений от центрального образа. Это могут быть ответвления, напоминающие аксоны, отходящие от нейрона. На концах этих отростков пациент пишет основные идеи, касающиеся рассматриваемой проблемы — «названия глав» по Тони Бьюзону. В другом случае — это рисунки или выбранные символические предметы.

Для того чтобы создать максимально эффективную карту, надо помнить об основных принципах.

1. Начинать построение карты всегда с центра.
2. Использовать как можно больше символов и образов.
3. Выделять ключевые слова и маркировать их особым шрифтом.
4. На протяжении всей карты использовать свой цветовой код.
5. Выделять ключевые моменты и показывать связи.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 10

Вера, 37 лет

Кататимные предметы — любые подручные средства, способные символизировать какие-либо части личности или внутренние и внешние объекты

Вера — руководитель психологической службы в одном из провинциальных городов. Находясь на конференции в Санкт-Петербурге, обратилась за психотерапевтической помощью. Ее беспокоили спазмы сосудов верхней конечности (установлен диагноз «синдром Рейно»), боли в суставах нижних конечностей, начинающиеся признаки профессионального выгорания. Так как она не могла пребывать более трех дней в Петербурге (заявка на краткосрочную терапию), задачей терапевта было максимально быстро провести диагностику и сосредоточить свои усилия на ядерной конфликтной теме или основных конфликтах пациентки. Выбор остановился на методике «Карта ума» (см. рис. 3 цветной вклейки). Вере было предложено использовать карандаши, цветные мелки, игрушки и кататимные предметы.

В центре листа она поместила свою ведущую проблему «Идеализация». С ней было связано жесткое воспитание матери-бухгалтера (книга с правилами), пытавшаяся во взрослом возрасте ее контролировать. Отец, военный, дома не имел своего слова, ему предназначалась роль «якоря» при матери. В юности в своей личности она отмечает следующие части «Я». «Военный» — это организованная часть (от отца), «Королева» — желание одеваться и выглядеть элегантно, «Девочка Элли» — идеализирующая ее часть, представлявшая, что стоит стукнуть хрустальным башмачком, и все желания исполнятся. Наконец, «Тигрица» — это часть личности отражает непредсказуемые вспышки гнева и возможность за себя постоять. Выйдя с таким набором в жизнь, Вера не была счастлива с первым женихом («мишка»), не вернувшись к ней после армии и в трех последующих браках (от первого и от второго брака имеет по ребенку). Последний муж страдал сахарным диабетом, имел ипохондрические переживания, практически не работал («тюфяк» на рисунке). Она не разводится с ним, жалеет. На горизонте появился другой мужчина («упакованный Человек-Паук»), недавно отсидевший срок за ДТП. Он был ее пациентом на консультации, в настоящее время успешно занимается бизнесом и предлагает выйти за нее замуж. К нему ее притягивает как «кролика к удаву». Свои части «Я» на листе ватмана она обозначила следующим образом. «Пистолет» — «это мой несносный характер, от которого можно застрелиться». «Свисток» — сторожевая, тревожная часть. «Скорпион» — творческая часть, склонная к самокопанию. «Девочка Элли» также сохранилась, как и агрессивная часть.

Вот с таким «путеводителем» мы с Верой провели трехдневную экскурсию по наиболее значимым для нее отношениям: с миром, с самой собой, с мужчинами.



Трудно сказать, что помогло Вере в этих занятиях, но после первого сеанса проявления синдрома Рейно прекратились (возможно, руки — это доверие к миру, и она стала больше доверять последнему, раскрыв свои переживания). Вернувшись в свой город, Вера сообщила, что подала на развод и выходит замуж за своего бизнесмена.

Таким образом, использование методики «Карта ума» сокращает количество времени, которое мы обычно тратим на обдумывание и решение проблем, позволяет достичь более высокой степени концентрации и более ясного видения ситуации.

Литература

1. Кулаков С. А. Супервизия в психотерапии: Учебное пособие для психотерапевтов и супервизоров. СПб.: ООО Медицинский центр С. П. Семенова «Вита», 2004.
2. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2002.

3. Прохазка Д., Норкрос Дж. Системы психотерапии: Пособие для специалистов области психотерапии и психологии. М., 2005.
4. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. М.: Независимая фирма «Класс», 2005.
5. Свирепо О. А., Туманова О. С. Образ, символ, метафора в современной психотерапии. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004.
6. Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. М.: Изд-во высшей школы психологии, 2003.

Глава 4

ПРИНЦИПЫ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Большинство современных теоретиков психодинамического, гуманистического и когнитивного подходов согласны с тем, что на людей значительное влияние оказывают текущие межличностные системы. Таблица 6 показывает современные представления о структурно-динамических характеристиках психики.

Таблица 6

Представления о структурно-динамических характеристиках психики в основных направлениях современной психотерапии: тенденции к сближению
[Холмогорова А. Б., 2006]

Направления психотерапии / Характеристики психики	Психодинамическая терапия	Когнитивно-поведенческая терапия	Экзистенциальная терапия, экзистенциальный анализ
Структура	Система представлений о себе и о мире (объектные репрезентации)	Система представлений о себе и о мире (когнитивные схемы: убеждения и верования)	Система представлений о себе и о мире («Я»-концепция)
Микродинамика	Отражение реальности (защитные механизмы)	Отражение реальности (когнитивные искажения)	Отражение реальности (искажения внутреннего опыта)
Макродинамика	Ранний опыт, характер привязанности (стадии развития объектных отношений)	Ранний опыт, характер привязанности (формирование когнитивных схем)	Ранний опыт, характер привязанности (формирование «Я»-концепции и ценностей)

Представители многих психотерапевтических школ разделяют три положения психодинамического подхода: подчеркивание важности изучения привязанности к родительским фигурам в раннем детстве для понимания актуальных межличностных проблем; признание существенной роли психотерапевтических отношений в эффективности терапии; видение конечной цели

терапии не столько в модификации поведенческих схем, сколько в прояснении и изменении интрапсихических моделей и схем, сложившихся в раннем детстве в результате дисфункциональных семейных отношений.

Конфликты в межличностных отношениях — основная психотерапевтическая мишень

Идея интериоризации, предложенная С. Л. Выготским, успешно нашла свое место на другом витке развития науки в теории объектных отношений. Исследования нарушений ядерных конфликтных тем и отношений к объектам (особо значимых отношений личности) все более сближают позиции западных авторов с теоретическими взглядами и практикой петербургской школы психотерапии.

Мир современного человека — это созданная им с помощью вербальных и образных знаковых средств интегральная репрезентация действительности, включающая в себя множество контекстов и смысловых паттернов, мир, в котором множественность внутреннего «Я» вступает в сложные взаимосвязи с множественностью возможных миров (Манеров В. Х. и др., 2006).

Бессознательное понимается как текст, а окружение как ноосфера, то есть ментальная, интрапсихическая, смысловая репрезентация «Я» и объекта. Три направления, существовавшие в XX столетии, дополняя друг друга, начали интегрироваться. В рамках самого психоанализа завоевывает место совершенно новая для психоанализа проблематика, связанная с изучением развития в полном смысле этого слова в виде категорий интернализации, межличностной коммуникации и отношений. В структуре субъективной реальности различают «внешний мир» — образы объективной реальности и «внутренний мир» — настроения, состояния, представления о себе, рефлексивные процессы и т. п.

Сумму репрезентантов называют идентичностью человека, поскольку речь здесь, прежде всего, идет о действительно важных ролях и схемах реакции.

Репрезентанты опыта, проникающего в мир переживаний, подразделяются на:

- 1) проприоцептивные репрезентанты (репрезентация первых ощущений);
- 2) иконические репрезентанты (репрезентация в образах);
- 3) символические репрезентанты (репрезентация в символах).

Специалист, работающий с психосоматическими пациентами, должен выяснить, каким образом у них происходит репрезентация мира. Каковы важнейшие репрезентанты объекта? Какие аффекты доминируют? Какие образы отражают тело?

Жесткие схемы в отношении своей личности, коммуникации и будущего являются основным источником психопатологии. Обычно такие схемы строятся по примитивной модели «или-или». В ходе психотерапии важно определить их источник. Обсуждая с психотерапевтом обстоятельства своей жизни, пациент получает возможность приобрести новый (корректирующий) эмоциональный опыт. Таким образом происходят изменения второго порядка, при которых фундаментально реорганизуется способ формирования взгляда индивида на мир.

В своей практике специалист развивает деконструктивное мышление: множественность и субъективность истин, приоритет понимания над знанием. Отделить проблему от пациента, дистанцироваться от нее — вот сверхзадача психотерапевта при работе с пациентом. Остановимся на некоторых вариантах деконструкции.

Переформулирование проблемы само по себе оказывает психокоррекционное действие. При этом может происходить, например, присвоение временного (функционального, ролевого) названия проблеме, «наименование сюжета». Главная функция нового названия — помочь людям, причастным к проблеме, избавиться от различных отрицательных ассоциаций, связанных с традиционным названием. Как известно, все посетители чатов пользуются только «никами» (от англ. nickname — прозвище), псевдонимами. Фактически смена имени есть тот обряд, который знаменует собой переход в иное состояние. Замена реального имени или названия на «карнавальное», юмористическое или оптимистическое название проблемы, придумывание прозвища призваны фиксировать выход из реальности и примкнуть к некоторому виртуальному социуму. Этот психотерапевтический подход особо приветствуется молодыми пациентами.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 11

Станислав, 19 лет

Станислав студент. В течение трех лет испытывал страдания от тошноты неясного происхождения. Своей болезни дал название «Фу» (рис. 6).

Это помогло отнестись к болезни скептически и поверить, что выздоровление возможно (см. также рис. 19). Основной причиной его заболевания оказалось несоответствие его амбиций оценке его истинных способностей значимым окружением.

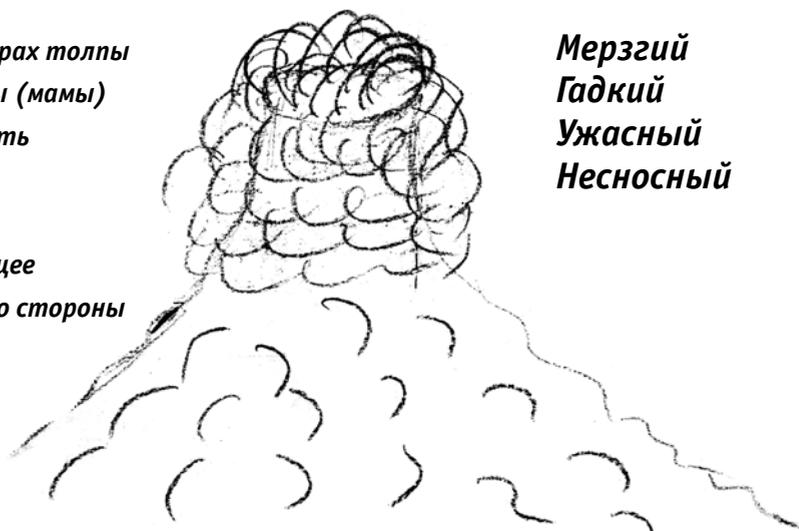


Рис. 6. «Фу»

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 12

Во втором случае девушка, страдавшая нервной анорексией, назвала свою проблему «Изверг Насти» (рис. 7). Обсуждая с пациенткой, что входит в «лаву ее вулкана» (работа с визуальной метафорой), удалось выявить перечень проблем, представляющих «мишени для психотерапии», выявить конфликт с матерью и навести на мысль, что необходимо использовать семейную психотерапию.

Панический страх толпы
Реакция толпы (мамы)
Отвественность
Одиночество
Самовнушение
Страх за будущее
Непонимание со стороны окружающих
Уроки
Экзамены



Мерзгий
Гадкий
Ужасный
Несносный

Рис. 7. «Изверг» Насти

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 13.

Приведем еще один пример деконструкции с элементами антинарратива. Дмитрий, 16 лет, страдавший частыми респираторными инфекциями, назвал свою проблему «Ball» (рис. 8).

ball

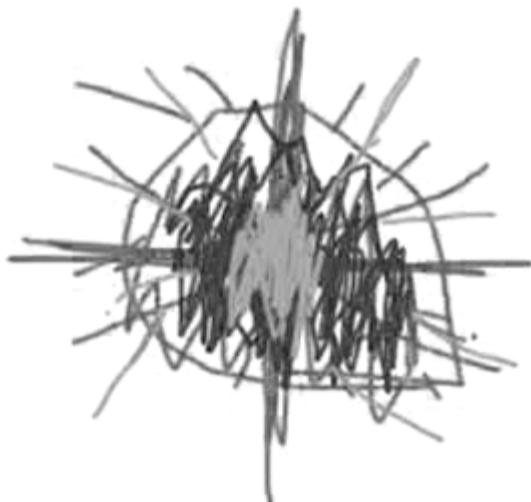


Рис. 8. «Ball»

В этом случае целью терапии по аналогии с дефолтом мы назвали «деболт», что вызвало у подростка интерес к «раскручивающим» занятиям несмотря на первичные ожидания от терапии — это будут очередные школьные уроки.

Удачно выбранное новое имя или определение помогает облегчить разговор о трудностях и выполняет роль трамплина для их преодоления.

Восприятие проблемы как друга. Этот способ помогает пациенту сохранять диссоциированное состояние. Например, подростку, страдающему фобией, предлагается рассмотреть страх как друга и обсудить его в третьем лице. Оба приема создают «экстернализирующий» (отстраненный от симптома) эффект.

В некоторых случаях, используя достижения современной компьютерной техники, пациент совместно с психотерапевтом создает коллаж, отражающий возникновение проблемы в динамике.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 14

Георгий, 19 лет

Георгий, страдавший в течение трех лет рецидивирующим нейродермитом, со школьных лет возненавидел девушек, насмехавшихся над ним за рыжий цвет волос и низкий рост. Мать не давала сыну эмоционального тепла, а иногда раздражалась на него, в гнев сравнивая со своим бывшим супругом. И хотя Георгий вырос, и цвет его волос вполне гармонировал с его внешностью, ненависть к женщинам как бы «приросла к нему». Он изолировался от людей, писал апокалипсические рассказы. На одном из занятий в ходе арт-анализа он выбрал из коллекции автора одну фотографию, метафорически отражавшую его проблему (рис. 9).



Рис. 9. Ненависть

Как-то раз совместно с пациентом мы создали следующий коллаж, где его симптом («Кровавые руки»), образы женщины-вамп и изоляции («Марсианин») соединены в одну композицию (цветная вклейка, рис. 4 «Инопланетянин»). Это дало возможность укрепить терапевтический контакт с недоверчивым вначале пациентом. Позже он признался, что ненависть давала ему возможность чувствовать себя уникальным, что свидетельствовало не только о шизоидном, но и нарциссическом радикале у юноши. Теме ненависти и работе с ней в различных техниках было посвящено более 15 сеансов.

Экстериоризация проблемы, вынесение вовне происходит с помощью ее образного представления. Этот механизм схож с тем, как происходит персонализация проблем у детей, которые часто переносят свои сложности на кукол, или материализуют продукт своего воображения в форме рисунка. Проведя манипуляции с этим внешним объектом, пациент как бы совершает «магическое» действие («психотерапевтическое Вуду» с проблемой) и тем самым стирает первоначальный неадаптивный стереотип и переучивается на собственных ошибках. Деконструктивные функции выполняет и арт-анализ (см. ниже).

Образ — емкий способ обработки и архивирования информации. Психотерапия представляется как процесс вынесения своих внутренних образов во внешний мир

Психотерапевт ищет скрытые смыслы, пространства и разрывы, признаки конфликтующих историй. Такая практика позволяет открыть доступ к тем аспектам жизненных нарративов, которые находятся на периферии и еще не обрели свою историю, ослабляя хватку доминирующих, ограничивающих историй. Следующая задача — помочь человеку представить описание своей жизни не как пассивно получаемые факты, но как активно конструируемый рассказ, поставить под сомнение неизменность жизненных нарративов. Кроме того, необходимо показать, что общепринятый смысл той или иной истории — это всего лишь одна из ее возможных интерпретаций, и избегая роли эксперта, помочь создать новый конструкт и развить его в случае необходимости. Здесь позиции нарративного подхода сближаются с экзистенциальным анализом. Психотерапевт и пациент вместе воссоздают историю и ведущий нарратив, который поддерживает дисфункциональные отношения и вызывает симптоматику. Психотерапевт помогает пациенту создать новую реальность, антинарратив — иной жизненный сценарий, искать альтернативные варианты поведения взамен

проблемных поведенческих и смысловых паттернов (см. Учебный пример № 29).

Работа с деструктивными аффектами составляет важную часть психотерапии. Прощение тех, кто нас раздражает, кого мы ненавидим, на кого обижаемся и т. п. является эффективным шагом для освобождения от травм прошлого. Ни один психотерапевт не будет отрицать, что прошлое влияет на настоящее. Но знание того, что отец дурно с вами обращался, ничего не даст, если вы не научитесь его прощать. Простить — значит приобрести личную силу. Однако следует предостеречь начинающих психотерапевтов, которые слишком быстро пытаются помочь пациенту избавиться от аффектов с помощью разных техник. Надо всегда помнить, что некоторые аффекты существовали годами, и необходимо терпение и время для их устранения.

Отношение к себе. Психотерапия в целом исходит из того, что любовь к себе, самоуважение должны быть не эгоистическим себялюбием, а реальной любовью к миру, к людям. Определяющую роль в неправильном отношении к себе играет иллюзорное стремление к некому стандарту, идеалу. Любовь, доверие и уважение к себе рассматриваются как основные компоненты самооценки. Неосознанные страхи, неадекватные сомнения в себе, невротический самоконтроль (а также связанная с этим потребность «быть под контролем»), фиксация жесткого представления о себе, становясь «ментальными привычками», рожают низкую самооценку.

Гибкость терапевтической тактики. Психотерапевт помогает пациентам проявить творчество в решении конфликтов. При этом он не должен действовать по схеме, следует быть готовым обсуждать с пациентом то, что его интересует, если этого требует ситуация. Часто необходимо бывает прибегнуть к другим видам активности или терапии (например, обсуждение проблем в ходе совместной прогулки, присоединение невербальной терапии). Психотерапевт должен отказаться от дистанции в общении, активно вторгаться в процесс лечения и, поддерживая в целом благожелательную и открытую атмосферу, твердо отстаивать свою точку зрения.

Интегративный подход предлагает эклектический подход к лечению — разные методы для разных людей. Некоторые пациенты с одним и тем же диагнозом имеют разные интересы, разные сильные и слабые стороны, и эти различия часто больше влияют на прогноз, чем сам диагноз. Некоторым пациентам может помочь телесно-ориентированная психотерапия. Другие пациенты получают больше от психодрамы и когнитивной психотерапии. Идет тенденция сочетания индивидуальной психотерапии с

другими видами психотерапии, особенно групповой и семейной. Преимущество групповой психотерапии заключается, с одной стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия распределяется между участниками группы, с другой стороны, при этом снижается уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения проблем с другими людьми. Если в эклектизме делается акцент на технической, практической стороне, на избирательном использовании различных видов вмешательства в применении к конкретной ситуации, то интеграция чаще ассоциируется с синтезом единой теории на основе различных подходов.

Следующий клинический пример является иллюстрацией подобной работы.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 15

Яна, 38 лет.

Анамнез. Родилась в провинциальном, до 1994 года засекреченном городке. Родители: мать — врач-педиатр, отец — инженер химик-технолог. С 1,5 месяцев на искусственном вскармливании. По рассказам родителей, была беспокойным ребенком. В шестимесячном возрасте начала посещать ясли-сад.

В возрасте 1 года вместе с группой детского сада была госпитализирована в детскую инфекционную больницу с диагнозом «дизентерия». Поскольку мать была детским врачом, она имела допуск в отделение, благодаря чему находилась в курсе самочувствия дочери и навещала ее даже днем. В то время подобное заболевание в таком масштабе, учитывая засекреченность города, расценивалось как чрезвычайное положение для медицинских работников и персонала детских садов и диверсия в отношении жителей: эпидемия охватила младшие группы почти всех детских садов-яслей в городе. В лечении применялся левомицетин, и его дозы были, по сегодняшним меркам, довольно высокими для маленьких детей.

Второй раз эта эпидемия повторилась спустя два года. И вновь девочку с группой детского сада госпитализировали в инфекционную больницу с тем же диагнозом. Вновь был назначен курс левомицетина, и при выписке из всей группы у одного ребенка понизился слух, а у Яны на щеках и локтевых сгибах появился диатез. До 7 лет девочка перенесла три ангины. В лечении был использован курс пенициллина. В то время диагноз «экссудативный диатез» редко встречался у детей, и его обострения не всегда можно было объяснить, так же как и понять причину, его вызывающую.

Из воспоминаний Яны. «Я могу воспроизвести образы впечатлений, оставшихся в памяти, о том времени, когда мне было 3,5 года. Ясно и четко всплывает образ больницы: в палате плачут дети, большая стеклянная стена, через которую видно коридор и отделение больницы. Я жду маму, стараюсь не плакать, ведь только ко мне одной может прийти мама, я волнуюсь и все время жду...»

«...Мама рассказывала, что она меня просила, чтобы я не плакала, когда мне делают уколы, ведь она — врач, и мне нельзя показывать другим детям плохой пример. И я действительно была терпеливой, старалась мужественно все переносить.

И когда я болела ангинами, все тяжелые процедуры дома для горла мама мне делала сама, и уколы тоже. Но дома я плакала, убегала, и меня надо было уговаривать, но уж если я соглашалась, то приходилось терпеть за счет усилий воли».

В семье была счастливая, добрая обстановка. Все детство окрашено яркими радостными воспоминаниями. Родители много занимались девочкой. В 4 года она уже каталась на лыжах, коньках. Отец учил Яну рисовать, предлагал интересные игры. Очень ярко вспоминает картины природы во время прогулок в лесу. В садике была активным ребенком, хорошо воспринимала любую информацию, была ответственной и старательной. Мать подрабатывала в ее детском саду врачом. Самое памятное воспоминание — это ощущение тревоги, которое становилось меньше, когда девочка знала, что мать рядом.

У Яны хорошо сохранилось в памяти переживания 5–6-летнего возраста, когда у матери и у отца совпадали ночные дежурства. Девочка понимала, что ей просто нужно лечь спать. Она всегда брала мамину вещь (как правило, это был красивый желтый домашний халат) и не выпускала ее из рук. Чувства одиночества не было, но опять возникала тревога, тревога ожидания, тревога по поводу того, сможет ли воздержаться от слез. И когда девочка чувствовала, что вот-вот заплачет, она надевала этот халат, чувствовала материнский запах, и ей становилось спокойнее, — приходило чувство умиротворения, и она засыпала.

В детском саду Яне часто, почти на всех утренниках, давали задание исполнить стихи, песни, и она очень старалась. Дома с отцом они совместно разучивали их, ей это нравилось. Но на самих утренниках появлялось то же беспокойство и тревога, сопровождающаяся увлажнением ладоней. Внешне девочка старалась не показывать этого, но внутри нее шла огромная борьба. А после того как она заканчивала выступление, состояние тревоги сразу не уходило, требовалось много времени, чтобы окончательно расслабиться и успокоиться. Здесь просматривается связь с тем обстоятельством, что с самого раннего детства ей было нужно, чтобы кто-то из родителей обязательно находился рядом, когда ее укладывали спать. Ей становилось легче, когда ее гладили, держали за руку или просто сидели рядом.

В 6,5 лет девочка пошла в музыкальную школу, где ей очень нравилось и многое получалось. Но во время экзаменов, зачетов на протяжении всего обучения она опять испытывала сильнейшее волнение, тревога перед началом выступления резко нарастала, в начале игры руки не слушались, тряслись колени. Из-за частых ангин, по настоянию врачей в 8,5 лет была проведена операция по удалению миндалин и аденоидов. Мать перед операцией подарила книгу «Четвертая высота», и они вместе читали ее. Героиня произведения стала для Яны примером мужества.

Из воспоминаний Яны: «Если ты будешь хорошо себя вести и не кричать на операции, то это будет твоя первая высота», — сказала мама перед

операцией. Все врачи знали ее, и я понимала, что я, дочка врача, не должна расплакаться. Стресс, конечно, был сильный, тревога огромная, еще и крики взрослой больной, доносившиеся из операционной, которые я слышала в коридоре, ожидая свою очередь, — всего этого уже было достаточно для большого волнения. Во время операции огромным усилием воли я не издала ни звука, и врач все время говорил, что если я так и буду держаться, то все пройдет быстрее. Ладони были мокрые, ноги дрожали, сердце стучало в висках. Все это, конечно, осталось в памяти как сплошной кошмар и ничего больше».

В школе девочка также всегда старалась: «Уже с первого класса могла тетрадами писать палочки и крючочки», за что родители ее хвалили. В музыкальной и средней школе она была отличницей до пятого класса. Потом появилась одна или две четверки, но это ее не расстраивало, так как она понимала, что много болеет и лучшего ей не добиться.

Когда Яне исполнилось 9,5 лет, в их семье родился брат Вася. Его все очень любили, девочка с радостью гуляла с коляской во дворе, бегала в молочную кухню. Но со временем у Яны снова появлялось чувство тревоги и беспокойства, если у брата случались болезни, неудачи в детском саду и школе. Родители работали, и ответственность частично была и на девочке.

Когда Яне исполнилось 11 лет, их семья переехала в Москву. В течение последующих четырех-пяти лет это оставалось для нее очень печальным событием. Она часто упрекала родителей за этот переезд, ей не понравился район, где они теперь жили. Состояние внутреннего волнения, желание вернуться обратно до сих пор захватывают при воспоминаниях о городе детства. Климат нового города был совсем другой, влажный, — все это привело к тому, что диатез (а в тот момент уже был поставлен иной диагноз — «нейродермит») стал обостряться чаще.

В летние каникулы девочка отдыхала у одной из своих бабушек, у которой были собака и кошка в доме. И она стала замечать, что после контакта с ними аллергия усиливалась. В возрасте 12 лет по возвращении с отдыха на Черном море (где семья проводила каждое лето) у нее был зарегистрирован фурункулез, от которого удалось избавиться в течение двух лет.

В 13 лет, находясь у бабушки во время летних каникул, девочка сильно простыла. Это обстоятельство на фоне присутствия животных в доме повлекло за собой усиление аллергии и возникновение в вечернее время сухого изнуряющего кашля (в дневное время кашель не беспокоил). Так прошел целый месяц. Когда приехала мать, Яне сделали рентгеноскопию легких и поставили диагноз «пневмония». Был назначен курс электрофореза и инъекций пенициллина. На этом фоне усилились аллергические проявления на коже. После возвращения домой девочку госпитализировали в больницу, и примерно на 3–4 день вечером случился первый приступ удушья, который прошел сам по себе. Но теперь каждый вечер затруднения дыхания повторялись. Лечение продолжалось, эти явления расценивались врачами как результат воспаления легких.

После выписки из больницы участились жалобы на затрудненное дыхание ближе к ночи. Мать предложила лекарство теофедрин, после его

приема через 20–30 минут наступало облегчение. В 1977 году Яне поставили диагноз «бронхиальная астма», который «не снят» по сей день. Болезнь доставляла неприятности, в ночное время приходилось будить родителей и до раннего утра бороться с удушьем. Мать начинала ругать Яну, что та специально ее зовет, что она сама виновата, опять простудилась — и вот теперь нужно ее лечить. Поэтому были ночи, когда она не будила мать, боясь, что ее будут ругать, и старалась продержаться до четырех утра, так как к утру приступы иногда сами проходили. Помогала и горячая вода, в которую она опускала кисти рук. Ухудшение физического состояния практически совпало с началом менструаций.

Из воспоминаний Яны: «Меня как будто подменили, внешность была как не моя. Одутловатое, сухое лицо с шелушащимися веками (аллергия), набрался вес, все время было психологически трудно держать себя как раньше, думала, что я некрасива, больна. Действие первых лекарств (солутан, теофедрин) окончательно отбило желание есть. Но так как считалось, что нужно хорошо питаться, чтобы выздороветь, все время приходилось впахивать в себя еду. После еды возникало состояние, будто организм ее не принимает, на все возникала аллергическая реакция».

Девочка продолжала хорошо учиться в двух школах. Это было трудно, но как-то компенсировало моральные страдания по поводу внешности. На момент окончания школы в 1982 году уже появились первые ингаляторы, что облегчило купирование приступов. В старших классах Яна стала вести активную общественную работу, играла в настольный теннис и поняла, что «кастму нужно загонять в хвост своей жизни», с одноклассниками после школы играла в волейбол, участвовала в ВИА школы. Самое трудное с психологической точки зрения — не показать окружающим ухудшение самочувствия. Если начинался приступ, девочка изо всех сил пыталась скрыть внешние его проявления и под каким-нибудь предлогом уходила домой. Школа находилась в пяти минутах ходьбы от дома.

Самые большие перемены наступили в связи с отъездом в Ленинград, в институт. Мать переживала и просила продержаться хотя бы одну сессию, чтобы потом перевестись в Москву. Но, к удивлению всей семьи, она стала меньше болеть. Приступы были намного реже и, как правило, усиливались в зимнее время. Перед экзаменом Яна старалась заранее выпить эуфиллин и принять дозу ингаляции бронхолитика, чтобы приступ не застал врасплох при однокурсниках. До четвертого курса никто не знал, что она два раза в день пользуется ингалятором. Приезжая домой на каникулы, она стала замечать, что там ей становилось хуже. Причину родители не понимали, считали, что дочь, наверное, простыла в дороге и т. д.

В 1987 году, на последнем курсе, Яна вышла замуж, и болезнь опять начала постепенно набирать силу. Молодожены жили у родителей мужа примерно шесть месяцев, и почти весь этот период Яна болела. Наблюдалось повышение температуры до 37,8°C, и врач вначале ставил диагноз «острое респираторное заболевание», но проходили недели, а пациентка не поправлялась. В доме жила собака, и, видимо, это являлось причиной ухудшения состояния. Когда Яна обратилась к аллергологам, те ей сообщили о получении «ежедневной ударной дозы аллергена». Время было

упущено, приступы участились. Когда стали снимать квартиру, состояние немного улучшилось. В 1988 году Яна забеременела. Самочувствие было хорошим, проблем с дыханием не возникало, и врачи подтвердили возможности излечения за счет ресурсов организма.

Первое серьезное ухудшение возникло, когда ребенку было 8 месяцев. Яна приехала навестить родителей, и примерно через две недели постепенно усилились спазмы бронхов, потребовавшие вызовов «скорой помощи». Тревога по поводу того, сможет ли она продолжать выполнять дела по дому и ухаживать за ребенком, была преобладающим аффектом. И спустя годы Яна часто вспоминает, как это чувство преследовало ее. Многих приступов она могла бы избежать, если бы вовремя откладывала домашние дела, согласовывала бы планы с возможностями. Если дома возникали конфликты, то их всегда завершал приступ. Но ни Яна, ни муж не связывали тогда эти проявления с психологической нагрузкой.

В 1992 году по причине больших перемен в нашей стране Яне пришлось сменить работу. До этого она работала инженером-конструктором вместе с мужем, теперь стала заниматься коммерческой деятельностью. Само направление деятельности ее не пугало, но внутренние конфликты и напряженный ритм работы привели к тому, что к 1995 году количество приступов возросло примерно до шести раз в день.

Времени на стационарное лечение не оставалось, но простого купирования приступов было явно недостаточно. В результате передозировки бронхолитиков Яна стала ощущать учащенное сердцебиение, появился тремор пальцев рук, все сложнее было найти время для отдыха. Чувство тревоги стало почти естественным. Первые годы семейной жизни особых психологических трудностей не представляли. Она и сейчас считает, что семейная жизнь удалась, и она счастлива с мужем. Однако основным и болезненным переживанием является осознание того факта, что они с мужем по-разному эмоционально реагируют и воспринимают мир.

В 1999 году, оказавшись на две недели в стационаре, она впервые посетила психотерапевта. Как открытие прозвучал для нее диагноз: бронхиальная астма, психозависимое течение.

Примерно в это же время Яна, вспомнив о финском происхождении своего мужа, приняла решение о переезде за границу. Ей удалось восстановить документы в архиве в Финляндии, добиться получения визы, но выехать смог только муж, семья осталась в России. Кроме того, перед выездом у мужа был обнаружен вирус гепатита «С», и прогноз врачей оказался неблагоприятным. На этом фоне Яне пришлось заниматься делами мужа, преодолевать сопротивление его бывшего шефа и возвращать долги, продав машину. Ожидаемой помощи и поддержки от семьи мужа она не получила. Свекровь звонила почти ежедневно и жаловалась на свое состояние, говорила о желании поскорее выехать, упрекала невестку за мелочи. Все это вызывало горькое чувство обиды. Муж звонил редко; приезжая в Россию, не оказывал ей эмоциональной поддержки. И последний год явился в психологическом плане самым трудным. Понимая, что многие приступы происходят именно из-за ее неблагоприятного психологического состояния, было недостаточно: Яна ничего не могла изменить. Чувство волнения, тревоги теперь уже в простейших жизнен-

ных ситуациях захватывали ее, приступы астмы возникали на работе, при просмотре фильма, прослушивании музыки или при обдумывании сложных деловых ситуаций или домашних дел. Управлять началом приступа, когда тревога только-только захватывала Яну, представляло для нее очень сложную задачу, ведь это чувство стало почти естественным.

В этом состоянии она обратилась к психотерапевту и начала делать первые шаги в осознанной психологической работе над лечением своей астмы, возраст которой составлял к тому времени уже 26 лет.

Концептуализация случая

В ходе первого интервью основные проблемы были обозначены следующим образом:

- 1) внутреннее несогласие и протест в отношениях со свекровью;
- 2) переживания по поводу болезни мужа: как жить дальше, зная, что близкий и любимый человек серьезно болен;
- 3) переживания из-за разъединения семьи, состояние ожидания и неизвестности;
- 4) противоречия внутри собственной семьи из-за различий эмоционального реагирования с мужем и дочерью;
- 5) ухудшение физического состояния после встречи с матерью;
- 6) вина и ответственность в объектных отношениях.

Определена одна из «семейных тем», которая препятствовала четкому определению границ с семьей мужа: мать Яны вступила в конфликт с родителями мужа, что послужило причиной сильного напряжения между родителями в первые годы их брака. Уровень организации личности — невротический, что способствует положительному прогнозу в отношении краткосрочной терапии психосоматического расстройства, несмотря на его длительность.

Проведено восемь сеансов индивидуальной психотерапии с акцентом на психодраматической переработке интра- и интерперсональных конфликтов (вербальная психотерапия). Учитывая значительное мышечное напряжение в верхней части туловища, с третьего занятия была подключена танцевально-двигательная терапия (невербальная психотерапия). Приводим протоколы сессий, записанные танцевальным терапевтом, куда включен анализ работы вербального терапевта.

Танцевальная терапия (индивидуальные сессии). В работе с пациенткой стояли следующие задачи: снятие тревожности; ослабление зависимости от ингалятора; обнаружение проблем, вызывающих тревогу и их переработка через движение и танцевальные импровизации.

Сессии проходили два раза в неделю в течение месяца. Таким образом, вместе с одним сеансом вербальной психотерапии в неделю, всего пациентка работала на трех психотерапевтических сессиях в течение каждых семи дней. Занятия пересекались только два раза, когда в один день была вербальная и невербальная психотерапия. Сессии танцевальной терапии проходили дома у Яны, где возможно было создать тихую и спокойную атмосферу. Релаксация проходила под музыку, специально подобранную для каждой конкретной сессии.

24.01.03

Цель сессии: выяснить, в какой части тела Яна имеет наибольшее напряжение. Тестирование до начала занятий позволило определить, насколько многочисленны те защиты, которыми она оградила свое внутреннее «Я».

В ходе занятий использовались и дыхательные упражнения, и упражнения для шейного отдела позвоночника, и точечный массаж биоактивных зон головы. Далее были задействованы упражнения для грудного отдела позвоночника, и после — гимнастика для рук, корпуса и ног. Вся гимнастика делалась под музыку. При выполнении упражнений на расслабление было видно, что они очень тяжело давались пациентке. Напряжения возникали в разных частях тела и носили характер блуждающей боли. Как отметила сама Яна, ей очень трудно было расслабить лоб и грудь, руки также плохо поддавались расслаблению. На рисунке, сделанном после релаксации, также можно было увидеть внутренние защиты, которые отражались через диагональные восьмерки. После рисования была импровизация под медленную и очень нежную мелодию. Кроме того, Яна пыталась почувствовать тишину в комнате, что тоже далось ей с трудом. Она сказала, что если она одна дома, то ей нужно все время что-то делать, она не может просто так сидеть и слушать тишину. Рисуночный тест после сессии отразил произошедшие изменения: превращение в «облачко» (как сказала Яна). «Я как-то растеклась», — уточнила она.

30.01.03

Цель: сформировать состояние расслабления, снять зажимы в теле, создать технику и удержать ее. Тест до занятий показал, что защиты на перинатальном уровне сохранились, но стали мягче.

Физические упражнения остались прежними. Добавились упражнения на рисование в воздухе, которые несли функцию открытия воображения. Под нежную спокойную музыку Яна рисовала солнце, звезды, луну, облака, цветы, дождь, ветер. Релаксацию выполнила намного лучше. Расслабилась все тело, даже надбровные дуги, напряжение в руках и груди ушло совсем. По окончании она нарисовала цветы, которые видела, лежа на диване. Они летали в воздухе и были такие красивые, что Яне казалось, что очень трудно нарисовать похожие. Ее рисунок говорит о дефиците проявлений конструктивного нарциссизма и богатом воображении, которое не реализовывалось из-за обстоятельств жизни. Яна окончила музыкальную школу, но очень давно не играла на пианино, а сегодня утром ей захотелось поиграть, чтобы при этом кто-нибудь сидел и слушал, но ее игра продолжалась недолго. Исполнять только для себя пока еще сложно.

Поделилась, что после сессии с вербальным психотерапевтом проблема со свекровью разрешилась (в психодраме был воспроизведен ее разговор со свекровью со сменой ролей), теперь она не воспринимает ее уже так негативно. Танцевальный терапевт поддержала эту тему работы вербального психотерапевта. Во время танцевальной импровизации руками строили стенку, открывали и закрывали ее, когда хотели. Музыка была спокойная, медленная, иногда возникали паузы, тогда только слушали

музыку. Тест после сессии: движение диагональных восьмерок стало медленным, напряжение постепенно уходит. Ингалятором не пользовалась два дня.

03.02.03

Так получилось, что сеанс танцевальной терапии начался сразу после окончания психодрамы, где Яна в роли протагониста воспроизвела сцену из шестилетнего возраста, в которой испытывала страх и необходимость соответствовать родительским эталонам поведения. Состояние ее было очень плохим, сообщила, что плакала несколько раз в маршрутном такси. Во время гимнастики выяснилось, что в груди, надбровных дугах, между бровями и в воротниковой зоне ощущалась боль. Вот когда понадобилась способность к импровизации: надо было при помощи упражнений активизировать работу двух полушарий. С одной стороны, необходимо поддержать работу вербального психотерапевта, и в то же время немного ослабить огромное телесное и умственное напряжение пациентки. Вначале с Яной проводились упражнения на динамическую релаксацию. Боль, сидевшая глубоко внутри, была очень сильно растревожена психодрамой и теперь «запрыгала» по всему телу. Мы сделали стенку руками вокруг тела, и Яна пыталась ее сломать. Сначала она протирала окошечко в стене, оно было голубое, руками откалывала кусочки и открывала много маленьких дверей у окошка, пыталась посмотреть в него, но ничего не увидела, открыть его не смогла. Все это происходило под музыку. Мы чертили в воздухе геометрические фигуры, символы природы, изображали ветер, дерево, дождь. Упражнения шли одно за другим, мы работали молча, это был один непрерывный танец. Музыка была медленная, но с явно выраженным пульсирующим ритмом, подходящим для дыхательных упражнений, которым я уделила очень много времени на этой сессии.

Глубокая релаксация проводилась в несколько этапов. Сначала воспроизводилась темнота и голубое окошечко, как будто это был иллюминатор. Яна вошла в это окошечко и увидела поляну и зеленое дерево, листья с золотыми брызгами, которые затем переросли в колосок. Яна поднялась наверх, затем через колосок вниз и снова наверх, держась за шарик, а потом попала на природу, там было хорошо и тихо. После релаксации было сделано только несколько медитативных упражнений. Яна гладила себя руками от лица через шею, тело, ноги, спереди и сбоку на расстоянии 10–15 см от тела. Когда упражнение было закончено, Яна поняла, как ей хотелось, чтобы кто-нибудь ее пожалел, когда она была маленькой и болела. Но в то же время, она осознала, что поддержка и слова жалости после психодрамы ей не понравились. Во время идентификационной обратной связи после психодрамы она искала защиту у терапевта, хотелось быть к нему поближе, руки были холодные, как перед приступом и тряслись, успокоилась только тогда, когда он взял ее за руку. Сильная тревога прошла, но проблема, с которой она работала на вербальной психотерапии, осталась. Между тем, с этого момента она спокойно могла все анализировать. Позднее она рассказала, что следующей ночью ей приснилось, будто она, маленькая девочка, которая не спала всю ночь, под утро смотрит на окно, колышущиеся занавески и боится позвать маму, так как у нее начался приступ, и мама будет ругаться.

Приступов астмы нет.

09.02.03

Цель: формирование внутренней тишины и покоя. Состояние хорошее, астма не беспокоит. Яна рассказала, что смогла полежать в ванне, чего давно не делала. Тест до сессии: закрытый бутон по диагонали справа налево. Чувства и воображение активизированы в большей степени.

Работа строилась на раскрытии этого бутона, все упражнения под музыку были направлены на это. Мы рисовали в воздухе лепестки цветов. Танцевали под музыку медленного вальса, движения строились на раскрытии рук снизу вверх и в стороны. В комнате сформировалась умиротворяющая атмосфера. На релаксацию она пошла очень быстро и с видимым удовольствием. В одно мгновение оказалась на диване: она уже знает, что делать. Дышит ритмично. На рисунке, сделанном после релаксации, можно видеть, как она вошла в состояние спокойного моря, умиротворения. И удивительны результаты теста после сессии: цветок раскрылся! Яна сама удивилась, что бутон раскрылся. Астма ее не беспокоит. Утром она задерживается в кровати, чтобы «впустить в себя тишину», — сообщила пациентка.

10.02.03

Приехал на два дня Герман (муж), но занятия не прерывались.

Цель: усиление личной силы, удержание спокойствия внутри себя. Во время тестирования до сессии она игриво сказала: «Вот я такая вот, кокетка». На самом деле она была очень уравновешена, спокойна.

Проводились гимнастические упражнения цигун, а затем Яна гладила себя и посылала чувство любви себе и окружающему. Затем была импровизация под быструю, темпераментную музыку: «Какие мы супер-красивые!» Потом шла гимнастика для усиления личной силы, крутили разноцветные шары перед животом. Релаксация прошла хорошо. Расслабляется теперь очень быстро.

На рисунке после релаксации можно видеть некоторое сопротивление в виде скалы, что вызвано приездом мужа. Но она сама преодолела это сопротивление и переработала его через водопад и море. Приступов астмы нет.

15.02.03

Яна пришла сразу после психодрамы, где она проигрывала ситуацию общения с мужем. Сказала, что психотерапевт и мужчина, игравший мужа, ее совсем «заморозили». На самом деле, во время психодрамы у членов группы возникла метафора по поводу неэмоционального, «замороженного мужа», — Кай, у которого в груди кусочек льда от Снежной Королевы. Темпераменты мужа и жены полностью противоположны.

Цель: поддержать вербальную терапию. Оказалось важным показать, что не все люди темпераментны, предложив Яне смену ролей: побыть самой холодной, почувствовать, каково это. А потом вернуться к своему темпераменту и с уважением отнестись к другому, возможно, даже поделиться с другим своим темпераментом.

На тесте Яна нарисовала себя «какой-то амебой-звездой, синей и холодной». Сказала, что муж черствый и что психотерапевт эту проблему не разрешил. Во время разговора звонила свекровь, она очень сдержанно с ней разговаривала и передала трубку дочери. Я тут же сказала: «Молодец, ты не волновалась, вот и Герман такой сдержанный. Есть много преимуществ в этом состоянии». Гимнастику делали на формирование сдержанного покоя, как бы отстраненно, но некоторые упражнения были чувственными. Мне хотелось поддержать вербальную терапию и сформировать состояние сдержанной вежливости. Мы танцевали под музыку старинного финского танца, салонного и размеренного. Герман — финн, и это его культура. Во время танца я спросила: «Тебе нравится так танцевать?» Она ответила: «Да, очень, кажется, я начала понимать мужа».

На релаксацию пошла без проблем, легла на спину, глаза закрыла, дыхание ровное, похоже, ей это даже стало нравиться.

Рисунок после релаксации показывает некое сопротивление — горы, холмы, которые она без труда преодолет. Как рассказала Яна, воздух был холодный, но, когда проходила трубу и вошла в голубой цвет, было очень хорошо и спокойно. А затем появилось солнце и тепло. Она, кажется, поняла покой Германа, что он не черствый, просто такой как есть. Приступов астмы нет.

Листок с тестом «Звезды и волны» доказывает ее спокойное состояние, штиль в волнах. Пространство разделено почти пополам, что означает гармонию с миром. Звезды прорисованы в геометрическом порядке, что говорит о рациональности. Звезды имеют разные конфигурации, что говорит о воображении. Число «семь» являет собой гармонию. Главная звезда слева — это муж, она в центре и справа дочка. Эти звезды явно выделены, любовь к семье, к родным превалирует. Признаков нарушения психосоматического статуса нет. Приступов астмы нет.

10.03.03

У нас был большой перерыв в сессиях, что само по себе нежелательно. За это время к Яне приезжала мама на две недели, в это же время приезжал муж, и свекровь приходила в гости. Как выяснилось на сеансе вербальной терапии, встреча с мамой всегда была для нее настолько большим стрессом, что даже поднималась температура. Так было и в этот раз.

Примечание вербального психотерапевта: хорошо, что она вспомнила этот эпизод на невербальной терапии. Пока она не проработает нарушенные объектные отношения с матерью, думать о стойкой ремиссии преждевременно.

Два дня, начиная с 5 марта, температура держалась на отметке 38°C, а затем снизилась до 37,5°C; при этом все дни в сессиях танцевальной терапии видимых признаков простуды не было. Опять вернулась тревога. И уже неделю утром и вечером она пользуется ингалятором.

Необходимо было все начинать сначала, даже на фоне температуры. Перед началом занятий она встречалась со свекровью, та передала подарок на 8 Марта. На контакт со свекровью идти побаивалась, но после

разговора со мной по телефону встретила с ней, и все прошло гладко. Эта тема уже закрыта.

Цель: снять эмоциональное напряжение, восстановить память о состоянии покоя, уменьшить телесные напряжения.

До занятия — температура 37,5°C; по самоотчету — состояние тревожности, напряжения в области груди и лба. Но работа с гимнастическими упражнениями показала, что на телесном уровне напряжений нет. Напряжение было только на эмоциональном уровне. При выполнении упражнения, в котором надо было сформировать шар в точке центра груди и раскрыть его, у Яны затряслись руки, точнее пальцы рук. В танцевальной импровизации под темпераментную музыку мы работали на сбрасывание отрицательных эмоций. У Яны это получилось очень хорошо. Во время релаксации сохранилось ощущение напряжения в области лба, все остальные части тела расслабились хорошо. Релаксация была долгой — 20–25 минут. Я меняла музыку, молча сидела рядом и контролировала ее состояние. Когда релаксация закончилась и Яна открыла глаза, мы начали обсуждать то, что она видела. По моему мнению, и это можно видеть на картине, она вошла в эмбриональное состояние. Был момент зачатия, когда женская клетка одновременно с зеленой мужской клеткой летели в матку. Белые ручки и головка, которые она видела, говорят о зарождении эмбриона. Видимо, в этот момент с мамой произошло что-то, отразившееся на развитии плода и последующем заболевании. Напряжение совсем ушло, температура снизилась до 36,9°C, но через два часа после моего ухода, вновь поднялась до 37,1°C. Приступов астмы не было, но, как сказала Яна, «они на подходе». Рисуночный тест в конце сессии: спиралевидный вихрь энергии, цвет спокойный.

12.03.03

Цель: удерживать состояние покоя, расслабляться с последующей концентрацией на природных символах. На предыдущей сессии я дала ей домашнее задание, которое давала раньше: полежать в постели, послушать шум города за окном и тишину внутри себя. Яна выполняет его каждый день, и оно хорошо получается.

Рисуночный тест в начале сессии: «Это какой-то веер, он колыхается и обдувает меня ветром», — сказала она. Вот этот колыхающийся веер у нее за спиной и явился отправной точкой в терапии на сегодня. Яна была спокойна, в теле напряжений не было. Все упражнения были направлены на природные символы. Мы рисовали в воздухе волны, звезды, облака, солнце, цветы. В танцевальной импровизации плавали, летали, грелись на солнышке и, главное — сажали дерево, поливали его, посылали ему любовь и тепло.

На рисунке, сделанном после релаксации, изображены семь березок. Яна сказала, что это ее любимое место, где она часто бывает. Именно туда она и погрузилась в начале релаксации и оттуда перенеслась на крыльях воображения в потоки голубого, спокойно пульсирующего цвета.

Состояние Яны спокойное, температура днем — 36,9°C, а вот вечером — 37,1°C, за эти дни она два раза пользовалась ингалятором. Нака-

нуне приняла антигриппин, думая, что температура может быть вызвана гриппом. Совместно с вербальным терапевтом опасались, не слишком ли интенсивна наша терапия, несмотря на положительную динамику. Яне нужно проработать отношения «я и мама» на вербальном уровне. Наша гипотеза состояла в том, что она была нежеланным ребенком, и что еще в чреве матери ей пришлось бороться за свое существование, а потом доказывать, что она «хорошая девочка» и не зря появилась на свет. Вот откуда тревога и астма. Мы решили продолжать вести работу над этой проблемой на двух уровнях, вербальном и невербальном. Яна сказала, что к ее проработке у вербального терапевта она пока не готова. Так что с прежней периодичностью продолжались сессии танцевальной терапии.

16.03.03

Сегодня в течение всего дня температура 36,5°C. Яна чувствует себя лучше, но ингалятором пользуется утром и вечером. Менструальный цикл начался на неделю раньше. Яна связывает температуру и небольшие приступы астмы с ним, говорит, что и раньше так бывало, если менструальный цикл смещался. Ее эмоциональное состояние спокойное, мышечные зажимы исчезли совсем.

Цель: родиться снова и получить питание из земли и солнца, прогреться внутри себя. Тест до сессии: настроение немного игривое, похоже на росток, который, завиваясь, растет и растет. Он красивый, хороший и о нем надо заботиться. Так Яна рассказывала, пока рисовала. От этого ростка я и строила свою терапию на этой сессии.

Начали сессию с точечного массажа, затем перешли к упражнениям для плечевого пояса, усиления личной силы, выполнили «стряхивание» всех проблем руками и ногами. Строили стенку руками и открывали ее свободно для всех, кто хочет войти. Изображали руками круги и затем входили в эти круги как в тоннели и выходили из них. Во время танцевальной импровизации Яна была подсолнухом, который рос из семечки. Она росла хорошо и с удовольствием, ей хорошо было в земле и на земле. Я поливала ее воображаемой водой и рисовала в воздухе солнце, которое шло по кругу утро — день — ночь. Яна-подсолнух поворачивалась за солнышком. Когда семечки у подсолнуха созрели, она сначала не хотела их никому отдавать. Но потом они все-таки лопнули и разлетелись вокруг. Когда она закончила танцевать, то сразу же легла на диван на релаксацию. Она входит в это состояние очень быстро и с удовольствием. В релаксации получился сильный эффект солнца — тепла и радуги — пульсации разных цветов. Думаю, она достаточно напиталась цветовой энергией и у нее произошла мощная цветовая гармонизация.

Тест после сессии: сильная энергия радуги и тепла. Температура после сессии — 36,2°C. В последующие дни она уже не поднималась. Ингалятором Яна пользуется только один раз, вечером.

25.03.03

Эту сессию снимали на видео с согласия Яны, и она немного нервничала. Рисуночный тест: закрытый бутон цветка, довольно холодный. Яна часто выбирает синий и желтый цвета, что говорит о некотором беспокойстве,

об эмоциональном и не всегда осознанном стремлении к тесным отношениям, потребности во внимании со стороны других людей.

Цель сессии: открыть ее сексуальность. Муж живет в другой стране, и они уже давно не были близки. Надо разбудить в ней женщину.

Телесных напряжений у Яны уже нет, поэтому мы начали сессию с общей укрепляющей гимнастики для подготовки тела к танцу. Мы танцевали под восточную музыку, представляли, что мы на берегу моря, вокруг кипарисы. Яна говорит: «Это Турция!» Мы танцевали турецкий танец живота, представили, что набираем воду в кувшин и несем его на голове, покачивая бедрами, мы шли по берегу реки к водопаду. Когда зазвучал мужской голос на кассете, мы закрылись легким шарфом, оставив только глаза, которые хитро блестели. А затем развивали и развивали восточные движения в пространстве. В конце танца пытались сконцентрировать всю нашу женскую сексуальность в нижней части живота при помощи медитативной техники. Я сказала: «Сбережем энергию до встречи с нашими мужчинами». Яна ответила, что ей даже жарко стало.

Релаксация прошла хорошо. Она уже сама делает все расслабляющие движения и следует за музыкой релаксации. Она научилась держать состояние покоя внутри себя, абстрагироваться от многих негативных вещей и знает, каким образом может психологически себя поддержать. Она научилась расслаблять свое тело и отдыхать, а это многого стоит. То, что рисунки на тесте за этот день получились мельче, — это влияние видеосъемки. Кассета была только на один час, и она не торопилась рисовать. Температура у нее по-прежнему нормальная, а ингалятором она пользуется чуть-чуть только вечером.

Что самое интересное, в этот же день Яна и дочь получили визу в Финляндию. Очень скоро вся семья будет вместе. Проблему с матерью она проработала на индивидуальной сессии с вербальным психотерапевтом, изъявив готовность работать с этой «ядерной конфликтной темой». Она осознала, что причиной ее напряжения было желание как и в детстве отчитаться перед матерью за свои поступки и множество иррациональных установок, вынесенных без критики из своей семьи.

Заключительная сессия

Последняя сессия была проведена совместно вербальным и невербальным психотерапевтами. Яну спросили, что она хотела бы получить от занятия. Она ответила: «Я чувствую, что моя жизнь станет иной в другой стране, и у меня появился страх говорить на чужом языке. Хотелось бы это разобрать». В ходе последующей части, проводимой вербальным психотерапевтом, Яна осознала, что хотя у нее сохраняются амбивалентные отношения с матерью, она в состоянии сама решить эту проблему.

Рисуночный тест до сессии: знак вопроса, только с другой стороны. Цель сессии: ответить на вопросы Яны. Мы начали, как всегда, с гимнастики, сначала общефизической укрепляющей, затем энергетической. После гимнастики стали импровизировать под финскую народную музыку. Я задействовала воображение Яны: мы строили дом с верандой на берегу моря, были чайками, которые свободно летают и садятся на воду. Во время танца и гимнастики я периодически вставляла реплики на

финском языке и Яна мне отвечала тоже на финском, так как она учила этот язык. Но в начале сессии сказала, что сейчас не может даже использовать его, — из-за того, что ее так долго не пускали в Финляндию, к мужу у нее возникла обида. Но теперь проблемы с языком у нее не было, она перешагнула этот барьер во время танца, не думая, на каком языке она отвечает.

После танцевальной импровизации мы работали с релаксацией. Раппорт прошел успешно. Я формировала у Яны картину финской природы на берегу Ботнического залива под музыку кантеле. Я назвала ее имя по-фински и сказала, что земля Суоми принимает ее. Образ Финляндии сформировался у Яны в виде лица женщины с национальной повязкой на голове. Вы можете видеть это на рисунке.

После того как Яна открыла глаза, раппорт принял вербальный психотерапевт. Он спросил, видела ли она стенку, находясь в полете, и из чего она сделана. Начался разбор стены. Метафорически кирпичами служили книги и журналы в ее комнате. Разобраны были страх неприятия, другие отрицательные эмоции. Настроение резко улучшилось: «Теперь этой стенки нет. Я могу быть и в России, и в Финляндии, оставаясь самой собой».

На последней сессии Яна заявила, что получила много от терапии. Практически не пользуется ингалятором.

Вот как она описала свои впечатления.

«Мои ощущения при работе над моими проблемами классическими методами психологии и невербальным методом различаются. Разница в общих чертах заключалась в следующем.

1. При классических методах мне труднее делать над собой усилие, пытаться контролировать свои эмоции, волнение и тревогу. Я понимаю, что мне мешает, но убирать то, что стало для меня естественным с годами болезни, — сложная задача. На невербальных сеансах процесс происходит явно незамеченным мной, я просто с удовольствием танцую, фантазирую, слушаю музыку, и в конце сеанса я выхожу в другом состоянии умиротворенности и покоя, которого естественным осознанным усилием воли мне, конечно, добиться трудно, а иногда и невозможно.

2. Более жесткое и травмирующее воздействие классических сеансов, конечно, переживалось как более трудное, и я иногда после них пребывала в состоянии дискомфорта и «раздрая». После сеансов невербальной терапии мне хотелось дольше сохранять покой и расслабление, которые наступали к концу сеанса, но это тоже было сложно. Хотя здесь, поскольку я уже побывала в этом состоянии и ощущениях, мне легче удавалось представить и понять, смогла ли я сама достичь этого равновесия.

3. Рисование, музыка, фантазия — это, в принципе, близкие для меня, приятные занятия, и этого мне даже не хватает в современной ритмичной жизни. Может, это близость к моему романтическому внутреннему миру...».

Теперь два психотерапевта, вербальный и невербальный, поставили заключительную точку в работе с этой пациенткой. Через неделю Яна бу-

дет уже в Финляндии, и мы хотели бы надеяться, что все у нее сложится как нельзя лучше.

Катамнез через 4 года. Живет в Финляндии. Получила постоянную работу. Вместе с мужем занимается бизнесом. Возникают лишь единичные приступы затрудненного дыхания слабой интенсивности в период волнений.



Подробнее с методиками, использованными танцевальным терапевтом, можно познакомиться в книге Э. Гренлунд и Н. Ю. Оганесян «Танцевальная терапия. Теория, методика, практика». СПб.: Речь, 2004.

Интегративная психотерапия — это нечто большее, чем просто набор различных техник или сплав различных теорий, это не что иное, как синтез философии и науки, эмпирического и феноменологического подходов, исследовательской работы и практики.

Литература

1. *Бастиаанс Я.* Вклад психоанализа в психосоматическую медицину // Журнал практической психологии и психоанализа. № 3. 2003 (Интернет-версия журнала: <http://psyjournal.ru/>).
2. *Бланкенбург В.* Экзистенциальный анализ // Журнал практической психологии и психоанализа. № 2. Июнь, 2004 (Интернет-версия журнала: <http://psyjournal.ru/>).
3. *Винникотт Д. В.* Психосоматическое заболевание в позитивном и негативном аспектах // Журнал практической психологии и психоанализа. № 3. 2003 (Интернет-источник: http://www.ipras.ru/ippp_rfr/j3p/all.php).
4. *Кулаков С. А.* Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2005.
5. *Лэнгле А.* Person: экзистенциально-аналитическая теория личности. Сборник статей. Пер. с нем. М.: Генезис, 2005.
6. *Лэнгле А.* Психотерапия — научный метод или духовная практика? // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 2.
7. *Малкина-Пых И. Г.* Психосоматика: новейший справочник. М.: Эксмо; СПб.: Сова, 2003.
8. *Манеров В. Х., Королева Н. Н., Богдановская И. М., Проект Ю. Л.* Миробразование и личностные феномены Интернет-коммуникации: монография. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2006.
9. *Менделевич В. Д., Соловьева С. Л.* Неврология и психосоматическая медицина. М.: Медпресс-информ, 2002.
10. Постмодернизм. Энциклопедия. Мн.: Интерпресс-сервис, 2001.
11. Психосоматические заболевания: Полный справочник. М.: Эксмо, 2003.
12. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. 3-е издание. СПб.: Питер, 2005.

13. *Соколова Е. Т.* Психотерапия: теория и практика. М., 2001.
14. *Философский словарь студента / Под общ. ред. В. Ф. Беркова и Ю. А. Харина.* Мн.: Тетра система, 2003.
15. *Франкл В.* Теория и терапия неврозов: Введение в логотерапию и экзистенциальный анализ. Пер. с нем. СПб., 2001.
16. *Фридман Дж., Комбс Дж.* Конструирование иных реальностей: Истории и рассказы как терапия / Пер. с англ. В. В. Самойлова. М.: Класс, 2001.
17. *Холмогорова А. Б.* Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Автореф. дисс. ... д-ра психол. наук. М., 2006.
18. *Холмс П.* Внутренний мир снаружи: Теория объектных отношений и психодрама. М.: Класс, 2000.

АЛГОРИТМ ВКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ИНТЕГРАТИВНУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ

ПЛАНИРОВАНИЕ ТЕРАПИИ

Первые сеансы психотерапии обычно нацелены на присоединение к пациенту, идентификацию проблемы, преодоление беспомощности, выбор приоритетного направления, обнаружение связи между иррациональным убеждением и эмоцией, выявление ошибок в мышлении, определение зон возможного изменения, включение пациента в интегративный подход.

В начале каждого занятия во время интервью совместными усилиями решается, какой перечень проблем будет затронут. Формированию ответственности за результат способствует «повестка дня» (прием когнитивно-поведенческой психотерапии), благодаря которой удастся последовательно прорабатывать психотерапевтические «мишени». Повестка дня обычно начинается с короткого обзора опыта пациента, вынесенного с последнего занятия. Она включает обратную связь психотерапевта по поводу домашних заданий. Затем пациента стимулируют высказываться, над какими проблемами он хотел бы работать на занятии (стимуляция ответственности). Иногда психотерапевт сам предлагает темы, которые считает целесообразным включить в повестку дня.

По окончании занятия суммируются (в некоторых случаях письменно) наиболее важные выводы психотерапевтического сеанса, анализируется эмоциональное состояние пациента. Наконец, совместно с ним определяется характер самостоятельной домашней работы, задачей которой служит закрепление знаний или умений, полученных на занятии.

Приведем наиболее типичные варианты домашних заданий.

Проработка аффектов и внутренних конфликтов, используя наработки программы реабилитации наркозависимых, в частности, Четвертый шаг «Взгляд внутрь себя» (Приложение 7).

Список удовольствий, которые может получать пациент независимо от другого человека.

Тренировка в альтернативных видах поведения, закрепление и воспроизведение новых способов поведения в реальной жизненной среде.

Библиотерапия: чтение художественной и научно-популярной литературы по проблеме пациента. Так пациентке, страдавшей язвенной болезнью из-за бесчувственности мужа (у которого, по-видимому, было нарциссическое расстройство личности), мы рекомендовали прочитать детектив А. Марининой «Замена объекта». В этом романе в аналогичной ситуации жена известного певца заняла иную экзистенциальную позицию. В другом случае женщине, прожившей в браке 15 лет и страдавшей от ревности в связи с изменой мужа, было рекомендовано изучение произведения А. Моруа «Письма к незнакомке». Пациентка в ходе чтения осознала, что, имея специальность врача и не работая уже 10 лет, она совсем не развивалась и стала скучной для мужа, что позволило ей взять личную ответственность за сложившуюся ситуацию, не делая скоропалительных выводов в аффекте.

Эстернализирующий эффект оказывает и изучение афоризмов. Так мужчине, страдавшему приступами безудержной ревности и не верившему в психотерапию, продолжить исследование своих проблем помогло крылатое выражение Чехова «Если жена тебе изменила, то радуйся, что она изменила тебе, а не отчеству».

Заполнение опросников. Данные экспериментально-психологических методик могут помочь при подтверждении гипотез и мотивировании пациента на терапию (Приложение 4).

Обзор основных проблем, обсуждавшихся на занятии.

Прослушивание кассеты с записью занятия.

Практика приемов совладания (копинг-поведения), релаксации. Могут использоваться медитативно-релаксационные сеансы известных психотерапевтов, записанных на компакт-дисках и имеющихся в продаже в Интернет-магазинах.

Ниже приведен список приемов, способствующих формированию копинг-поведения, которые составлены Георгием, 19 лет (см. Учебный пример № 14).

Основной проблемой юноши был слабый контроль агрессии. На одном из занятий он вместе с психотерапевтом составил следующую инструкцию с лозунгом «Я тренируюсь каждый день!».

Инструкция по работе с отрицательными эмоциями (ненавистью)

1. Будь готов к неприятностям.
2. Используй неприятности как сигнал, что пришло время для изменений.
3. Говори себе только хорошие слова и используй инструкции.

Подготовка к неприятностям

1. Отвергай беспомощность. Работай над собой, следуя плану.
2. Сохраняй позитивную установку, помни, что ненависть в справедливой ситуации нужна и полезна!

Некоторые самоутверждения:

- перестань беспокоиться об этом;
- ненависть не исправит положения;
- это неприятно, но это нельзя исправить;
- я чувствую напряжение — это естественно;
- что я могу предпринять взамен ненависти?
- нет причин бросать заниматься самоконтролем, это минутная слабость — думать, что у меня ничего не получится;
- позволю себе просто глубоко дышать и расслабиться.

Конфронтация

При столкновении с неприятностями и событиями, которые развиваются не по моему плану, использую упражнения и инструкции по преодолению слабостей:

- это хорошо, что я чувствую напряжение;
- это дает мне знать, что мне нужно проверить себя на прочность;
- я буду учиться справляться с ненавистью;
- я останавливаю неприятные мысли, говорю им: «Стоп!», представляю взамен приятную картину;
- когда меня начинает трясти, я вспоминаю расслабление, вызываю в памяти приятный образ, вспоминаю инструкции;
- я не хочу думать о своей ненависти, я буду представлять приятную картину; сейчас я сделаю перерыв, а потом решу, как поступить в этой ситуации;
- я не пытаюсь убрать ненависть совсем, я просто делаю ее переносимой для себя и других;

- я знаю, что моя ненависть мгновенно вспыхивает, но я могу держать ее под контролем.

Завершение ситуации

Ну, вот я и справился со своими чувствами! Я молодец! Никого не убил! Надо себя чем-то побаловать!

Инструкции, позволяющие вырабатывать альтернативы агрессивному поведению, юноша составил сам дома и на занятии вместе с психотерапевтом.

Инструкция для пациента
Как справиться с ненавистью

1. Некоторые отношения вообще не могут существовать. Не нужно приносить себя в жертву. Вспомнить анекдот про скорпиона и черепаху, в котором скорпион, несмотря на обещание не кусаться, не сдержал своего слова.
2. Принять все свои чувства в себе, но отложить расправу.
3. Написать предавшей однокласснице письмо.
4. Объясниться по телефону, но, чтобы «не ехала крыша», заготовить шпаргалку, о чем нужно будет сказать.
5. Объясниться лично, начиная со слов: «Мне не нравится...». Быть готовым к любой реакции.
6. В воображении представить, как я убиваю своего врага, тогда в реальности уменьшаются возможности сделать это.
7. Найти кого-то, с кем можно поделиться своими чувствами.
8. Исповедаться в грехах священнику (ненависть — это тоже грех).
9. Порвать фотографию (нарисованный портрет) обидчика.
10. Устроить очищение в ванне. Набрать воду, создать пену, поставить свечи: пусть ненависть сгорает в пламени свечи.
11. Вспомнить русскую поговорку: «Как аукнется, так и откликнется».
12. Мой успех и личные достижения — лучший способ отомстить.
13. Прощать зло и помнить о том, что жизнь дана для развития моей собственной души и способностей.
14. Помнить, что люди могут раскаяться в своих поступках и измениться.
15. Иногда полезно задуматься, почему человек поступил так.
16. Попросить помощи у того, кого ненавидишь.
17. Гнев и ненависть является одним из смертных грехов, разрушающих душу, приводящих к смерти души при живом теле. В основе его нередко лежит гордыня — желание отличаться от других, не прощать ошибки, отомстить.

18. Придумать анекдот, шутку по поводу конкретного случая, когда вспыхнула ненависть. Юмор является противоядием, противоположностью ненависти.
19. За каждое проявление ненависти выстроить систему штрафов. Например, пожертвовать в помощь брошенным животным пять рублей, если разозлился не в меру и по незначительному поводу.
20. Полезной является работа над преобразованием образа агрессивного персонажа (это прodelьвается на занятии с психотерапевтом).
21. Если в течение недели удалось удержаться от ненависти и других разрушительных действий, необходимо поощрить себя чем-либо.

Написание автобиографического отрывка (см. Учебный пример № 3).

После определения «мишеней» психотерапии наиболее подходящие приемы для работы с пациентами подбираются творчески. Выбор их зависит от опыта психотерапевта. Для начинающих психологов мы предлагаем использовать «решетку Лазаруса» (действует как лощманская проводка при проходе корабля в опасных местах) или подбирать приемы, которые в большей степени влияют на один из уровней личности пациента (эмоциональный, семейный, когнитивный, духовный и т. д.).

Приемы интегративной психотерапии основаны на изменении неадекватных стереотипов поведения, часто сопровождаемых тревогой, агрессией или депрессией, представлений, которыми личность реагирует на внешние события.

Уточнение запроса. Как создать мотивацию «Что делать?»
Потребность в любом виде лечения и отсутствие рецидивов в дальнейшем будет зависеть от системной оценки проблем в различных областях: в семье, в школе, в межличностном общении, в индивидуальном психологическом функционировании, в мотивации на лечение. Повысить мотивацию пациента к изменению может неподдельный интерес к его личности, приведение примеров из других случаев. Также может помочь обсуждение с пациентом данных психологического тестирования.

Планирование лечебных мероприятий не должно ограничиваться лишь узким кругом психотерапевтических и психосоциальных воздействий, чаще всего следует рассматривать всю палитру возможных медицинских, психотерапевтических и психосоциальных вмешательств, предполагая возможность их одновременного использования.

Специальное планирование психотерапии охватывает следующие вопросы.

1. *Основное содержание:* в чем заключается смысловой акцент психотерапии?
2. *Методический подход:* как могут быть достигнуты поставленные цели, какие психотерапевтические методы наиболее подходят для этого?
3. *Организационные моменты:* в каком составе и с какой интенсивностью должны проходить сеансы психотерапии?
4. *Согласованность компонентов психотерапии:* как могут сочетаться между собой выбранные методы и места их проведения?

ФАЗЫ И ЦЕЛИ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Фазы и цели интегративной психотерапии отражены в таблице 7.

Таблица 7

Фазы и цели интегративной психотерапии

Фаза 1. Показания	
Цели:	Средства:
<ul style="list-style-type: none"> • точное и полное понимание жалоб пациента; • постановка диагноза; • информирование пациента о терапии; • выбор подходящих терапевтических методов (амбулаторная или стационарная психотерапия? сочетание с лекарственной терапией? какие конкретно методы?); • подтверждение информированного согласия; • объяснение этиологии. 	<ul style="list-style-type: none"> • интервью/анамнез; • гипотетико-дедуктивный метод; • эвристическое мышление; • формирование диагностического впечатления; • концептуализация; • личностные и клинические тесты; • параклинические методы обследования; • предоставление информации; • эмпатическое понимание, слушание, общение; • экспериментально-психологические методы; • терапевтический контракт.
Фаза 2. Создание терапевтических отношений и объяснение проблемы и целей терапии	
Цели:	Средства:
<ul style="list-style-type: none"> • ролевое структурирование (объяснение пациенту его роли — роли пациента); • формирование ожидания позитивных изменений; • выражение разнообразных аффектов по отношению к психотерапевту и ходу психотерапии. 	<ul style="list-style-type: none"> • терапевтические отношения; • проявление положительного принятия, поддержки и эмпатии; • пояснение терапевтических «правил игры»; • изучение центральной конфликтной темы отношений — (ССРТ).

Фаза 3. Психотерапевтические вмешательства	
Цели:	Средства:
<ul style="list-style-type: none"> • раскрытие важной информации о себе; • выражение значимых чувств; • исследование тем, которые ранее были болезненны для пациента; • изменение представлений о себе, достижение адекватного самопринятия и компетентности в совладании/преодолении трудностей; • анализ мотивов поведения и эмоций; • реорганизация личностного смысла; • прояснение и изменение интрапсихических моделей и схем, сложившихся в раннем детстве; • активация ресурсов; • изменение симптомов; • изменение структуры личности. 	<ul style="list-style-type: none"> • влияние общих факторов: катарсис, эмпатия, доверие, интуиция, моделирование, готовность психотерапевта к риску; • непрерывное наблюдение и проверка гипотез; • анализ переноса или сопротивления; • описание этапов нормального развития; • метафорическое мышление; • применение конкретных психотерапевтических приемов и техник; • непрерывное наблюдение и оценка течения терапии; • выносимость терапевта; • контейнирование чувств; • применение конкретных психотерапевтических техник.
4. Оценка до и после окончания терапии	
Цели:	Средства:
<ul style="list-style-type: none"> • психодиагностика достижения терапевтической цели; • формальное окончание терапевтических отношений. 	<ul style="list-style-type: none"> • сокращение терапевтических контактов; • диагностика; • соглашение об окончании терапии.

Цель психотерапевта, работающего в русле краткосрочной интегративной модели психотерапии, — сделать пациента активным участником процесса на всех его этапах. Одно из фундаментальных условий здесь — установление партнерских отношений между пациентом и психотерапевтом. Такое сотрудничество в нашем случае происходит в форме терапевтического договора, в котором психотерапевт и пациент согласились вместе работать над устранением симптомов или коррекцией поведения пациента.

Краткосрочная психотерапия в любой форме не поможет решить проблемы пациентов, у которых обнаружены развернутые признаки эмоциональных и поведенческих расстройств. В этих случаях она может служить лишь этапом интегративного вмешательства. Учитывая медленный темп продвижения пациентов к осознанию своих трудностей из-за наличия клинической симптоматики и психологических защит, следует предоставлять им возможность встречаться с психотерапевтом по мере необходимости, организовывать группу поддержки, рекомендовать долгосрочную индивидуальную или семейную психотерапию.

С системной точки зрения изменение является не единственным решением предъявляемой проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос психотерапии не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет. Дискуссия переносится с обсуждения того, кто является «носителем симптома», что его вызывает и как от него избавиться, на то, как без него будет функционировать пациент, его семья, и какую цену придется заплатить микросоциальному окружению за его исчезновение.

Задача психотерапии состоит не только в избавлении от симптома, но и в определении психологической цены за его исчезновение.

Каждый психотерапевт, работающий в русле интегративной модели, использует свои излюбленные приемы и техники. Остановимся на наиболее распространенных методах и приемах, хорошо зарекомендовавших себя при работе с пациентами с психосоматическими расстройствами.

Литература

1. Гингер С., Гингер А. Гештальт-терапия контакта. СПб., 1999.
2. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. СПб., 2000.
3. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб., 2000.
4. Психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. 2-е изд. СПб., 2002.
5. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Ф. Кендалла. 2-е изд. СПб.: Питер, 2002.
6. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. М., 2000.

МЕТОДЫ И ПРИЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Хотя психоанализ способен прояснить некоторые аспекты происхождения психосоматических симптомов, это не означает, что любому психосоматическому пациенту показана в той или иной форме психоаналитическая терапия. В рамках вышеупомянутых аспектов развития психосоматических расстройств важен вопрос, в какой мере в конкретном случае симптоматика обусловлена конфликтом и в какой мере первичные конфликты доступны психотерапевтическому вмешательству.

Если принимается решение о проведении краткосрочной психодинамической терапии или более длительного психоаналитического лечения, то нельзя забывать, что психосоматические симптомы возникают только в том случае, если интрапсихическое напряжение достигло определенного порога, то есть является достаточно интенсивным и продолжительным. Психосоматические симптомы можно рассматривать как «симптомы-отдушины», то есть как симптомы, которые могут исчезать или становиться менее выраженными, если терапевту удастся настолько уменьшить провоцирующее их напряжение, что они снова оказываются ниже порогового уровня.

Можно попытаться помочь пациенту выразить свои наиболее важные чувства, вызванные фрустрацией. Многие психосоматические больные не знают или не хотят знать, что они фрустрированы или травмированы, поскольку их защитные стратегии осуществляются как раз в форме вытеснения неприятных чувств. Некоторые психосоматические пациенты могут признаться лишь в том, что они раздражены самим фактом заболевания, особенно потому, что прежде они почти никогда не болели. Если уже в ходе первого интервью удастся мобилизовать соответствующие чувства, вызванные фрустрацией, то есть вероятность того, что психосоматическая симптоматика быстро исчезнет.

Если в ходе первых бесед эти чувства мобилизовать не удастся, то можно попытаться обсудить с пациентом содержание его идеалов и установок, в частности его идеалов совести и установок долженствования. Тем самым можно попытаться дать пациенту первое представление о роли его «Сверх-Я» и о том, как оно функционирует в стрессогенных жизненных ситуациях. Большинство психосоматических пациентов не могут признаться, что они стали тревожными или раздражительными вследствие стрессовой ситуации, возникшей в их отношениях с другими людьми. Их нарциссическая защита как раз и характеризуется попыткой не вести себя тревожно или агрессивно. Редукция этой установки на самозащиту возможна только в терапевтической атмосфере, где выражение нормального чувства тревоги не связано с «потерей лица». Поэтому терапевт может разъяснить пациенту, что ситуация психотерапевтического сеанса является в какой-то мере островком безопасности, где можно без страха выражать свои чувства, которые при других обстоятельствах казались опасными.

Если на этой стадии терапии, которую можно назвать фазой «Сверх-Я», в какой-то степени удастся ослабить нарциссические сопротивления, можно услышать от своего пациента, что психосоматические симптомы стали менее мучительными. Тем не менее необходимо иметь в виду, что не каждый психосоматический больной способен вынести ослабление нарциссической самозащиты. Так Наталья Н. (Учебный пример № 3) отказалась работать на глубинном уровне, подсчитав, что она сможет пройти лишь 10 сеансов, как будто решить 10 задач на уроке математики.

К изменению определенных аспектов структуры личности или характера можно стремиться только тогда, когда есть достаточная уверенность, что пациент сумеет воспринять контакт с терапевтом как обогащение, которым вполне компенсируется потеря. Вместо психосоматического «сделай сам» теперь появляется «мы сделаем это вместе». Это фактически является также первым опытом столь желанного, но вместе с тем подвергнутого защите контакта с отцом или с матерью, ролью, которой при первом же переносе автоматически наделяется терапевт. Родитель, несмотря на то, что он может сердиться на свое дитя, принимает и защищает своего ребенка.

Так в случае Павла (Учебный пример № 8) и других сходных случаях психотерапевт осуществляет принятие, контейнирование (Бион) всех эмоциональных проявлений пациента подобно тому, как показано на рисунке 10 (Павел выбрал эту фотографию в качестве одного из ресурсов).



Рис. 10. Принятие

Следует подчеркнуть, что большинству психосоматических больных очень тяжело признаться, что они тоже могут бояться в определенных ситуациях (а не только испытывать страх перед болезнью), потому что страх означает слабость и трусость. Тот, кто боится, должен стыдиться этого или чувствовать себя виновным. Предаваться своим страхам — самое неприятное для психосоматических пациентов переживание. Фактически пережитый в сознании страх означает для них активизацию всех подавленных и вытесненных чувств тревоги, а также крайнюю нарциссическую обиду. Поэтому слишком активно пытаться мобилизовать вытесненные чувства уже в первые часы или недели лечения будет серьезной ошибкой.

Что касается предложенных психоанализом способов избавления взрослых пациентов от «детских» проблем, то рецепт психоаналитического лечения в сущности был сформулирован еще в древней культуре устами римского философа Сенеки: «В душе есть нечто слишком глубоко запрятанное; оно-то и освобождается, будучи произнесенным». В этой схеме можно увидеть аналогию психодинамической триады: вытеснение — осознание — катарсис.

Наряду с традиционными приемами психодинамической терапии, такие как интерпретация, свободные ассоциации, в нашей практике зарекомендовали себя и ряд других методик.

ПРИЕМЫ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В рамках *психодинамической* психотерапии считается, что психопатологию вызывают сознательные и бессознательные конфликты. Следовательно, внимание сосредотачивается на том, чтобы помочь пациенту выявить те скрытые факторы, которые могут вносить вклад в усугубление его проблем.

Формулирование темы взаимоотношений методом изучения центральной темы конфликтных отношений (ССРТ)

При формулировании тем взаимоотношений фокус внимания психотерапевта не ограничен пониманием контекста симптомов и связанных с ним страданий; терапевт, как правило, сосредоточен на нахождении паттерна взаимоотношений пациента с окружающими. Применительно к психотерапевтической сессии вариант такого подхода можно проиллюстрировать методом ССРТ. Данный метод преодолевает некоторые недостатки других клинических методов, применяемых для формулирования центральной темы взаимоотношений.

1. Единица анализа и оценки может быть ограничена «эпизодами взаимоотношений» в рамках сессии и не распространяться на всю сессию полностью. Эпизоды взаимоотношений — это нарративы о взаимодействии пациента с другими людьми, которые он воспроизводит по ходу сессий. Использование таких эпизодов упрощает задачу выявления центральной темы конфликтных отношений.

2. Центральная тема конфликтных отношений выражается в стандартной форме как некая фраза, содержащая два главных компонента: формулирование желания, потребности или намерения пациента, например: «Я хочу понравиться парню», и формулирование последствий попытки удовлетворить это желание: «Но я испытываю чувство вины, что не смогла понравиться» (последствия для «Я») или «Но меня отвергают» (последствия со стороны «Другого»). В терминах Фрейда центральная тема конфликтных отношений может интерпретироваться как восприятие пациентом определенных опасных ситуаций, возникающих в отношении с людьми. Опасные ситуации, как правило, связаны с ожидаемым или пережитым в прошлом состоянием беспомощности и, следовательно, с переживанием тревоги.

3. Задача психотерапевта при формулировании ССРТ заметно упрощается благодаря нахождению компонентов, встречающихся чаще всего. Прочитав протокол сессии, психотерапевт сможет выделить тему, которая повторяется наиболее часто.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 16

Иван, 19 лет

Иван — студент второго курса медицинского института, направлен на консультацию к психотерапевту по поводу повышения артериального давления и ожирения второй степени.

В ходе повторной диагностической встречи была использована методика ССРТ.

Таблица 8

Бланк для формулирования центральной темы конфликтных отношений Ивана

№ ЭВ	Желание («Я»-репрезентация). «Я хочу от объекта»	Реакция объекта (объект-репрезентация)	Реакция субъекта (аффективное состояние)	ЭВ (объектное отношение)
	В общем — человечности, в частности — понимания, поддержки от матери	Отвержение	Обида	Идеализируемый перенос
	Бескорыстной дружбы	Отвержение	Мстительные чувства	Идеализируемый перенос
	Мне все можно по отношению к женщине. Хочу быть особым	Однажды она мне сказала, что хочет порвать со мною	Я был вне себя от ярости. Какое-то затмение нашло на меня. Все как в фильме было	Эксплуатация объекта. Еда как заместительный объект
	Я ее люблю, но иногда делаю ей очень больно	Угроза разрыва	Потом испытываю вину	Амбивалентность и зависимость
	Внешняя оценка успехов	Мои уроки оценивались как «ноль»	У меня этот ноль так и стоит перед глазами	Долженствование

Мать отказалась участвовать в семейной психотерапии, сославшись на то, что она главный кормилец семьи. Дальнейшая работа шла на принятие пациента, отреагирование его нарциссических обид, поиск ресурсов и стимуляцию процессов сепарации — индивидуализации. Через восемь сеансов индивидуальной раскрывающей терапии вспышки агрессии к окружающим сократились, замечена относительная эмоциональная стабильность, обиду и вину к матери пациент не отмечает, нормализовалось артериальное давление, прослеживается позитивное отношение к себе.

Можно обнаружить определенные параллели между ССРТ и «семейными темами» из нарративного подхода семейной терапии.

«Исповедь» пациента является необходимым элементом психотерапии, если под ней понимается процесс более глубокой перестройки личности, чем устранение отдельных симптомов. Она усиливает позитивный психотерапевтический контакт и возникшую у пациента потребность открыться перед психотерапевтом.

Исповедь — это нечто большее, чем просто анамнез, так как предоставляет не только правдивую информацию о самых интимных подробностях жизни и мировоззрения пациента, но и его отношениях, ценностных ориентациях, установках, самооценке. Конечно, рассказ пациента о себе, своих проблемах может перерасти в исповедь, но в большинстве случаев так не происходит, по крайней мере, при первой встрече.

Слово «исповедь» в переводе на русский язык означает «признание», поэтому не случайно она требует полного доверия пациента к психотерапевту, уверенности в том, что сообщаемые сведения не будут использованы ему во вред. Исповедь перед духовником предполагает веру в Бога и освобождение от греха через признание и покаяние перед священником как представителем церкви и Бога.

Признание перед психотерапевтом основано на осознании пациентом возможности освобождения от эмоционального напряжения, тревог и страхов через раскрытие, вербализацию глубоко скрытых переживаний, личных проблем, психических комплексов. В отличие от стандартного пассивного ритуала отпущения грехов, безусловно, приносящего душевное облегчение верующему, исповедь специалисту по психическому здоровью в большинстве случаев должна трансформироваться в активный диалог с пациентом.

Формы исповеди могут быть разными: в виде беседы в кабинете; описания жизни, кратких автобиографических записок или писем пациента психотерапевту; магнитофонных записей, предназначенных исключительно для прослушивания психотерапевтом. Проведение беседы в форме углубленного изучения жизненных обстоятельств, особенно травмирующих пациента, также приводит к эффекту исповеди. Подобный эффект наблюдается практически всегда, когда между пациентом и психотерапевтом возникла атмосфера доверия.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 17

Марина, 19 лет

Марина была направлена к психотерапевту врачом общей практики, расценившей ее заболевание как психосоматическое. В качестве домашнего задания она написала следующее эссе.

Мне было нелегко писать. Так и стоял в горле ком, и казалось, вот-вот польются слезы. Еще сложнее было перечитывать. Все это похоже на грустную историю. А так хочется счастливого продолжения...

Пленница печалей

Он уже давно следил за мной. Иногда он подходил очень близко, и тогда я обязательно чего-то боялась: строгой критики учителя, неодобрения одноклассников, насмешек, внимания... Я боялась быть собой. Стыдилась сама себя. Но тогда я этого еще просто не понимала. Поэтому ему было так легко и удобно в нужный момент оказаться рядом.

Шли годы. И он продолжал пока еще на цыпочках ходить за мной. Но, когда я окончила школу и поняла, что наступает новый жизненный период, его шаги стали увереннее. В последнюю школьную весну я часто просыпалась ночью в страхе перед будущим, а порой и в страхе перед смертью. Он приходил ко мне, когда рядом никого не было, от чего сильнее билось сердце и становилось неуютно. Наутро же все становилось на свои места, словно и не было того кошмара. А потом он и вовсе притаился. Я уже и забыла про его существование. Другого и не могло случиться, потому что в моем сердце поселилась любовь, которая давала мне столько сил и радости, что казалось можно свернуть горы.

Не зря говорят, лето — это маленькая жизнь. Лето прошло, и осенний дождь уже Петербурга, а не Таллинна, смысл незаметно для меня летние чувства. А я тем временем крепко держалась за прошедшее лето, за те события, которое оно принесло, за все чувства и эмоции, тогда испытанные. Была дождливая погода, и так же дождливо и тяжело было на душе. Я не сумела начать новую жизнь сначала. Я просто жила прошлым.

Поэтому я и была такой молчаливой и задумчивой. Теперь мне даже стыдно за то, что я не хотела принять одноклассников. Как рак, я пятилась назад. Но, тем не менее, мы общались, у нас были общие дела, мы отмечали вместе праздники. Чтобы быть все время занятой я принимала участие в студенческом педагогическом отряде и поступила на курсы переводчиков. И действительно, я была настолько занята, что свободного времени уже и не оставалось. И вроде бы мне нравились все занятия, но, несмотря на это, я постоянно терзала себя. Сейчас даже страшно подумать, что целый год я сама себя мучила. Этот учебный год был тяжелым. Морально тяжелым. Конечно, было в нем много положительного, но я сама себе не давала почувствовать себя счастливой, полностью испытать радость. Настолько я себя измотала, что после летней сессии почувствовала свое бессилие. Поплакала один вечер, и, кажется, легче стало. Но все равно, когда я оставалась наедине с собой, снова начинались терзания. Наверное, к тому времени я уже привыкла пребывать в грусти и не особенно старалась ее прогнать. Конец лета я провела в Эстонии. Две недели гостила у тети на море, а потом поехала в родной город. После этой поездки мне стало еще тяжелее. Во-первых, я совсем не отдохнула. Даже успела два раза поболеть. Во-вторых, я очень много переживала, находясь там. Сначала я боялась и не знала, что буду делать, если встречу Женю (того молодого человека, в которого была влюблена), потом переживала перед встречей с его родителями. Самые радостные мгновения той поездки я провела, играя с маленьким ребенком. Все остальное мне напоминало о

прошлом, от чего становилось тяжело. Поэтому я приехала домой больной, но за день мне стало легче, и я уже погрузилась в домашние дела.

Без прежнего энтузиазма, но не вешая нос, я начала новый учебный год. Почему-то сначала мне становилось страшно в метро. Я быстро уставала и постоянно суетилась, что меня сильно выматывало. Кроме того, я стала часто расстраиваться из-за, казалось бы, незначительных вещей. Разговоры с друзьями о каких-то их проблемах заставляли меня задумываться о том, насколько тяжело жить, от чего у меня портилось настроение. Мне стало катастрофически не хватать времени на то, чтобы подготовиться к занятиям. Я сильно уставала и все чаще думала об отдыхе. Так случилось, что несколько раз я видела в метро, как людям было плохо, а потом еще меня очень напугала сцена, которую я увидела однажды утром. Я вышла из подъезда и как обычно шла по двору. Вдруг я увидела лежащего у дверей другого подъезда пожилого мужчину. Он был накрыт пленкой. Я не сразу поняла, что он был мертв. Но очень испугалась, даже почувствовала дискомфорт во всем теле. А это был как раз день, когда я вышла после болезни. Уже два раза за два месяца я успела переболеть. Увиденное меня сильно расстроило. С тех пор я стала бояться смерти еще больше, но старалась как можно быстрее забыть об этом. Я даже выбрала другую дорогу домой, чтобы то место не напоминало о случившемся. И как бы я не старалась, радостнее мне не становилось. Скорее даже наоборот. Я уже даже не получала удовольствия от занятий немецким языком. Казалось, огромное серое облако плывет над моей головой и не дает пробиться солнечному свету. Такими были два месяца осени. В ноябре, как раз на длинные выходные, на которые было много планов, я потеряла все силы. Я снова заболела. От собственного бессилия хотелось плакать. А родители в это время были вместе с братом в Эстонии. Совсем одной я не была: меня навещала тетя, звонил дядя. Когда родители вернулись домой, повезли меня к врачу. Я считаю, что мне повезло, потому что меня лечила Марина Николаевна. После эстонских врачей я испытываю недоверие и страх ко всем представителям этой профессии. Но Марина Николаевна — врач от Бога. Она быстро нашла недуг, которым она объяснила мой страх. Тогда я уже просто не могла выйти на улицу одна, и мне было плохо, когда я гуляла с мамой. Стоило только подумать о том, что нужно одеваться и идти на улицу, как начинала кружиться голова, и сильно стучало сердце. Даже мысли о том, что скоро я пойду учиться, вызывали у меня физическое недомогание. Три месяца я провела дома. Выполняла задания, писала курсовую работу. Раз в неделю меня навещали одногруппники. Они всегда передавали мне привет от остальных. Такая забота и сейчас вызывает у меня слезы.

Экзамены сдавала вместе с мамой. Для меня это было тяжелое испытание. В общем-то, все, что связано с внешним миром было для меня тягостным. На улице я чувствовала свою физическую беспомощность. От этого ничего не хотелось, только бы остаться дома в тишине и спокойствии. Тогда и сейчас тоже я часто спрашивала, когда же это все закончится, когда я стану нормальным человеком? И вот очередное обследование подтвердило, что болезнь уже позади, но я по-прежнему боюсь выйти за порог. Да и не чувствую сил. Апатия серой тучей так и стоит над головой. И снова мне повезло — Марина Николаевна направила меня к Вам. Вообще, я думаю, что несмотря на все невзгоды, я счастливый человек. Меня окружают замечательные люди.

За время наших встреч мне стало лучше. Я осознала, в чем заключаются мои страхи. Они не исчезли, но уже не такие сильные. Я стала чаще улыбаться. И пусть я еще сильно устаю от внешнего мира, я чувствую, что стала сильнее. Сильнее стала моя вера. Я знаю, наступит такой день, когда я почувствую легкость, когда мне захочется идти вперед. И все плохое будет казаться лишь плохим сном. Я буду с радостью просыпаться поутру, буду радоваться пению птиц и шелесту листьев на ветру. И, главное, я смогу сказать, что действительно хорошо себя чувствую! Этот день обязательно наступит, потому что...

...Я только начинаю жить,
Забыв тоску и боль печали.
Вчера не буду ворошить
И вспоминать, о чем мечтали.

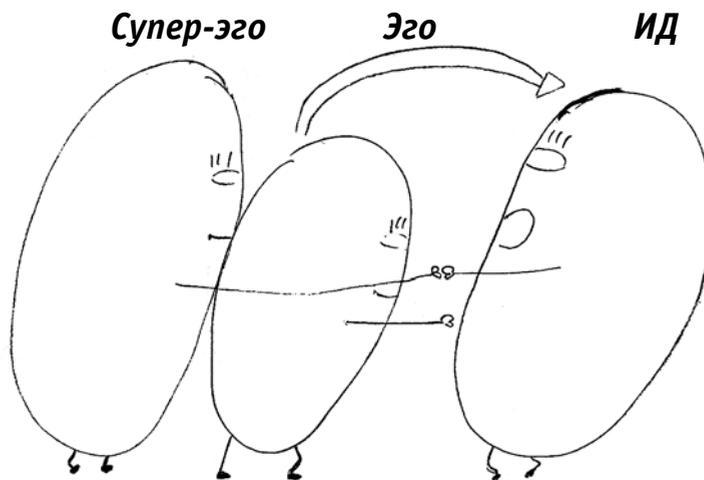
За лабиринтами невзгод
Святая роща расцветает.
По ней продолжу свой поход,
Там счастье у ворот встречает.

Тревоги разожмут тиски,
Вздохну свободно полной грудью
И замету следы тоски.
Дни снова радостными будут.

За лабиринтами тревог
Мне жизнь дорогу расстилат.
Я верю, мне поможет Бог.
Я с верой силы обретаю.

В ходе интегративной психотерапии с данной пациенткой использовались такие методы, как арт-анализ, аналитическая психодрама. Так, например, после сессии с участием группы студентов девушка сама зарисовала происходящие изменения в структуре Эго.

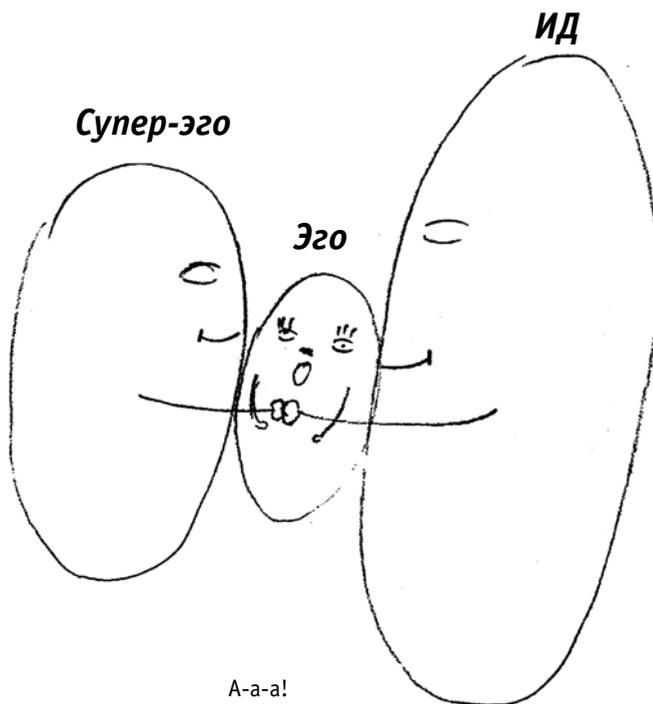




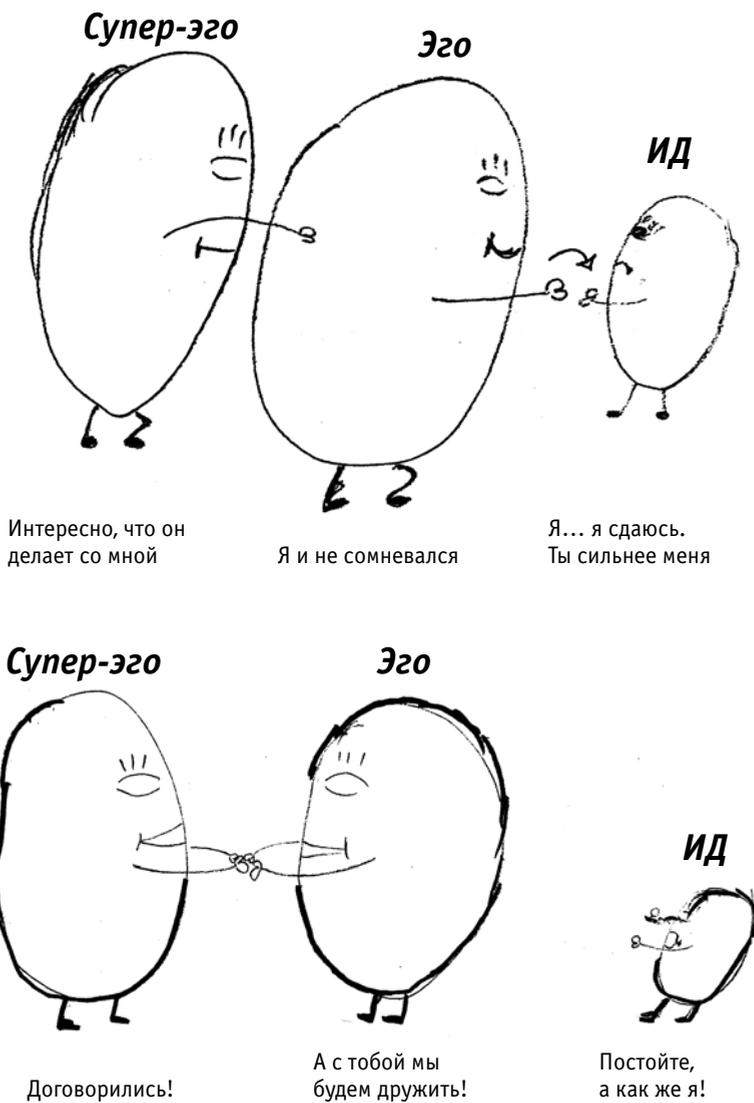
Ты от меня не
избавишься!

Я сильнее тебя,
размазня!

Нет!... 0!



А-а-а!
Мне нужен
воздух...
Свобода



М. М. Решетников (2003) в норме представляет гипотетическую структуру личности в виде «клетки», где в центре находится ядро — «Оно», окруженное оболочкой — «Я» (и внутри этой оболочки есть какое-то содержимое — содержание «Я»), а поверх этой оболочки — еще одна оболочка — «Сверх-Я» со своим содержимым (содержание «Сверх-Я»). На нашей схеме (рисунок 1 цветной вклейки) эта концепция органично вписывается в холистическую парадигму.

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

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

И хотя она назвала свое Ид «Размазней», на самом деле размазней было ее Эго.

Написание психосинтетической автобиографии. Главная цель написания автобиографии заключается в выявлении того, как повлияло и до сих пор влияет наше прошлое на настоящее. Это помогает выйти за рамки сложившегося под влиянием обстоятельств стереотипа поведения, который уже не отвечает потребностям пациента. Здесь первостепенное значение имеет простое перечисление событий ради них самих, а не «автобио-

графия» внутренних процессов, изучение тех условий, ситуаций и людей, которые оказали влияние на жизнь пациента, а также путей его взаимодействия с ними. В автобиографии пациент должен кратко указать такие чисто формальные данные, как дата и место рождения, национальность, социально-экономический статус семьи, где он воспитывался, число братьев и сестер, его место в семье, социальное окружение и естественные условия, в которых он проживал, а также какое воздействие, по его мнению, эти факты оказали на него как на личность.

Манера изложения. Обычно пути изложения автобиографии варьируют от человека к человеку. Некоторые люди используют хронологический подход, рассматривая год за годом. Другие начинают с тех событий, которые кажутся им наиболее заслуживающими внимания. Каждый из этих подходов может принести пользу и оказаться эффективным. Иногда наилучший результат приносит их сочетание, то есть сначала описание основных моментов в хронологическом порядке, а затем их рассмотрение в зависимости от желания. Хронологический перечень служит здесь в качестве справочного указателя, не дающего пропустить что-то главное. Желательно, чтобы запись велась в свободной и наиболее простой форме, даже если это повлечет за собой нарушение грамматических правил и повлияет на стиль. Самое важное — отразить поток мыслей, а не форму этого отражения. Запись должна как бы фиксировать поток сознания, где будут выделены какие-то главные моменты и темы, а не являться отражением попытки классифицировать данные по какой-то predetermined схеме.

Пациенту необходимо попытаться описать свою жизнь честно и беспристрастно, не выбрасывая ничего, что, по его мнению, может представить его в невыгодном свете. Необходимо отметить все, чего он стыдится, а также указать слабые места и болезненные точки. Попытка дать наиболее честное и объективное описание поможет использовать его самым конструктивным образом.

Для выполнения упражнения пациенту необходимо:

- 1) указать общие сведения о внешних условиях развития;
- 2) честно и открыто описать главные события биографии, повлиявшие в дальнейшем на жизнь;
- 3) описать, каким он был на разных этапах своей жизни (можно прибегнуть к рисункам): каким он видел себя сам, какие мысли у него появлялись; как изменял себя, чтобы добиться признания окружающих или защититься от них; как решал задачи половой принадлежности; как почувствовал себя мужчиной или женщиной; что ему нравится в

- своем поле; что нравилось или не нравилось в себе, если бы он был представителем другого пола;
- 4) определить кризисы роста, испытания и конфликты, пережитые подростком; какие уроки он из них извлек;
 - 5) описать самое раннее воспоминание, его значение в биографии;
 - 6) рассказать сны, увиденные в детстве, их значение в жизни;
 - 7) описать события, оставившие болезненный след в жизни (например, болезнь, катастрофа, смерть близких, развод родителей, насилие, половые излишества и т. д.); как повлияли эти события;
 - 8) определить, с каким архетипом ассоциируется его жизнь; придумать миф или сказку о своей жизни; записать их и проиллюстрировать, изобразив основных персонажей в форме архетипов;
 - 9) установить, принимает ли он свой жизненный опыт;
 - 10) определить, в чем цель и смысл его жизни.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 18

Борис П., 18 лет

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

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

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

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

Малый конфликт заключается в проблеме выбора между несколькими равноценными для меня желаниями, что часто приводит либо к неудовлетворению ни одного из них, либо к попытке удовлетворения сразу нескольких, но в наименьшем качестве. Например, я могу читать несколько

книг одновременно, и хорошо, если хоть одну из них закончу. Сегодня меня может заинтересовать живопись, завтра музыка, послезавтра психология, потом физика и т. д.

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

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

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

Метод символдрамы

В методе символдрамы используются кататимные образные переживания, называемые также дневными сновидениями, которые представляют собой наплыв произвольно вызываемых зрительных представлений.

Этот метод был разработан известным немецким психотерапевтом Лейнером. Основу метода символдрамы составляет свободное фантазирование в форме образов, «внутренних картин» на заданную психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт выполняет при этом контролирующую, сопровождающую, направляющую функцию.

Процедура терапевтической сессии при применении метода символдрамы следующая. Исходный пункт кататимного процесса — индуцированная психофизическая релаксация, которая дает начало свободному течению образных представлений. Лежащего на кушетке или сидящего в удобном кресле пациента с закрытыми глазами вводят в состояние расслабления. Можно использовать любые техники аутогенного погружения и релаксации. Как правило, достаточно бывает нескольких простых внушений состояния спокойствия, тепла, тяжести и приятной

усталости последовательно в различных участках тела. После достижения пациентом состояния расслабления ему предлагается представить образы на заданную тему — стандартный мотив. Представляя образы, пациент рассказывает о своих переживаниях сидящему рядом психотерапевту. Психотерапевт как бы сопровождает пациента и, если необходимо, направляет процесс в соответствии со стратегией лечения. По своим теоретическим основам метод кататимных образных переживаний является психоаналитическим. Возникающие в сознании картины рассматриваются как эмоционально-символическое выражение глубоких внутренних конфликтов с привычным окружением, которые при этом приближаются к осознанию. В результате диффузные ощущения становятся дифференцированными, а конфликты — более оформленными и наглядными, выходя, таким образом, из латентного состояния. Происходит символическое изживание влечений и защит. Психотерапевт служит проводником во внутренний мир пациента, исследование которого составляет их общую цель.

Возникновение новых зрительных образов стимулируется предложением психотерапевта определенные картины (например, луг), а затем на этой основе самостоятельно появляются пластичные и подвижные сюжеты. Пациент может передвигаться в своем внутреннем фильме, как в реальном ландшафте (кататимная панорама), и совершать какие-то действия. Часто при этом возникают сильные переживания. Внутренние побуждения и незначительные изменения ощущений также формируют образы и приводят к определенным переменам (мобильная проекция). В конце кататимной сессии пациент в своих представлениях должен вернуться к началу путешествия в мир фантазий, и полностью выйти из индуцированного состояния погружения, чтобы снова оказаться в реальном мире.

Длительность создания образов составляет в среднем около 20 минут. Из множества возможных мотивов, наиболее часто спонтанно возникающих у пациентов, в ходе долгой и кропотливой экспериментальной работы были отобраны такие, которые, с диагностической точки зрения, в наибольшей степени отражают внутреннее психодинамическое состояние и, в то же время, обладают наиболее сильным психотерапевтическим эффектом.

В качестве основных мотивов и образных действий Лейнер предлагает следующие:

1. Луг как исходный образ каждого психотерапевтического сеанса.

Луг может иметь диагностическое значение в случае использования мотивов символдрамы в качестве арт-анализа. Так в

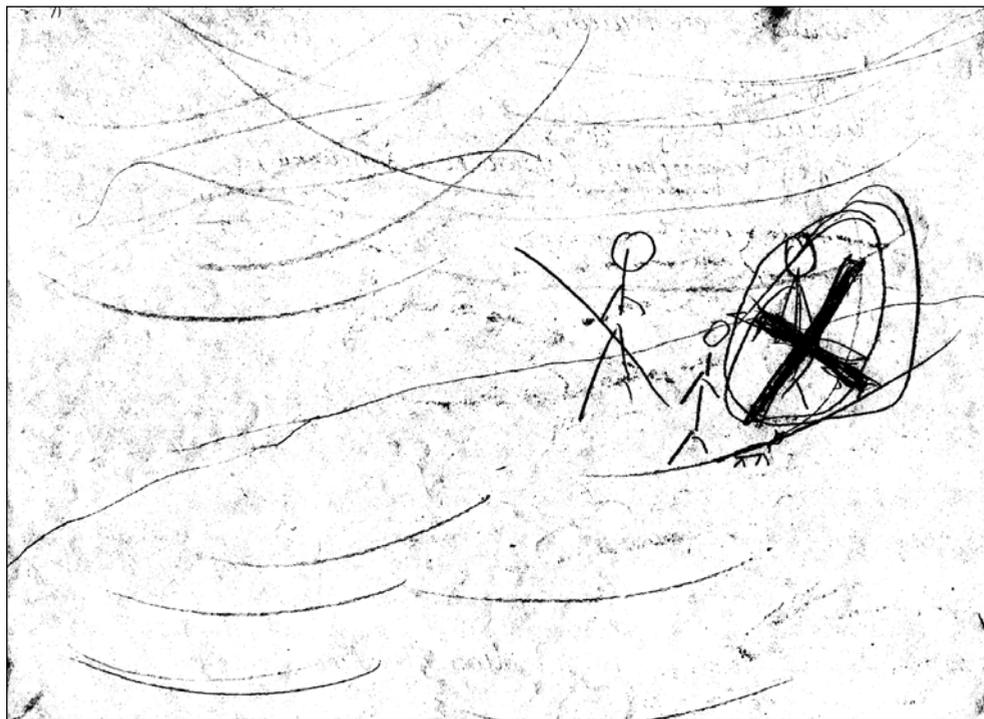


Рис. 16. Пустыня обид

рисунке Владимира Г., 17 лет, луг скорее выглядел как пустыня («пустыня обид»), где находилась могила живого отца. Это свидетельствовало о серьезных нарушениях в объектных отношениях и отражало сомнения в краткосрочности терапии.

2. Подъем в гору, чтобы увидеть с ее вершины панораму ландшафта.
3. Следование вдоль ручья вверх или вниз по течению.
4. Обследование дома.
5. Наблюдение опушки леса и ожидание существа, которое выйдет из темноты леса.

Все мотивы имеют, как правило, широкий диапазон диагностического и терапевтического применения. В то же время существует определенное соответствие между каждым конкретным мотивом и некоторой проблематикой. Можно говорить о том, что конкретные темы соотносятся со стадиями детского развития, а также об особой эффективности некоторых мотивов в случае определенных заболеваний и патологических симптомов (см. табл. 9).

Таблица 9

Соответствие стандартных мотивов определенной проблематике и стадиям детского развития

Проблематика	Соответствующие мотивы
Актуально-насуточные конфликты, фон настроения	Луг, ландшафт, фигуры в облаках
Оральная тематика	Луг, ручей, корова, кухня в доме
Агрессивно-экспансивная тематика	
А. Анально-агрессивная	Окно, отверстие на болоте, вулкан
Б. Орально-агрессивная	Лев
В. Экспансивное раскрытие и развитие	Следование вдоль ручья, путешествие на поезде, корабле, верхом на лошади, полет на ковре, в самолете или в образе птицы
Эдипальная тематика	Горы
Тематика достижения и конкуренции (идентификация со стремящимся к достижению интроектом)	Подъем в гору и открывающаяся с ее вершины панорама
Оценка собственной личности	
А. В плане готовности к общению и социальным контактам, общего фона настроения, раскрытия генетического материала	Дом, в который нужно зайти и тщательно обследовать.
Б. В плане вытесненных инстинктивных и поведенческих тенденций, в том числе на интроектном уровне	Символическое существо, выходящее из темноты леса, из пещеры, из отверстия на болоте или моря
В. В плане способности целиком чему-то отдаться	Ручей или река, путешествие вниз по течению на лодке без весел, купание в воде
Проблема идентичности и идеала «Я»	Выбор какого-нибудь имени того же пола и представление этого человека
Отношения с человеком, имеющим особо важное эмоциональное значение из прошлого (интроект) или настоящего	А. Представление значимого человека в символическом виде во всех ландшафтных мотивах (гора, деревья и группы деревьев, растения); животные (или семья животных) и символические существа, возникающие на лугу, выходящие из темноты леса или из отверстий в земле (из пещеры, окна, отверстия на болоте, из глубин моря). Б. Представление значимого человека в реальном виде (родители, братья и сестры, бабушка, дедушка, дети, учитель, начальник и т. п.). В. Представление регрессивных драматических сцен из детства (например, сцена за обеденным столом в кругу семьи)

Проблематика	Соответствующие мотивы
Сексуальная и эдипальная тематика	Спальня в доме, окно, отверстие на болоте, плодородное дерево, плод которого нужно съесть, куст розы, с которого нужно сорвать один цветок (для мужчин), поездка на попутной машине, телеге или коляске (для женщин), дискотека, пляж, баня
Представление либидозного заполнения органов тела при психогенных и психосоматических заболеваниях	Обследование внутренностей, рассматривая их через прозрачную оболочку тела, выполненную как бы из стекла, или уменьшившись до размеров маленького человечка и проникнув тело

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 19

Олег, 20 лет

Олег два года страдал синдромом раздраженного кишечника.

На втором сеансе был предложен мотив «отверстия на болоте». Пациент увидел «грязного, противного, всего в иле динозавра». С помощью «кормления и примирения» у юноши в процессе сеанса изменилось отношение к «зверю»: «Надо же, он улыбается, и даже помахал мне лапой». После этого сеанса он первый раз проехал по городу без страха не найти по дороге туалет.

Собрав семейный анамнез, психотерапевт обнаружил, что мать Олега (врач-педиатр по специальности) до сих пор контролирует своего сына, возит его по разным клиникам, испытывая чувство вины за плохие результаты («Как же я, врач высшей категории, не могу вылечить своего ребенка!»). Для того чтобы лечение было патогенетическим, а не симптоматическим, юноше необходимо «пройти» фазу «сепарации-индивидуализации» в ходе интегративного вмешательства.

В воображаемых картинах также проективно отражается явление переноса между пациентом и терапевтом.

Мы в нашей практике редко используем этот метод отдельно от других. Довольно часто символдрама переходит в психодраму (монодраму), о чем свидетельствует следующий пример.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 20

После окончания мастер-класса студентка Севиль подошла ко мне (*автор*) и сообщила, что у нее возникло сильное волнение после психодраматической работы с Зоей. Проблема последней заключалась в сохранении лояльности семейной группе (речь идет о «плате по счетам предков» — понятие трансгериационной семейной психотерапии), за которое девушка «расплачивалась» болевым синдромом в нижних конечностях (ее метафора «Русалка с рыбьим хвостом»). Севиль добавила, что ей казалось, что она уже проработала свою проблему, сходную с Зоной, но назвать ее суть отказалась. Девушке было предложено по-

работать в группе по символдраме, которую планировалось проводить на следующий день.

По своим теоретическим основам метод кататимных образных переживаний является психоаналитическим. Возникающие в сознании картины рассматриваются как эмоционально-символическое выражение глубоких внутренних конфликтов с привычным окружением, которые при этом приближаются к осознанию. В результате диффузные ощущения становятся дифференцированными, а конфликты — более оформленными и наглядными, выходя, таким образом, из латентного состояния. Происходит символическое изживание влечений и защит. Психотерапевт служит проводником во внутренний мир пациента, исследование которого составляет их общую цель.

На группе символдрамы психолог-стажер Олег под моим руководством как супервизора осуществил диагностический сеанс «Цветок». У всех участников были достаточно спокойные образы, и только у Севиль возникли проблемы.

В ходе обсуждения девушка описала следующий образ: красная роза, с массивным (большим) бутоном на толстой ножке. Роза росла под грушевым деревом, на склоне горы. Гора на рисунке была изображена не полностью, а только подножье.

Обсуждение рисунка.

О.: Как ты себя чувствуешь?

С.: Плохо.

О.: Почему тебе плохо?

С.: Не знаю.

О.: Что хочется сделать?

С.: Порвать рисунок.

О.: Порви.

С. рвет рисунок на очень маленькие кусочки, сосредоточена и зажата.

О.: Стало легче?

С.: Да, чуть-чуть.

О.: Что для тебя может значить этот рисунок?

С.: Не знаю.

В ходе дальнейшей работы с другими участницами группы Севиль была очень напряжена и погружена в себя. Ее невербальное поведение свидетельствовало о том, что девушка давно ждала приглашения к работе. В работе с ней был использован мотив «Луг».

Приводим протокол сеанса.

О.: Представь, пожалуйста, луг, который ты видела раньше или любой другой образ, который рисует тебе твое воображение. Ты можешь пред-

ставить все что угодно, мы можем работать с любым образом. Как только образ появится, расскажи, что ты видишь.

С.: Это большой зеленый луг, у него не видно границ, много солнца. Я вижу три красивые горы, со снежными шапками, большую, среднюю и маленькую. Мне три года. Здесь много разных животных: лошади, овцы, змеи, пингвины. Один пингвин подошел ко мне, поздоровался. Мне хорошо здесь.

О.: Что бы тебе хотелось сделать в образе?

С.: Погладить змею.

О.: Сделай это, в образе можно все, я с тобой (использует принцип примирения и обмена дарами — табл. 10).

С.: Она классная, такая большая, как в фильме «Анаконда», но совсем не страшная, она такая теплая и приятная. Я играю с ней, она извивается.

О.: Что теперь тебе захотелось сделать в образе? (подразумевалось подвести к подъему на гору, но все происходит само собой).

С.: Я хочу подняться на гору.

О.: На какую?

С.: На первую, самую большую, на остальных двух я уже была.

О.: Сделай это.

С.: Я уже делаю, подхожу к горе, надеваю лыжи.

О.: Сколько тебе сейчас лет?

С.: По-прежнему три годика. Я поднимаюсь на гору легко. Красиво, весь луг виден, все животные. Я оборачиваюсь назад.

О.: Что там?

С.: Там роза и пустота. Я не хочу на нее смотреть. Я отвернулась. Я хочу, чтобы она появилась тут на горе, рядом со мной.

О.: Что происходит сейчас?

С.: У нее растут ноги, руки, еще кое-что растет, говорить не могу.

О.: У нее есть лицо?

С.: Да! (замешательство) Я не хочу говорить кто это.

О.: Не говори. Что происходит дальше?

Таблица 10

Принципы работы с конфликтными образами

Принцип	Некоторые способы применения
Очищение	Помыть вазу, убратся в доме, почистить меч, протереть зеркало, умыться в ручье
Превращение	Изменить образ с помощью волшебной палочки, прикосновения меча, луча света от кольца
Переход	Пройти в зеркало или картину, спуститься на дно моря или в подвал, забраться на вершину горы, войти в дупло или пещеру

Принцип	Некоторые способы применения
Прояснение	Определить параметры образа, поговорить с персонажем, получить подсказку от персонажа или волшебного предмета
Обучение	Научиться фехтовать на мечах, получить совет от мудреца, отработать какие-то новые движения или приемы
Обмен дарами	Покормить агрессивное животное или монстра, получить дар от волшебного помощника, полить цветов
Примирение	Погладить животное, обнять человека, заговорить с агрессивным персонажем
Смена точки зрения	Соединиться с персонажем, воспринимаемым вначале со стороны, сменить позицию на менее угрожающую

С.: Он, оно, она... — стоит, улыбается. Мне двадцать лет. Я хочу, чтобы она подошла ко мне. Я ему подмигнула. Он идет ко мне (как будто хочет заплакать).

О.: Что ты чувствуешь?

С.: Мне грустно... почему? Я сделала первый шаг, я пошла навстречу, а хотелось самостоятельности. Я хотела, чтобы он пошел сам. Я хочу уйти с горы.

О.: Ты можешь сделать это.

С.: Я ухожу с горы, надеваю лыжи и еду вниз на луг. Роза идет за мной. Я снова на лугу возле змеи, роза остановилась, стоит, улыбается, мне кажется, что она боится идти дальше. К ней подошел пингвин, что-то сказал. Не знаю что. Роза уходит, это я виновата, что он уходит. Мы снова на горе, она стоит на горе. Я ее сталкиваю, теперь она снова в пустоте, уходит все дальше.

С.: Что тебе хочется сделать в образе?

С.: Прыгнуть за ней туда в пустоту.

О.: Не надо. Выбери место, где тебе хотелось бы сейчас оказаться, ты можешь выбрать — из образа на всем его протяжении.

С.: Я хочу оказаться на небе, на небесах, там. Теперь я сверху смотрю, вижу все: луг, гору, пустоту, там роза уходит, вдали дверь и женщина с ребенком, он идет к ней. Все пропало, везде пустота, Он подошел к женщине стоит с ней. (В это время зазвонил чей-то телефон) Мой мобильный звонит.

О.: Кто тебе звонит, кто это?

С.: Это звонит папа, я не хочу брать трубку. Между мной и ними, в пустоте появились люди, много людей. Я не знаю, кто они, они все говорят, что это я виновата в случившемся. Я чувствую себя побитой. Я не знаю, что делать дальше.

В это время я (супервизор) чувствую, что ситуация достаточно сложная. У пациентки с одной стороны непроработанная потеря объекта — от-

реагирование проблемы через убийство или суицид, с другой — лояльность по отношению к родственникам и «восточным» традициям. Я дал знак о передаче раппорта и продолжил сеанс.

Я предлагаю Севиль, не выходя из образа, повернуться к группе родственников и проявить все чувства, которые возникли у нее в настоящее время. Глаза девушки становятся мокрыми от слез. Нахожу в группе платок, промокаю слезы. Севиль говорит своим родственникам, что она устала от их обвинений, что она уже взрослая, и ей решать, как ей поступать в той или иной ситуации. Затем разворачиваю Севиль к «пустоте» и задаю серию вопросов (используются рефлексивные вопросы нарративной терапии): «Какой смысл так долго думать о розе? Представь себе, что ты будешь добиваться возвращения розы, но «он» окажется увядшим или засушенным. Стоит ли это ее усилий? Может ли молодая привлекательная женщина найти иной способ?»

Севиль перестает плакать, появляется улыбка.

— Ты где?

— В горах.

— Знаешь, наверное, не каждому из нас дано иметь столько друзей: лошади, овцы, змеи, пингины, как это было у тебя в детстве. Давай попрощаемся с образом и вернемся в круг.

Во время обсуждения коллеги (в основном студенты) поддержали девушку, восхитились ее мужеством в публичной презентации столь сложного случая, отметили довольно гладкую работу деюбтанта и супервизора.

Супервизор, сохраняя принципы символдрамы, в котором в основном работал стажер, использовал и другие психотехнологии: гипнодрама, нарративный подход, наложение ресурсного якоря.

Упрощенно можно сказать, что психотерапевтический процесс кататимного переживания образов шел по пути приближения изначально глубоко заложенного первичного процесса к вторичному процессу, переходя, тем самым, к функционированию более зрелого «Я».

В описанном случае подобные процессы происходили также, только очень быстро. Относительная безопасность обсуждения образа позволила выйти на реальные фигуры и сценарии из жизни. Ускорению канализации процесса способствовало наблюдение за работой другой протагонистки в предыдущий день и «эмоциональное заражение», обращение внимания на сигналы готовности пациента к работе (расспрос о проработанной проблеме, порванный рисунок, напряженная поза и отсутствие интереса в момент обсуждения сеанса предшествующего протагониста).

Психотерапию методом символдрамы можно изобразить как трехмерную систему координат, где одну ось представляет ра-

бота с конфликтами (первая составляющая), другую — работа, направленная на удовлетворение архаических потребностей (вторая составляющая), и третью — действия, нацеленные на развитие креативности пациента (третья составляющая). Об использовании креативности в рамках интеграции психодрамы, арт-анализа и символдрамы свидетельствует следующее наблюдение.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 21

Вера, 36 лет

Вера — директор строительного магазина. Обратилась за психотерапевтической помощью со следующими жалобами: периодические боли в правой подвздошной области, конфликты с младшим персоналом, в основном, мужчинами, периодически бессмысленная трата денег. Веру направил психотерапевт, работающий с ее ребенком.

Из истории пациентки выяснилось, что когда ей было шесть лет, родители расстались, Воспитывалась «как Золушка», одевалась скромно, имела хорошие способности к ручному труду. Когда Вере было восемь лет, мать отдала бабушку в дом престарелых. Окончив техникум, Вера вышла замуж за художника. Брак не был счастливым, однако с первым мужем сохранились хорошие отношения. Выйдя второй раз замуж за бизнесмена, она стала помогать ему в бизнесе. Родился сын, которому сейчас 6 лет. У мальчика наблюдались немотивированные приступы агрессии, и по поводу этих жалоб с ним работал детский психотерапевт. Мать пациентки стала злоупотреблять алкоголем. Испытывая чувство стыда перед знакомыми, Вера снабжала ее деньгами, как бы откупаясь от общения с ней.

В процессе индивидуально-раскрывающей психотерапии выяснилось, что ведущим аффектом у пациентки было чувство стыда. Кроме того, она взяла на себя вину за то, что бабушка умерла в доме престарелых. Ее самоуважение было низким, она скрывала от окружающих зависимость от их мнения.

Помня о том, что проблемы пациентки имеют корни в далеком прошлом, а также для того чтобы использовать лечебный потенциал группы, я предложил Вере провести групповой сеанс с участием студентов-психологов. Вера слышала об эффективности групповой психотерапии, однако в свое время отказалась от подобного предложения и сейчас боялась. Посоветовавшись с мужем, который предложил рискнуть, она согласилась. Первая психодраматическая сессия была посвящена чувству вины перед бабушкой, которую отдали в дом престарелых, и перед отцом, которого мать практически прогнала. Она боялась повторения этого инцидента с матерью. В сценах последовательно были воспроизведены ее контакт с умершей бабушкой и воображаемая встреча с отцом (использовалась техника «смена ролей»). Пациентка отреагировала сильным плачем и осознала, что она не несет ответственности за все просчеты родителей. Вторая сессия носила характер интрапсихической драмы, затронувшей взаимоотношения ее субличностей. Наибольшей внутренней частью (для исполнения ее роли она выбрала самого высокого парня из группы), был стыд, который она долгие годы носила в себе и скрывала от людей. Она

отразила это и на рисунке после занятия (см. рис. 5 на цветной вклейке «Субличности Веры»). Едва хватило участников группы, чтобы охватить все названные части (их было 18). Вере было предложено постараться перегруппировать их в положительном ключе. Так начался поиск ресурсов личности. Вполне возможно, что аддиктивный синдром (расточительность на ее рисунках), проявлявшийся в бессмысленной трате денег был формой отыгрывания «напряженных аффектов».

Во время прохождения тоннеля (психотехника, интегрировавшая «архетипическое путешествие» Юнга и метод символдрамы) на выходе Вера увидела в качестве подарка алмаз. Его грани на рисунке после сеанса состояли во многом из негативных характеристик. Ей было предложено поработать ювелиром и обточить острые углы (найти ресурсы) в каждой из не принимаемых частей «Я». В результате этой работы трусость превратилась в осторожность, комплекс неполноценности — в ученичество (возможность получения высшего образования по заочной форме) и т. д. (рис. 6, 7 цветной вклейки).

Катамнез через 2 года. Жалоб нет. У ребенка, со слов детского психотерапевта, также нормализовалось психическое состояние.

Арт-анализ и арт-терапия

Как показывает опыт, свободные ассоциации и интерпретации примитивных форм психологической защиты при работе с психосоматическими пациентами не всегда дают позитивного эффекта, а иногда и ухудшают состояние.

Одним из альтернативных методов работы является *арт-терапия*. Методики арт-терапии базируются на том, что когда человек рисует спонтанно, в получившихся образах отражается его «Я», Выражение своих переживаний на языке образов и символов является наиболее адекватным для пациентов с психологическими нарушениями, сформированными в самых ранних довербальных периодах индивидуального развития. Когда неосознаваемые психические переживания невозможно объяснить словами, их можно выразить с помощью зрительных образов, минуя цензуру сознания. При этом эмоциональная безопасность обеспечивается тем, что процесс рисования создает условия для социально приемлемого выражения негативных и агрессивных эмоций посредством механизмов так называемого *графического отреагирования*. Техника свободных ассоциаций с помощью визуализации является идеальным инструментом для получения материала о вытесненном или приобретенном на очень ранних стадиях развития опыте, так же как и механизм переноса является прекрасным способом адаптивной реконструкции такого опыта. Кроме того, это хорошая возможность получить

от пациента первичный символический материал в достаточно безопасной форме.

При данном подходе лучше называть эту технику *арт-анализом*, так как она представляет собой синтез психоаналитических и арт-терапевтических техник диагностики и психотерапии.

В отличие от аналитической техники свободных ассоциаций, *арт-анализ* позволяет работать с образными представлениями без вербальных интерпретаций. В результате оказывается возможным, минуя когнитивный контроль (что особенно важно для психосоматических пациентов), обнаружить фокусную проблему (ядерную конфликтную тему отношений), удержать пациента в рамках этой проблемы и безопасно выявить все возникающие ассоциации, а не только те, которые пациент решил вербализовать. В процессе арт-анализа структурируется изначально диффузное представление пациента о проблеме и собственном «Я», его обедненные когнитивные схемы обогащаются более эмоционально окрашенными символами. Проработка травматических ситуаций происходит одновременно с включением механизмов ранних объектных отношений, а эмоциональное отреагирование — в безопасных границах переноса на объект рисования, а не на психотерапевта. Таким образом, удается осуществить большую часть этапов аналитической процедуры, избегая опасности активизировать незрелые механизмы психологической защиты. По сравнению с другими арт-терапевтическими техниками, арт-анализ позволяет более точно и менее спекулятивно идентифицировать и невротические проблемы, затрачивая при этом минимальное время на проведение психотерапии.

В процессе арт-анализа может возникнуть психологическое сопротивление проводимой терапии, которое проявляется:

- 1) в отказе рисовать (пациент говорит, что он не умеет рисовать, не знает, что рисовать, устал, не понимает, зачем все это надо);
- 2) в нарочито стереотипном повторении сюжета рисунка;
- 3) в рисовании «штампов» (например, элементов плакатов и рекламы);
- 4) в циркуляции сюжетов нескольких рисунков.

В такой ситуации пациенту необходимо объяснить, что качество рисунка не имеет значения, и даже лучше то, что он не умеет хорошо рисовать, так как это способствует более четкому изображению проблемы (еще лучше сделать это с самого начала, чтобы по возможности избежать ситуации отказа, мотивированного неумением рисовать). Можно также предложить пациенту

сделать рисунок на тему любой свободной ассоциации, которая приходит ему в голову, либо уточнить детали предыдущего рисунка, либо нарисовать то, что он хочет в данный момент, или изобразить, что происходит с ним сейчас. Необходимым условием является невмешательство специалиста в процесс рисования, если пациент продолжает уточнять свои рисунки сам.

С содержательной или, лучше сказать, с психодинамической стороны можно выделить следующие этапы арт-аналитической процедуры:

- 1) экстернализация интроецированного объекта;
- 2) перенос на экстернализированный объект;
- 3) серия переносов в манере свободных ассоциаций на последующие экстернализируемые объекты;
- 4) неосознанная проработка динамики анализируемой ситуации;
- 5) достижение эго-дистонности пациента во время терапии: появление терапевтического расщепления между наблюдающей и ощущающей частями «Я», проявляющееся в отношениях между индивидуумом и ситуацией на рисунке (появление рисунков с социальной динамикой);
- 6) изменение эмоционального отношения к значимым символическим объектам.

В работе с детьми и подростками, а также с пациентами, обладающими слабыми способностями к вербализации арт-анализ облегчает диагностику проблем. В российской психотерапевтической практике эту методику нередко именовали как проективный рисунок, используемый в фазе ориентации групповой психотерапии.

Остановимся на наиболее часто используемых вариантах арт-анализа и его сочетании с другими методиками. Пациенту предлагается нарисовать или создать композицию, коллаж на следующие темы.

Моя болезнь. Задача специалиста здесь — постараться связать симптом с объектными отношениями, определить взаимоотношения конфликтующих частей.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 22

Федор, 12 лет

Федор, страдавший мигренью, выбрал в качестве своего симптома мартышку, схватившуюся за голову. Он мог быть спонтанным только дома, тогда как в школе был сдержан, не отвечал обидчикам, блокировал свою агрессию (маска дьявола) «совестливой частью» (Кен в черном костюме), которая заставляла его потом после школы «хвататься за голову». Посещение тренинга уверенного поведения помогло решить проблему.



Рис. 17. Головная боль

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 23

Тимофей, 26 лет

Другой пациент, Тимофей, страдавший ожирением, изобразил себя между двух женщин, а в центре поместил страх. Приглядевшись к рисунку, он изумился, когда увидел «эспандер», растягивающий его между женой и матерью. Симптом помогал ему «не разорваться» окончательно, но в дальнейшем он мог вызвать и психотическую реакцию.

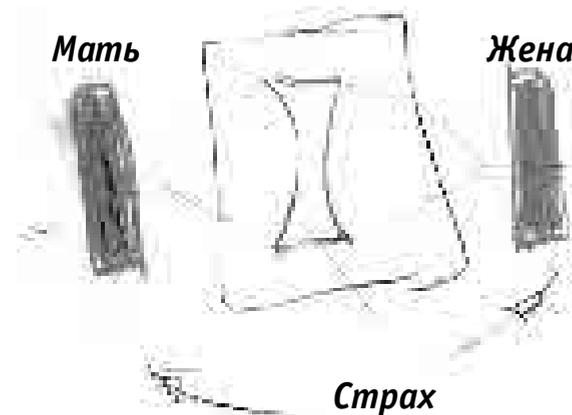


Рис. 18. Эспандер Тимофея

Я как сообщество. В этих рисунках следует обращать внимание на форму, границы между частями личности, пояснения пациента. Можно начать проводить диагностические гипотезы в отношении типа организации характера, уровня организации личности. Так Станислав (см. Учебный пример № 11), будучи перфекционистом в жизни, отразил эту черту и в своем рисунке.

В рисунках детей и подростков важное значение имеет цвет.



Рис. 19. Субличности Станислава

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 24

Артем, 16 лет

Артем, страдавший невротической икотой и мизофобией (страхом заражения), изобразил свою «боящуюся часть» фиолетовым цветом (см. рис. 8 цветной вклейки). Как мы знаем, фиолетовый цвет нередко связан с сексуальностью. Через арт-анализ удалось выйти на блокировку его сексуальности и восприятие ее как грязной, противной в ходе начавшегося пубертата. В дальнейших сеансах вскрылись нарциссические обиды пациента, появившиеся в течение года обучения в ПТУ. На рисунке 20 показано противопоставление «чистого ангела» и «грязного пэтэушника». Змея символизировала страх взросления, желание остаться ребенком, в то время как его ровесники уже «тусовались с девушками».



Рис. 20. Чистый ангел

Моя часто возникающая эмоция. Пациента просят дать три характеристики (ассоциации, метафоры) изображенной им эмоции. Этот метод часто сочетается с экстернализирующей техникой, при которой пациенту предлагается от первого лица озвучить компоненты собственной личности. Например, «Я — ненависть Георгия, я поселилась у него в 12 лет... Я нестерпимая, холодная, нестигаемая». Эта техника облегчает выход на объектные отношения. См. также рисунок 5 «Обида Павла».

Какое я дерево. Тест «Три дерева» (для детей — см. Учебный пример № 6). Часто пациенты с нарциссическим дефицитом изображают сухое дерево, дерево без зеленых побегов. На таком рисунке могут дополнительно появиться образы внутренних объектов. Так на рисунке Владимира Г., 17 лет, возникла могила живого отца, которому он не мог простить жестокого обращения.

Работа с открытками и фотографиями. Каждый психотерапевт обычно имеет собственную коллекцию открыток и фотографий, работу с которыми можно проводить в нескольких вариантах.

Вариант 1. Предложить пациенту выбрать из коллекции открытки или фотографии, символизирующие разные аспекты его



Рис. 21. Сломанное дерево

личности — положительные и отрицательные, либо любимые и нелюбимые роли.

Вариант 2. Предложить пациенту выбрать несколько фотографий, которые подходят его личности и несколько тех, которые не нравятся.

Вариант 3. Предложить создать композицию и озвучить субличности (экстернализирующее диагностическое интервью с использованием визуального образа).

Вариант 4 (ресурсный). Предложить выбрать несколько открыток или фотографий, отражающих состояние комфорта или желание пациента.

Работа с проекцией чувств и состояний на контур своего тела с использованием метафор. Так на рис. 2 цветной вклейки Юлия Г. (Учебный пример № 9) отметила множество эмоциональных проблем, отразившихся на телесном уровне (например, густое облако гнева).

Рассмотрим клинический пример, в котором арт-анализ оказал существенную помощь не только в диагностике, но и в терапии пациентки с психосоматическим расстройством.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 25

Таисия Е., 22 года

Таисия Е., студентка, обратилась за психотерапевтической помощью в связи со страхом очередной операции по поводу заболеваний глаз. Родилась в провинциальном городке в семье учителей. Отец, 58 лет, долгое время был директором художественной школы, всегда ориентировался

на престиж и оценку окружения. В конце 1990-х годов его сняли с должности, что вызвало у него сильные переживания и ухудшение здоровья. Мать, 60 лет, работает учителем литературы. Сестра, 34 года, замужем, живет с мужем и дочерью за границей.

История пациента. Проблемы со зрением начались с детского сада. В первом классе произошла первая операция, но зрение не улучшилось. В восьмом классе диагностировано отторжение склер и дерматит, наблюдалась отслойка сетчатки. Благодаря лазеротерапии удалось остановить процесс, обострения не наблюдалось до второго курса университета. В студенческий период зарегистрировано папиллома слизистой оболочки. Рассуждая о своем заболевании, Таисия впервые стала задумываться, не лежат ли в его основе психологические факторы, так как все обострения возникали в периоды экзаменов и сессий. Тема учебы всегда была значима для нее, причем успехи в школе не стимулировались родителями. Наоборот, мать как-то раз заявила: «Ну, когда ты, наконец, получишь двойку». Возможно, она унаследовала от отца сильную зависимость от общественного мнения. Старалась соответствовать стандартам. «Я сама себя делала».

С восьмого класса школы до первого курса университета Таисия была влюблена в педагога, но не призналась ему в своем чувстве. Одна из ее частей, «рассудочная женственность» жила в ней до 1 курса. Внезапно она поняла, что эта зависимость у нее — от «демонического любовника» (это слово услышала от своей подруги, студентки психологического факультета). Состоялся разговор «Онегина» с «Татьяной» (девушке раньше говорили, что она похожа на героиню А. С. Пушкина), который прояснил их отношения. Педагог не откликнулся на чувства девушки, а вскоре развелся и «впал в депрессию». Таисия жалела его. «Ты же мне нужен», — шептала она по ночам. Эта ситуация сопровождалась обострением дерматита, от которого она долго не могла избавиться. Предложенный курс иглорефлексотерапии наполовину решил эту проблему. Через месяц постаралась «выкинуть этого человека из своей души». Не успела она освободиться от одной зависимости, как на горизонте появился ее одноклассник, желающий оберегать ее от стрессов. «Я его ненавидела... Я вначале людей ненавижу или отношусь к ним как к белому листу, а потом они начинают для меня что-то значить». Таисия не видела перспектив отношений с опекающим ее юношей, но и не порывала с ним, держала как запасной вариант. «Я знаю, как только произойдет разрыв отношений — это закончится больницей. Может мой организм хочет заболеть, чтобы обо мне заботились?!» С ощущением собственной ненужности она обратилась за психотерапевтической помощью.

Хорошо визуализируя свои проблемы, девушка помогала раскрытию причин своего страдания.

Так, она самостоятельно принесла на сеанс рисунок своих субличностей (см. рис. 9 «Я как сообщество» цветной вклейки). Анализируя с ней этот рисунок, мы пришли к выводу, что ее «детская» (творческая часть) была неоформленной, напоминала Чеширского кота из «Алисы в стране чудес», тогда как различные социальные маски и роли заполняли основную часть ее внутреннего метафорического пространства. «А где же мое «Я»? — воскликнула она. — Его нет». — «Оно, возможно, есть,

но чем-то задавлено, — сделал пробную интерпретацию я. — Попробуй дать ему характеристики». — «Глупа, бездарна, маленькая, ничего не знающая о жизни, ни одного шага не можешь ступить; с тобой скучно, ты лишняя, ненастоящая; мы не хотим тебя видеть; ты такая ранимая, что смешно, ты нам мешаешь, позорный столб». В ходе этой сессии она осознала, что существует внутренний жесткий контролирующий Родитель (жесткий предшественник Суперэго в терминах объектных отношений). Она вспомнила, что в школе могла 20 раз переписать задание и про другие случаи соответствия стандартам (нарциссический перфекционизм).

В качестве домашнего задания она получила задание создать карту своей проблемы (mind map Таисии — рис. 10 цветной вклейки). В центре рисунка представлен хрусталик, вокруг него сети. «Сетка — это идеализация, которая накладывается на объект, чтобы он выглядел, так как мне нравится. Я перестаю видеть некрасивое. Для меня ужасно — попасть не в тему, сделать ошибку». Впервые на рисунке проявился образ Мадонны. Ранее девушка никогда не задумывалась о духовных, экзистенциальных факторах. Карта помогла еще более тщательно спланировать краткосрочную терапию (такова была ориентация пациентки). Всего было проведено 11 сеансов, после чего девушка сдала сессию без обострения заболевания, а на каникулах поехала навестить свою сестру с мужем, проживающих в другой стране.

В ходе индивидуальной психотерапии важно понять, что управляет повторяющимися паттернами поведения. Они настолько прочно укоренились во внутреннем мире пациента, что он постоянно носит их с собой. Пациент может поменять работу, партнеров, даже страну проживания, но так и не будет способен перейти на взрослые способы взаимодействия. Паттерны продолжают действовать с новой силой, часто против сознательного желания человека, создавая болезненные ситуации.

Задача психотерапевта психодинамического направления — распутать клубок ролей пациента в его внутреннем мире, создававшемся тогда, когда эти роли формировали кластеры различных объектных отношений.

Литература

1. Джейкоб Д., Дэвид П., Мейер Д. Дж. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций: Руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа. Пер. с англ. Ю. М. Донца и В. В. Зеленского. СПб.: Б.С.К., 1997.
2. Жалюнене Е. В. Вклад Р. Фейрбейрна в теорию объектных отношений // Российский психоаналитический вестник. № 3–4. М., 1993–1994. С. 187–191.
3. Кан М. Между психотерапевтом и пациентом: новые взаимоотношения. СПб.: Б.С.К., 1997. 143 с. («Современный психоанализ»).
4. Кейсмент П. Обучаясь у пациента / Пер. с англ. Воронеж: НПО «Модэк», 1995.

5. Копытин А. И., Балабанова Н. В. Арт-терапия в образовательной практике. Методическое пособие. Краснодар, 2006.
6. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Психоанализ и психиатрия: Монография. Новосибирск: НГПУ, 2003.
7. Кохут Х. Восстановление самости. М., 2001.
8. Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О., Шейнина Н. С., Зайцев В. В. Шизофрения. СПб.: Гиппократ+, 2004.
9. Кулаков С. А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков. СПб., 2004.
10. Кулаков С. А., Жаринов О. А. Символдрама — психодрама: интеграция подходов в ходе учебной супервизии // Психодрама и современная психотерапия. №1, 2006. С. 12–17
11. Лебедев В. Б., Биньковская Н. В. Миры воображения: Руководство по интерактивной имагогике. М., 2002.
12. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб.: Речь, 2003.
13. Люборский Л. Принципы психоаналитической психотерапии: Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2003.
14. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. М.: Класс, 1998.
15. Мак-Дугалл Д. Тысячеликий Эрос. СПб., 1999.
16. Мясищев В. Н. Психология отношений. М.; Воронеж, 1995.
17. Обухов Я. Л. Символдрама: введение в основную ступень. Ростов-на-Дону, 2005.
18. Прохазка Д., Норкрос Дж. Системы психотерапии: Пособие для специалистов области психотерапии и психологии. М., 2005
19. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского, 3-е издание. СПб.: Питер Ком, 2006.
20. Решетников М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб., Издательство ВЕИП, 2003. С. 58–60.
21. Соколова Е. Т. Психотерапия: теория и практика. М., 2001.
22. Хайкин Р. Б. Художественное творчество глазами врача. СПб.: Наука, 1992.
23. Холмогорова А., Гарянян Н. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия // Московский психотерапевтический журнал. 2004. № 1. С. 18–35.

ПРИЕМЫ И МЕТОДИКИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО АНАЛИЗА И ЛОГОТЕРАПИИ

Виктор Франкл как-то сказал, что «человек по своей сути стремится найти цель и осуществить свое предназначение в жизни». Экзистенциальный анализ и логотерапия направлены на личностный рост пациента, а не просто на лечение болезни.

Патология понимается здесь как уменьшение возможностей для самовыражения, как результат блокирования, подавления внутренних переживаний или потери соответствия им.

Таким образом, болезнь, включающая все обычные психиатрические понятия, и здоровье располагаются на континууме «кем человек стремится быть — кем он может стать».

Остановка саморазвития, чем бы она ни была вызвана, обусловливает различного рода личностные, в том числе и психические нарушения. Отказ от саморазвития, отказ от своих возможностей в рамках экзистенциального анализа — основной диагноз при самых различных нарушениях. Критерием эффективности такой психотерапевтической работы выступает восстановление способности к саморазвитию.

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

Экзистенциальный аналитик, подобно психоаналитику изучает поведение, речь, письменную продукцию, сновидения, свободные ассоциации и реконструирует биографию пациента. Однако полученную информацию он анализирует на основе экзистенциального анализа.

В этом варианте проведение экзистенциального анализа является герменевтикой (истолкованием) истории жизни пациента как истории болезни.

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

Франкл также дает определение ценности как смысловой универсалии, которая является результатом обобщения типичных ситуаций в истории общества. В экзистенциальном анализе понятие «ценностно-смысловой конфликт» означает внутрипсихический конфликт между индивидуальными особенностями пациента и его потребностями в смысле существования,

обычно обусловленными блокировкой эволюционно более сложных потребностей и замыканием системы отношений на примитивной потребности. Мы часто наблюдали пациентов с психосоматическими расстройствами, у которых ценностно-смысловой конфликт был связан с супружеской подсистемой, например, когда один супруг развивался, а другой, просидев по каким-либо обстоятельствам дома, ему наскучивал (остановка саморазвития).

Франкл говорил о том, что ценностная система личности складывается из биологических, социальных, интимно-личностных и духовных ценностей и придавал большое значение этой иерархии. Целью логотерапии, как формулирует ее Франкл, является повышение степени осознания пациентом своего духовного начала. Франкл называет сознание индивида этическим инстинктом, полагает, что его истоки расположены в духовном бессознательном. Вот основные позиции:

- ответственность за выбор;
- бессознательная религиозность;
- способность к самотрансценденции — выходы за пределы Эго.

Франкл описывает два основных способа, с помощью которых люди избегают самотрансценденции: гиперрефлексию (тенденцию к чрезмерному самонаблюдению) и гиперинтенцию (тенденцию к фиксации чрезмерного внимания своим желаниям и их удовлетворению).

Франкл предлагает свою классификацию ценностей, «три столбовых дороги к смыслу»:

- креативные ценности;
- ценности переживания;
- ценности отношения к объективным факторам, ограничивающим жизнь: (утратам близких людей, неизлечимых заболеваний, фактам насилия и т. д.).

Соблюдая клиническую точность, Франкл дифференцированно рассматривает случаи эндогенной меланхолии, депрессии невротического регистра, а также того типа депрессивных состояний, основными этиологическими факторами которого он считает ситуации «экзистенциальной фрустрации» (блокирование реализации основной группы ценностей) и «экзистенциального вакуума» (переживание бессмысленности, пустоты жизни). Франкл также описывал ноогенный невроз, который может принимать любую клиническую форму, но его главная характеристика — блокированная воля к смыслу.

Техники, способствующие усилению трансцендентной позиции пациента, широко используются в психодраме.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 26

Любовь Б., 42 года

Любовь Б. страдает от болей в желудке. Жалуется на охлаждение к ней ее начальницы, необоснованную критику (пациентка так много сделала для коллектива за 10 лет!) и выбор в качестве фаворитки молодой сотрудницы. Она настаивала на своей значимости, пытаясь сохранить свой авторитет, несмотря на то, что были интересные предложения коллег по работе, предоставляющие возможности для ее личностного развития (гиперинтенция). В психодраме мы поставили ее на стремянку, чтобы, отстранившись от ситуации (ее высокий рост плюс высота стремянки позволяли видеть ситуацию «из космоса»), она понаблюдала за развитием событий в разных направлениях: заставить замолчать начальницу (на рис. 22) символически на начальницу надет намордник), довести ее



Рис. 22. Трансцендентная позиция

до психиатрической больницы, продолжать жить в конфликте и — приобрести онкологическое заболевание. И хотя участница, игравшая ее начальницу и знаящая случайно ее лично, и другие участники группы высказали ей сомнения в сохранении столь ригидной установки, пациентка так и не взяла ответственность за какое-либо решение.

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

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

Динамическая структура бытия Person заключается в *двойном соотношении*: вовне и вовнутрь. Одной стороной Person полностью находится в *интимности* своего внутреннего мира, а другой — в *публичности* бытия-увиденным-другими и зависимости-от-других.

Автор видит *экзистенциальную задачу* становления Person как необходимость обрести в этом двойном соотношении *самоценность*, *обосновать* ее внутренне (в чувствующем отношении к себе самому) и *утвердить* вовне (в поступках и в общении с дру-

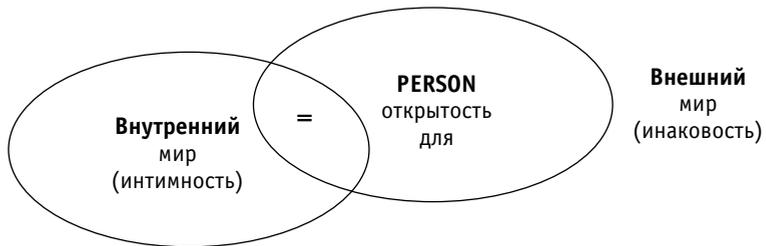


Рис. 23. Двойное соотношение, характеризующее Person: иметь интимность и «сохранять лицо» в обществе

гими людьми). Для этого в равной мере необходимы как помощь со стороны других, так и отграничение от них; включенность в сообщество без симбиотического в нем растворения. Несмотря на всю силу зависимости от других, следует добиваться собственной автономности, дабы индивидуальность в ее ценности смогла стать действительно плодородной.

Person в этой своей *двойной функции* служит мостиком между «Я» и обществом. Благодаря Person интимность во внутреннем мире выступает в контакте с ценностью другого. Многообразие психологических проблем переключается с нерешенными экзистенциальными проблемами. Риск рецидивов психосоматического расстройства возрастает, если психотерапевт ориентируется на снятие симптома и не затрагивает способа существования пациента в мире. Экзистенциальный и психобиологический смысл наиболее распространенных психологических проблем отражен в таблице 11.



Советуем прочитать все три книги А. Лэнгле, в которых емко и понятно с предоставлением примеров изложены современные представления об экзистенциально-аналитической терапии.

Приводимая иллюстрация отражает наш интегративный подход с акцентом на экзистенциальную составляющую при работе с пациенткой, имеющей психосоматическое расстройство.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 27

Юлия Д., 36 лет

Юлия Д. — студентка, получающая второе высшее образование по психологии на занятиях по психосоматике, вызвалась работать в качестве пациента. Беспокоило чувство сдавливания в области шеи. С 28 до 32 лет лечилась у эндокринолога по поводу гипотиреоза, принимала препараты. Самостоятельно прервала прием препаратов после рождения ребенка. В анамнезе воспитание по типу повышенной моральной ответственности матерью и бабушкой. Отец являлся единственной поддерживающей фигурой для пациентки.

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

В процессе работы возник очень сильный положительный перенос, о чем свидетельствовала принесенная Юлией фотография, на которой отец держит дочку на коленях. Она сообщила, что психотерапевт напоминает

Таблица 11

Экзистенциальный смысл наиболее распространенных психологических проблем

Психологические проблемы	Экзистенциальные проблемы	Базовые экзистенциальные мотивации по Лэнгле
Тревога/страх (фобии, генерализованная тревожность, панические атаки), психическая составляющая шизофрении	Смерть/рождение	Движущим стимулом для человека служит основной, фундаментальный вопрос экзистенции: «Я — здесь, но могу ли я (как целостный человек) быть здесь? Есть ли у меня пространство, защита, опора для этого?»
Отсутствие удовлетворенности жизнью. Экзистенциальная триада (В. Франкл) — депрессия, наркомания, агрессия (в том числе аутоагрессия, склонность к суициду). Ценностно-смысловая дисгармония	Ценности	Человеком движет фундаментальный вопрос жизни: «Я живу — но нравится ли мне, собственно говоря, так жить? Испытываю ли я полноту, узы, обладание временем для ценного?» Жизнь как ценность человек переживает, прежде всего, через внимание к себе, близость, любовь. Это позволяет ему открыться, чтобы он мог, в свою очередь, обратиться к другим (людям, вещам). Ощущение собственной жизни как ценности является предпосылкой способности повернуть себя к другому. Жизнь как ценность переживается в глубоком чувстве: «хорошо, что я здесь» («хорошо, что я есть»)
Проблемы детско-родительские, супружеские, сексуальные, трудности в общении	Одиночество, изоляция, выбор, индивидуализация	Человеком движет фундаментальный духовный вопрос: «Я есть я — но имею ли я право быть так и таким, как я есть? Пользуюсь ли я уважением других и своим собственным?» Это уважение возникает из признания себя самим человеком и другими, из принятия всерьез, а также оно завоевывается путем отстаивания себя. Обладая признанием, человеку легче признавать и других людей. Предпосылкой способности к признанию других является уверенное разграничение своего собственного и принадлежащего другим. Дефицит на этом уровне приводит к истерическому реагированию, а также к серьезнейшим личностным нарушениям
Инфантильность (зависимое, уклоняющееся поведение): обсессивно-компульсивные расстройства; регресс психики (асоциальное поведение)	Свобода/ответственность. Смысл жизни	Человеком движет вопрос о смысле существования: «Я здесь — но что должно из этого проистечь? Что нужно делать сегодня, чтобы моя жизнь была включена в осмысленную целостность? С чем, большим, чем я сам, я себя связываю (вплоть до религиозных связей)? Для чего я живу?» Человек постигает смысл через дела и через ценностный выбор, через принадлежность к более крупным структурам, через собственное развитие (созревание) и через религию

ей отца, поддерживавшего ее. Было проведено 6 сеансов психотерапии с акцентом на экзистенциальный анализ.

Из дневниковой записи Юлии: «В моей жизни происходят изменения. Меняюсь я, мое внутренне состояние влияет на восприятие окружающего мира. Я очень хотела этих перемен, однако не предполагала, что сброс старой кожи будет очень болезненным и мучительным.

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

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

Вчера мне и хотелось, и не хотелось пойти на сеанс. Я увидела себя взрослой женщиной, за подол моего платья уцепилась тоненькая девочка, которая не пускает меня. Останься, не уходи — говорит она. — Мне будет плохо, если ты уйдешь.

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

Когда пришла на сеанс, я посадила маленькую к себе на колени. Я гладила ту себя по голове, спине. Руки тоненькой девочки обвили мою шею, голова прижалась к моей груди. Ее бившееся в испуге сердце потихоньку успокаивалось. Расслабилась и сама девочка. Ей было очень уютно и хорошо у меня на коленях. В ее сердце родились доверие и чувство защищенности. Ничто не страшно. Я гладила ее и говорила: «Юленька, тоненькая моя, все хорошо... Все идет как надо. Ты самая хорошая, самая замечательная, красивая, талантливая. У тебя все получится. Мы постепенно выйдем с тобой из этого кризиса. Я очень люблю тебя и нуждаюсь в тебе». Девочка еще сильнее прижалась, улыбнулась своей очаровательной улыбкой. Наверное, она уснула. Я почувствовала, как она разговаривает во мне, вошла в мое сердце.

Весь день мне было очень беспокойно. Била нервная дрожь, бросало в жар, повысилась температура. Вечером стошнило — стало легче.

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



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

Юлия прервала на лето психотерапию, а когда пришла на сеанс после отпуска, сообщила, что сейчас чувствует ухудшение, но не хотела идти. На вопрос почему, ответила, что ей показалось, что психотерапевт ее мало поддерживает. Другой момент был связан со следующим феноменом. После периода эйфории, насладившись своей внутренней свободой, она вдруг поняла, что не хочет больше быть психологом. Резко усилилась тревога, анализы показывали повышенный гормональный фон. Эндокринолог вновь предложил начать принимать препараты. Другая ее часть заставляла испытывать чувство вины: «Как же так! За тебя два года платили деньги. Такое ощущение, что я раздваиваюсь, и одна часть наблюдает за другой. Я случайно не сошла с ума?» Я успокоил ее, сообщив, что этот феномен носит название деперсонализации и возникает в период, когда человек ищет свою внутреннюю сущность.

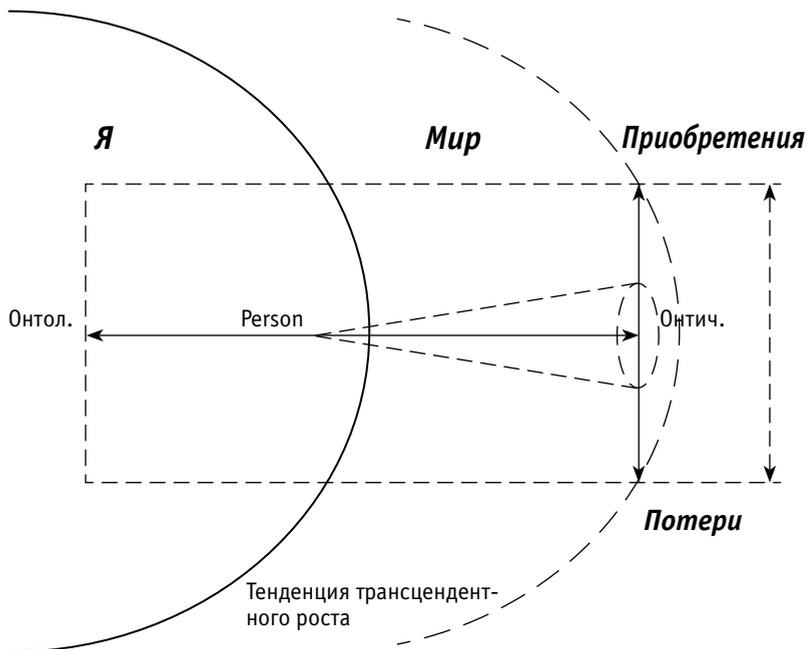


Рис. 24. Центральная структура «Я» при встрече с «экзистенциально новым».

В ее представлении психолог — это специалист, который консультирует пациентов. Обсудив возможные варианты самореализации после получения второго высшего, она успокоилась. Дополнительным аргументом послужил разбор схемы, предложенной А. Баранниковым. В ней показано, что и положительные, и отрицательные эмоции приводят к децентрации «Я», что может усилить тревогу. Юлия еще не знала, как себя, «новую» адаптировать к жизни.

Примечание. «Онтол.» — онтологический полюс «Я»-позиции; «онтич.» — онтический полюс «Я»-позиции; Person — персональная позиция.

Юлия осознала, что и избыток положительных эмоций, являясь для личности экзистенциально новым, может создавать напряжение между «наблюдающей» и «философской» частью личности и приводить к подобным симптомам (деперсонализации). Деревфлексия, переключение на самореализацию и усиление роли матери и жены привели к положительным результатам. Назначение гормонов не потребовалось.

Хотя представители экзистенциальной психотерапии и лого-терапии специально не пользуются техниками, мы попытались обобщить некоторые приемы, облегчающие обсуждение экзистенциальных проблем.

Иерархия ценностей как связующее звено

1. Исследуйте личную иерархию ценностей пациента. Это можно сделать при помощи стандартных тестов на ценностные ориентации, но лучше всего — при помощи вопросов, в которых необходимо выбрать ту или иную ценность. Например, благодаря следующей серии вопросов и ответов становится ясно, что пациент ценит свободу больше, чем богатство, а богатство — больше, чем личные взаимоотношения.

Что вы предпочтете?

- Богатство или популярность?
- Безопасность или независимость?
- Богатство или независимость?
- Много друзей или богатство?
- Здоровье или много друзей?
- Друзей или свою независимость?
- Хорошую зарплату или должность начальника?

2. Составьте список старых, деструктивных убеждений и попросите пациента связать каждое утверждение с той или иной ценностью из их персональной иерархии. (Любое убеждение, не вписывающееся в иерархию, сигнализирует о несоответствии с реалиями пациента.)

Составьте список новых, предпочтительных убеждений и попросите пациента связать каждое с конкретной ценностью из их персональной иерархии. Эти новые убеждения (в противоположность обозначенным старым) можно четко сопоставить с более высокими ценностями. Сведите старую и новую иерархии ценностей в единую таблицу (табл. 12). Пациент после этого должен практиковаться в восприятии более высоких ценностей всякий раз, когда он думает о новом убеждении.

Таблица 12

Рабочий бланк: иерархия ценностей

Ранговый порядок ценностей	Ценность старого убеждения	Ценность нового убеждения
1.		
2.		
10.		

3. Попросите пациента тренироваться в представлении высших ценностей в различных ситуациях. Это можно сделать с использованием воображения в терапевтическом кабинете или подождать, пока стимулы внешней среды не вызовут нужную мысль.

Терапевту важно помнить, что он строит мосты, опираясь на систему ценностей пациента, а не свою собственную. Неважно, что думает терапевт о ценностях пациента, имеет значение лишь то, что о них думает сам пациент.

Методики конфронтации с экзистенциальными конечными данностями

Методика «Жизненный отрезок». Пациенту предлагают начертить на листе «отрезок его жизни», началом которого является точка рождения, а окончанием — точка смерти. Затем на этом отрезке ему предлагается отметить настоящий момент. Индивидуальная техника рисунка: отрезки в виде кривой и лабиринтообразной линии, их длина, прорисовка, положение точки «здесь и теперь» — может служить ориентиром для выявления психологических защит.

Методика «Лимит жизни». Пациенту предлагается представить, что он знает день своей смерти, до которого остается определенный срок (полгода, год). Далее осознаются чувства и психотерапевт спрашивает: «Что вы будете делать? Изменитесь ли вы сами, ваши отношения, ваша жизнь?».

Методика работы с представлениями о себе. Пациенту предлагается написать на листе бумаги двадцать ответов на вопрос «Кто я?», обозначающих основные составляющие его представлений о себе. Дается инструкция: «Вам необходимо постараться вычеркнуть все ваши «Я», отказ от которых, как бы ни был он тяжел, все же совместим для вас с продолжением жизни». Затем вычеркиваются все представления в порядке возрастания их эмоциональной значимости. Особое внимание уделяется осознанию чувств и сопротивлений, а также исследованию динамики.

Обсуждение личного опыта конфронтации с экзистенциальными конечными данностями: смертью, свободой, выбором, ответственностью, одиночеством, изоляцией, бессмысленностью и смыслом, трансцендентным началом. Пациенту предлагается вспомнить ситуацию и приблизиться к ней в воображении. Лучше, если выполнение методики начинается с упоминания самим пациентом о случаях конфронтации с экзистенциальными в прошлом. Психотерапевт предлагает ему рассказать о них подробнее. Особое внимание уделяется позитивной или ресурсной переработке таких столкновений, опыту преодоления трудных ситуаций, опыту самостановления и самореализации, любви, принятия ответственности, альтруистического поведения, открытия смысла, религиозному опыту. Идентифицируются чувства, желания, а затем проводится прояснение.

Методики экзистенциального монолога и молитвы. Пациенту предлагается произнести монолог, в котором он может выразить отношение к себе и своей жизни. Эффективна методика молитвы, актуализирующая духовные переживания: пациента просят произнести свою молитву к Высшему Началу, как он Его представляет (Богу). Можно дать пациенту такую инструкцию: «Представьте, что у вас есть сейчас возможность рассказать о своих проблемах, страданиях и желаниях Богу, и Он вас слышит. Произнесите Ему собственную молитву, как если бы вы были с Ним один на один».

Возвращение в опыт эмоционально значимых отношений «Я — Другой». Пациенту предлагается мысленно вернуться к отношениям со значимым (когда-то или в настоящее время) человеком. Для выполнения данной методики предпочтительней выбирать отношения, в которых более полно репрезентированы актуальные для пациента в настоящий момент проблемы

и ценностно-смысловые дисгармонии, а также образы людей, игравших в жизни и становлении пациента иницирующую роль. Вариантом такой практики может быть погружение в опыт первой влюбленности, близости. Психотерапевт внимательно выслушивает рассказ пациента, выбирая для конфронтации и прояснения те содержания, которых пациент избегает, или моменты изменения эмоционального состояния рассказчика. Реконструируются наиболее ресурсные ситуации, а затем используются приемы мультимодального погружения в них. Акцентируется ответственность пациента в ключевых фазах восстановления опыта. На стадии проработки осуществляется позитивная переоценка опыта и рассматриваются аспекты, полезные для настоящего и будущего. Интегрируются техники гештальт-терапии (диалог, «Незаконченное дело», монодрама), краткосрочной психотерапии. Часто решающее значение для всей процедуры экзистенциального анализа имеет работа с родительскими образами и воспоминаниями об опыте отношений с отцом и смертью.

Методика мелоконфронтации. Пациенту (во время индивидуальных сессий или в группе) предлагается для прослушивания какой-либо музыкальный фрагмент, который своей эмоциональной направленностью и интенсивностью способен вызывать переживание сильных чувств, актуализировать значимые для пациентов воспоминания и ассоциативно конфронтировать их с экзистенциальными универсалиями (смыслом, свободой выбора, ответственностью, смертью, одиночеством, близостью). Затем проводится обсуждение и прояснение испытанных переживаний, обмен ими (в группе).

Столкновение с одиночеством (выбором). Психотерапевт способствует осознанию пациентом экзистенциальных границ тех или иных своих контактов: пациент учится определять, что он может, а что не может получить от отношений. Психотерапевт может предложить пациенту поэкспериментировать — на некоторое время отделить себя от окружающего мира и близких людей и побыть в одиночестве. Благодаря такому моделированию, пациент может осознать с большей глубиной как страх одиночества, так и масштабы своих скрытых ресурсов, степень личностной силы и смысл отношений.

Работа с представлениями о собственной смерти. Пациенту предлагается представить собственное умирание, прощание с близкими, с миром, последнюю исповедь, свои похороны и т. д. Можно задавать проясняющие вопросы, например: «Что вам особенно жаль оставлять в жизни?», «О чем вы жалеете?», «Что имело для вас наибольшее значение?», «В чем был смысл вашей

жизни? (отдельных ее периодов и в целом)» и т. д. Рекомендуется помогать пациенту осознать и осмыслить возникающие переживания.

Методики «некролога», «эпитафии». Пациенту предлагается написать на себя некролог или эпитафию на собственное надгробие.

Методики прояснения и проработки

Эти методики предполагают обсуждение опыта и тем, связанных с экзистенциальными конечными данностями. Осторожно применяя конфронтрующие с конечными данностями и проясняющие открытые вопросы, психотерапевт как бы приглашает и проводит пациента к обсуждению основных экзистенциальных беспокойств. Кроме того, используя трансфер и механизмы идентификации пациента с авторитетным для него врачом, психотерапевт собственным отношением к смерти снимает «внутренние табу», существующие вокруг проблем смерти, свободы, ответственности, изоляции, смысла и ослабляет интенсивность психологических защит. Тем самым в пространстве психотерапевтического взаимодействия устанавливается атмосфера, позволяющая переживать, переносить и исследовать тревогу, связанную с экзистенциальными универсалиями. Это достигается также посредством проявления интереса к самораскрытию пациента и поддержки его самоэксплорации. Психотерапевту не следует вступать в «тайный сговор» с пациентами, отрицающими реальность экзистенциальных ограничений или предельных экзистенциальных беспокойств. Необходимо активно способствовать тому, чтобы основные терапевтические процессы оставались на виду, доступными для более глубокого осознания, чтобы чувства и мысли пациента, связанные с экзистенциальными универсалиями, его сопротивление и сомнения, вызываемые исследованием проблемы смысла жизни и системы ценностных ориентаций, проявлялись по мере возникновения.

Методика «Три пути смыслового поиска» (анализируются три вида ценностей по классификации В. Франкла).

Методика «Жизненный путь (континуум)». Пациенту предлагается поразмышлять о значимых для него вехах его жизни. Затем, отталкиваясь от идеи «жизненного пути», можно попробовать установить взаимосвязь между прошлым, настоящим и проекциями в будущее. Применение данной методики сочетается с анализом нереализованных выборов и завершением

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

Методика «Взгляд сверху». Обычно применение сочетается с применением методики «Жизненный путь». Пациенту предлагается, абстрагируясь от «горизонталей» ситуаций, или своей жизни в целом, осознать ее «вертикально»: мысленно, в воображении подняться («взлететь в небеса») и увидеть свою жизнь с высоты птичьего полета (или — как с горной вершины видится путь, проходящий через долину). Глядя сверху, можно попробовать осознать смысл происходящего более целостно.

Проиллюстрируем применение этого приема кратким протоколом сессии (см. Учебный пример № 27).

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

П с и х о т е р а п е в т. Побудь немного соколом сегодня на сеансе и полетай.

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

Методика «Лабиринт». Психотерапевт предлагает пациенту представить свою жизнь в виде лабиринта с расходящимися в разные стороны коридорами или тропками (например, в дремучем лесу). Стенами лабиринта могут быть те обстоятельства жизни пациента, которые ему в настоящий момент тяжело или невозможно (объективно или субъективно) преодолеть, чтобы достичь значимой для себя цели («выйти из лабиринта», обрести свободу). Пациент вначале не знает, какая из этих дорог ведет к выходу (какому-то важному решению или цели). Психотерапевт стимулирует пациента к движению по лабиринту. Далее, внутри лабиринта помещаются реальные обстоятельства жизни пациента, знакомые и значимые для него люди. Лучше, если помогающим «клубком Ариадны» становятся какие-то внутренние силы пациента, его опыт, мечты.

Символическое представление экзистенциальных универсалий и диалог с ними. Пациенту можно предложить представить в виде образов свои смерть, свободу, одиночество, пустоту, смысл жизни и др. Он может также символически представить любое из основных экзистенциальных беспокойств, переживание экзистенциального вакуума, чувство вины, любовь и т. д. Затем психотерапевт может предложить пациенту представить конечную данность во внешнем пространстве и попробовать вступить с ней в диалог. При этом пациент может перемещаться на ее место, становясь этой универсалией и отвечая сам себе, а может получать от нее ответы мысленно. В другом случае это служит разогревающей техникой для проведения психодрамы.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 28

Группа обсуждает свои рисунки, связанные с экзистенциальными универсалиями. **Дмитрий, 23 года**, страдающий бронхиальной астмой, называет свой рисунок от третьего лица (экстернализирующий эффект). Приводим фрагмент терапевтической работы.

Д и м а. Я изобразил одиночество и изоляция Димы.

П с и х о т е р а п е в т. Изоляция за колючей проволокой?

Д и м а. Может быть это связано с детством, с бабушкой и отчимом. Я наблюдался у психолога, со временем прошло, но вспоминается из детства и давит что-то иногда.

П с и х о т е р а п е в т. Можно поработать с этим, если это давит до сих пор (П с и х о т е р а п е в т использует метафору пациента и механизм tracking — хождение по следу). Это важно для тебя?

Д и м а. Когда вхожу в эту комнату... (пауза).

П с и х о т е р а п е в т. Да?..

Д и м а. Боюсь.

Психотерапевт. Ты первый раз?

Дима. Нет.

Психотерапевт. Если эта заноза сидит, она будет постоянно напоминать. Сколько тебе было лет?

Дима. Два с половиной.

Психотерапевт. Что это было? Где это произошло? (Пересаживается ближе к Диме).

Дима (говорит тихо): Мы поехали с тетей в Воронеж, в село Красное к двоюродной бабушке. У нее муж пил, в голове переключило, кричал, что всю семью перережет. Для безопасности я и троюродная сестра были в доме у тети.

Психотерапевт. Кто с тобой был?

Дима. Юлия, Наташа. Спали в прихожей, за ширмой, а в большой комнате сидела бабушка, ее сестра, и я проснулся от разговора. Встал возле стенки у ширмы, слился со стеной, слушал, не помню разговора. Бабушка успокаивала того, у кого была белая горячка. Мне было страшно.

Психотерапевт. Ты вспомнил эту ситуацию, когда рисовал изоляцию?

Дима. Когда он бежал, помню момент, я зашел в комнату. Кровь, два тела, меня увели. Помню суету, панику. И потом кладбище.

Психотерапевт. Ты был на кладбище?

Дима. Наивное детство, просил бабушку взять.

Психотерапевт. Ты был маленький.

Дима. Я был последний раз там в 1999 году.

Психотерапевт. На кладбище?

Дима. Да, на кладбище, был в комнате, наверное, сделал глупость.

Психотерапевт. Что подразумеваешь под глупостью?

Дима. Что пошел туда. Еще обида возникла, ущербность. Когда был там, все говорили: «Вот этот Дима». Слухи распространяются быстро. Говорили обо мне.

Психотерапевт. В деревне в 1999 году сказали: «Вот Дима, родственник того, кто в белой горячке зарезал двух женщин».

Дима. Пожалел, что приехал.

Психотерапевт. Эта ситуация часто вспоминается?

Дима. Да, детство, что я там стоял.

Психотерапевт. Сходим еще раз в детство. Выбери кого-нибудь на роль маленького Димы.

Дима. Наверно, Сергей.

Психотерапевт. Сергей, ты сможешь помочь? Давай построим эту комнату. Где ширма, где была прихожая?

Дима. Здесь стояла кровать (ставит ширму), там был вход, я стоял здесь (встает за ширму). Просто стоял и слушал, что происходит.

Психотерапевт. Теперь, Сергей, встань на его место, чуть-чуть выглядывая из-за ширмы. Пойдем, посмотрим. Там Дима, которому два с половиной года (говорит шепотом Андрею: «Скажи громко: «Сейчас всех зарежу»).

Андрей (говорит громко и грубо): Сейчас всех зарежу.

Дима. Ужас, паника, тревога. Это стоять и слушать. Стоял и ожидал.

Психотерапевт. Страшно, крики.

Дима. Я вошел и увидел окровавленные тела. Помню темноту, улицу, много людей, тети бегают.

Психотерапевт. Маленький Дима постоянно приходил из детства и стоял с другой семьей. Сколько тебе лет?

Дима. Двадцать три.

Психотерапевт. Что можно сказать тому Диме, маленькому, которому два с половиной года, он беспомощен против силы ножа и топора.

Дима. Проявлять агрессию не стоит.

Психотерапевт (ставит протагониста в позицию зеркала): Посмотри со стороны, что мог бы сделать?

Дима. Убежать, наверно, но это глупо.

Психотерапевт. Сделай что-нибудь. Но ты сейчас большой, внутри тебя маленький Дима.

Дима. Не знаю.

Психотерапевт. Как взрослый, чем ты можешь помочь тому ребенку? Это твоя часть, которая идет из детства.

Дима. Я бы зашел в эту комнату.

Психотерапевт. Ты хорошо ее представляешь?

Дима. Я скорее бы принял удар на себя. Он бы пришел в себя, увидев меня.

Психотерапевт. А тому маленькому не было бы страшно?

Дима. Да.

Психотерапевт. Смог бы убить?

Дима. Не смог.

Психотерапевт. С тем маленьким Димой стоишь, отвернешься от него, ты двадцатитрехлетний Дима?

Дима. Скорее всего, будить сестер, не одному справляться, а вместе.

Антон: Сестры постарше были?

Дима. Да, одна на год, другая на три.

Психотерапевт. Сделай что-нибудь. Символически сделай.

Дима. Беда, вставайте, дядя Вася придет сейчас, убьет (Марина и Ольга встают).

Психотерапевт. Как маленькому, уже не так страшно?

Д и м а. Там и бабушка, ее сестра и нас трое.

П с и х о т е р а п е в т. Вот видишь, это же другой сценарий. Ты меня возьмешь к себе как ресурс. У тебя есть в группе поддержка?

Д и м а. Да, Лена, Надя.

П с и х о т е р а п е в т. Кто еще поддерживает?

Д и м а. Максим, Санек, Аня, Андрей. (Вокруг Димы плотным кольцом стоит большая группа участников группы).

П с и х о т е р а п е в т. Ну, посмотри какая у тебя группа поддержки!

Д и м а. Волнуюсь, но поддержку ощущаю.

П с и х о т е р а п е в т. Может быть, скажем, что тому маленькому Диме бояться не стоит?!

Д и м а. Дима, бояться не стоит. (Смех.)

П с и х о т е р а п е в т. Ты чувствуешь поддержку. Может быть, страхи оставим там в детстве?!

Д и м а. Давно пора.

П с и х о т е р а п е в т. Может быть, пройдешь по комнате с группой поддержки?! (Все участники группы идут плотной толпой). Кто выразит чувства Диме?

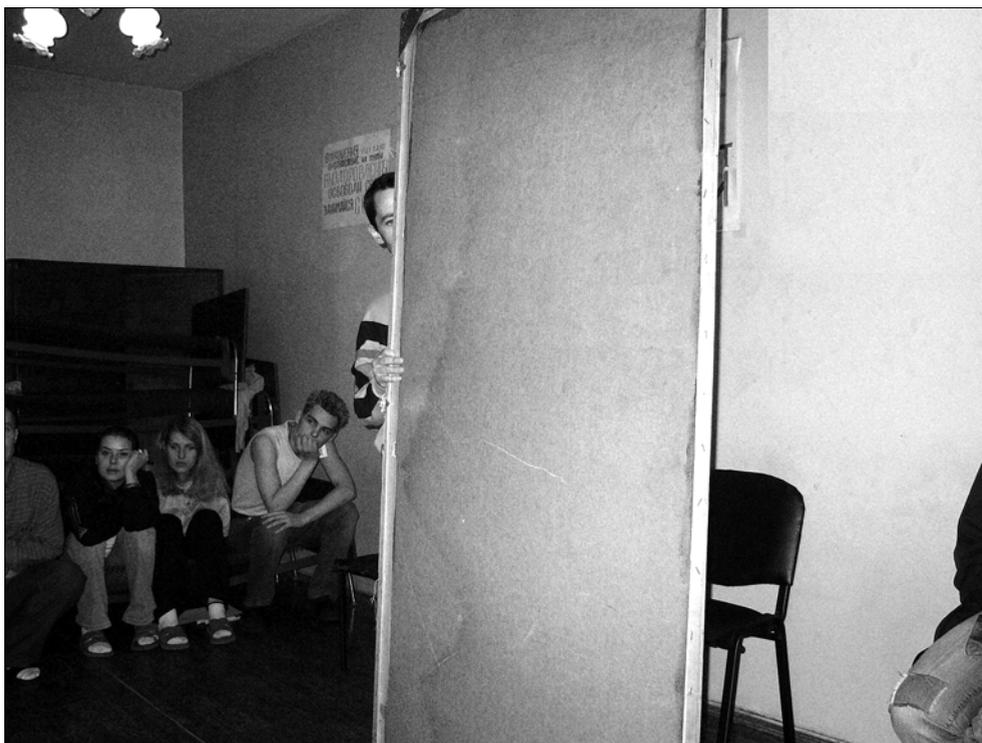


Рис. 25. Убийство за дверью

Шерринг.

Н а д я. Мне было тяжело слушать. Мне приходилось ездить в деревню к тете, у которой тоже муж пил, на ножах, были переживания, но со временем это отпустило.

С а ш а. Это трагедия, но не забывай, что мы рядом и мы всегда поддержим.

Л е н а. Поздравляю, что в твоей жизни появились мы. (Смех.)

А н т о н. Благодарю за пример. Я тоже испытывал чувство страха, недовольство собой.

С е р г е й. Мои ощущения остались за ширмой, узнавания не было. Страх, паника, ужас, трудно было стоять, чувствовать одиночество и в конце, когда появилась группа поддержки, появилось ощущение, что отпускает, облегчение.

А н д р е й. У меня частенько отец приходил домой пьяный, постоянно выглядывала сестра, постоянно приходилось ее уводить, и ждал, пока отец отвернется. Стало не по себе.

П с и х о т е р а п е в т. Детские страхи многие забирают с собой во взрослую жизнь, с ними бороться трудно, они могут приходиться и во сне. Если есть поддержка извне или своя собственная, это уходит. Сергей, скажи: «Я не детский страх, я — Сергей» (деролизация).

С е р г е й. Я не детский страх, я Сергей.

П с и х о т е р а п е в т. Дима, как ты себя чувствуешь?

Д и м а. Облегчение.

Окончание сессии.

Методика «Вопрос о смысле»

В самом начале сессии ведущий предлагает участникам закрыть глаза, заглянуть как бы внутрь себя, в свою душу и задать своей самой глубокой сущности вопрос: «Для чего я пришел сюда? В чем смысл моего пребывания здесь, рядом с этими людьми?». Последующее обсуждение дает продуктивное продолжение для группового процесса.

Облегчение принятия решений. Психотерапевт побуждает пациентов осознавать, что каждому действию предшествует решение. Осознанный выбор вызывает трудности, так как при этом приходится мириться с исключением альтернатив. Пациенты парализуют свою способность принимать решения (например, с помощью вопросов «А что если...?»). Психотерапевт помогает исследовать обоснованность и происхождение колебаний. Исследуются разветвления каждого вопроса к са-

мому себе, подобного вопросу «Что если...?». При этом необходимо осознавать и анализировать чувства, индуцируемые у пациента такими сомнениями. Психотерапевт может оказать помощь в выработке решения и оценке вариантов, побуждая, чтобы каждый шаг пациента к решению способствовал более глубокому пониманию собственной силы. В результате правильно организованной работы над принятием решений степень независимости пациента от психотерапевта будет возрастать. Отношения «пациент — психотерапевт» и «пациент — другие участники группы» становятся рабочей моделью самостановления индивида, осознания свободы и ответственности за рамки психотерапии. В условиях ограничения психотерапии по времени необходимо облегчать (фасилитировать) проявление пациентом воли. Психотерапевт применяет позитивные подкрепления, одобряет конструктивную активность, учит пациентов доверять себе и помогает им обретать уверенность в том, что они имеют право действовать. В случаях, когда воля пациента слишком подавлена, психотерапевт индуцирует у него осознание собственного творческого ресурса (потенциала изменений). Для этого он предлагает им поразмышлять в одиночестве над фразами: «Только я могу изменить мир, который я сам создал», «В переменах нет предполагаемой опасности», «Для того чтобы достичь того, что я действительно хочу, я должен измениться», «У меня есть сила, необходимая для собственного изменения» и т. п. Психотерапевту важно помнить, что принятие решений, связанных с глубокими изменениями, может потребовать много времени. Определение границ ответственности участников взаимодействия «психотерапевт — пациент» избавляет специалиста от непродуктивной рефлексии и предохраняет его от синдрома эмоционального выгорания.

Оказание содействия в более активном участии в жизни. Психотерапевт исходит из того, что у пациента всегда присутствует желание участвовать в жизни. Он укрепляет у пациента ощущение собственного участия в процессе изменений. Психотерапевт вместе с пациентом исследует как можно более широкий диапазон надежд и целей пациента, его систему убеждений, видение будущего и личностные ресурсы. Пациент может находить недостаточно смысла в своих отношениях, работе, досуге, творческих поисках и религиозных стремлениях. В каждой из этих сфер можно выявить препятствия (блоки), которые следует совместными усилиями устранить.

Методика углубления осознания смерти

Работа со знаками временности жизни. Сталкивать человека с реальностью смерти способен любой факт в окружающей его среде и его жизни, который прямо или косвенно связан со старением, болезнью, умиранием и смертью. В своей повседневности человек постоянно сталкивается с напоминаниями о ходе времени о конечности земного. Физические признаки старения разрушают иллюзию постоянной молодости, а значит — бессмертия. Встречи с друзьями детства и юности показывают, что все они стареют. Часто дни рождения, годовщины порождают экзистенциальную боль, так как эти даты — вехи процесса старения и приближения смерти. В периоды возрастных кризисов человек может вспоминать о своей смерти. Наибольшее значение имеют переход от юности к взрослой жизни, установление постоянных отношений и взятие на себя соответствующих обязательств, уход из дома детей, супружеское разобщение или развод. Конфронтацию с экзистенциальными конечными данностями могут вызывать любые изменения жизненного стереотипа. Отставка, выход на пенсию, безработица или опасность крушения карьеры могут сделать осознание смерти более глубоким. Переходя от желания сохранить многовариантность будущего к отказам от взаимоисключающих альтернатив, можно рассмотреть моменты решений как «серию маленьких смертей». Ситуации одиночества могут актуализировать тревогу смерти, потому что сама экзистенциальность старения и умирания — это ситуация максимального одиночества человека. Девальвация прежних смыслов и ценностей, связанная с нею перестройка привычных ценностных иерархий и отсутствие опоры на «единственно правильный» и «внешне-объективный» смысл могут привести к переживанию одиночества, тревоги перед свободой, ответственностью и смертью. Таким образом, конфронтации с любыми другими конечными данностями существования часто приводят к конфронтации с данностью смерти. В условиях ограничения логотерапии по времени консультировать пациента с универсалией смерти (и другими экзистенциальными конечными данностями) могут напоминания психотерапевта о том, что время сессии безвозвратно проходит, и психотерапия в целом приближается к своему завершению. Как подтверждает практика, ближайшими эффектами работы с универсалией смерти становится уменьшение сензитивности пациентов к страху смерти, а также осознание некоторых неадаптивных психологических защит, связанных с экзистенциальной тревогой. На начальном

уровне работа направлена на осознание самого факта защиты внутри терапевтической сессии, затем — на осознание конкретной жизненной ситуации, которая участвует в формировании проблемы и искажает систему ценностей, смыслов и целей. В результате может освободиться энергия, прежде тратившаяся на неосознанный экзистенциальный конфликт. Перспективными целями конфронтации (этап проработки) являются интеграция в сознание отношений с экзистенциальной смертью и, как следствие — инициация смыслообразующей активности индивида, увеличение полноты, креативности и продуктивности жизни, открытие духовного измерения бытия и супрасмысла.

Методики углубления свободы выбора и ответственности

Осознавание неадаптивных защит и способов уклонения от ответственности. Психотерапевт может оказывать пациенту помощь в понимании таких видов его поведения, как импульсивность, отрицание и перенос ответственности (позиции «невинной жертвы» или «потерявшего контроль»), избегание автономного поведения, патологические изъясления желаний и др. Психотерапевт совместно с пациентом анализирует его ответственность за собственные несчастья и конфронтирует пациента с этой ответственностью. Общая установка при этом такова: если пациент жалуется на неблагоприятные для себя ситуации или обстоятельства, его надо спросить, как он сам участвовал в создании этих ситуаций или обстоятельств. Если ключевые аспекты конфликтогенных ситуаций имеют объективный и непреодолимый характер, психотерапевту необходимо перевести фокус личной ответственности пациента на те слагаемые ситуации, которые от него зависят (его иерархия ценностей, разум, сознательная позиция, воля и т. д.). Психотерапевт может концентрировать внимание на том, как пациент используют «язык уклонения от ответственности» (например, использование выражений, имеющих смысл «я не могу», «я должен» вместо «я не хочу», может говорить об уходе от ответственности за собственное отношение и желания). Психотерапевту необходимо помогать пациенту осознавать и — по возможности — преодолевать ограничивающие существование, непродуктивные стереотипы и искажения в сфере желаний и принятия решений: непонимание, подавление своих желаний, уход от выражения желаний и чувств, импульсивность, компульсивность, избегание

решений с помощью торга. Отношение пациента к достижению целей терапии дает материал для анализа паттернов защиты от ответственности.

Методики работы с экзистенциальной изоляцией

Осознавание неадаптивных механизмов защиты и межличностных нарушений. Учитывая роль, которую играют в этиопатогенезе невротических депрессивных состояний межличностные отношения и связанные с ними проблемы, одной из задач является осознание пациентом неадаптивных защит, используемых для совладания с тревогой одиночества. Если пациент начинает осознавать, что поддерживает ощущение «Я — есть» и психологический комфорт только благодаря существованию в сознании других людей или уходит от беспокойства изоляции в слияние с другими людьми, симбиотические, манипулятивные отношения, компульсивную сексуальность, у него появляется альтернативный выбор: возможность управления своими защитами и самостановления. Психотерапевт помогает пациенту отвечать самому себе на следующие вопросы: «В какой мере я отношусь к другому человеку как к объекту, используемому мной для удовлетворения моих желаний и потребностей?», «Насколько «бескорыстно» я могу любить других?», «Насколько хорошо я умею выслушивать другого и раскрывать себя», «Каким образом я удерживаю людей на расстоянии?», «Способен ли я принимать другого человека, его чувства такими, каковы они в реальности здесь и сейчас?», «В какой степени я боюсь отвержения со стороны другого, и насколько этот страх мешает мне быть с другим человеком самим собой?», «Насколько я способен принимать себя, свои чувства, желания?».

Использование отношений «психотерапевт — пациент» для выявления нарушений. В условиях ограничения логотерапии по времени, переживания, которые возникают у пациента, не интерпретируются с точки зрения его раннего детского опыта. Психотерапевт использует феноменологию контакта с пациентом «здесь и теперь» как модель для прояснения стереотипий, мешающих пациенту поддерживать другие отношения. Когда пациент искажает те или иные аспекты реальных взаимоотношений с психотерапевтом, последний может не только повысить осознание пациентом самого факта таких искажений, но и помочь ему понять, каким образом данный искажающий механизм

проявляется в отношениях с другими людьми. Психотерапевт стремится развивать реальные отношения с пациентом, которые могут способствовать самоутверждению пациента. Позитивный корректирующий опыт, получаемый пациентом в терапевтических отношениях, необходим для успешного столкновения с универсалией изоляции.

Работа с экзистенциальной смыслом.

Специальные логотерапевтические методики

Преодоление проблемы. Когда пациенты жалуются на отсутствие смысла в их существовании, они часто допускают, что жизнь имеет некий набор общих для всех людей смыслов, или один «главный» общий смысл. При этом происходит отказ от принятия собственной ответственности за открытие и осуществления своего индивидуального смысла жизни. Люди скорее вносят свои смыслы, значения и ценности, чем получают уже имевшиеся. Поэтому психотерапевт помогает пациенту преобразовать пассивно-рецептивное отношение к проблеме смысла в творческое, активное и индивид все более освобождается от роли объекта, детерминируемого средой.

Осознание неадаптивных видов защиты от тревоги бессмысленности. При проявлении в поведении пациента неадаптивных защитных механизмов, которые могут иметь депрессогенное (или поддерживающее депрессивное состояние) значение, психотерапевт помогает осознать используемые ими защиты от тревоги бессмысленности. Психотерапевт также помогает распознавать проявления неадаптивных защит в жизненной ситуации пациента, их последствия и «онтологическую цену». Можно фокусировать внимание на появлениях компульсивной деятельности, погони за деньгами (удовольствиями, славой, властью, признанием), абсолютизации ценностей, суррогатных жизненных установках, нигилизме, вегетативности (ограничении жизни удовлетворением витальных биологических потребностей) и др. Психотерапевт помогает пациенту осознать взаимосвязь этих защитных реакций с проблемой бессмысленности и всем кругом предьявляемых жалоб.

Методика инвертирования вопросов пациента, имеющих логогностический характер или касающихся его отношения к экзистенциальным универсалиям. Психотерапевт старается «возвращать» пациенту (инвертировать) его вопросы, суть которых сводится к следующему: «В чем смысл моей жизни?», «Для чего

я живу?», «Что есть жизнь?», «В чем смысл моего страдания?», «В чем смысл смерти?», «В чем смысл одиночества, которое я испытываю?», «Что мне делать, если я боюсь смерти (одиночества, ответственности, поступков, ситуации принятия решений)?» и т. д. Для инверсии вопроса психотерапевт может задать пациенту встречный вопрос (аналогичный по смыслу заданному или вопросы типа: «А как вы думаете?»), отреагировать фасилитирующим отношением («Вы можете дать ваш собственный ответ на это вопрос») или эмпатическим молчанием.

Объяснение. Пациентам следует объяснить некоторые универсальные аспекты существования, а также то, что конечность и мимолетность жизни скорее придает смысл бытию, чем лишает его смысла.

Предложение максим (изложение в краткой форме основных экзистенциальных принципов). «Представьте, будто вы живете второй раз и действовали в своей первой жизни так, как собираетесь действовать теперь».

Использование сравнений. Пациенту можно предложить представить свою жизнь в виде движущихся картин («эффект киноплёнки»). Пациент осознает необратимость жизни, когда слышит от психотерапевта, что он не может ничего вырезать, изменить задним числом. Другое сравнение: пациент представляет себя скульптором — он имеет ограниченное время для создания произведений и не знает, когда наступит последний момент.

Фокусирование на поисках смысла. Задачей психотерапевта при применении методов фокусирования может быть только расширение полей зрения пациента таким образом, чтобы как можно больший спектр его собственных жизненных смыслов и ценностей стал видимым для него («психологическая офтальмология» по Франклу).

Оказание пациентам помощи в осознании ими важности принятия на себя ответственности за открытие ими их собственного смысла. Для этого можно использовать, например, описанное ниже упражнение.

Медитативное упражнение «Смысл жизни». Это групповое упражнение дает прекрасную возможность прояснить цели своего существования, Участники группы должны быть близко знакомы друг с другом и доверять своему терапевту.

Инструкция. Сядьте прямо и сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов. Закройте глаза и сосредоточьтесь.

Представьте себе старинную пустую виллу, которая сейчас необитаема. Осмотрите это здание. Пройдитесь по всем комнатам, полюбуйтесь старинной мебелью, светильниками, картинами и коврами (1 минута).

Теперь поднимитесь по лестнице на второй этаж, пройдите через спальню. Обратите внимание на фиолетовую портьеру, немало прикрывающую широкую деревянную дверь. Отодвиньте портьеру в сторону и откройте дверь.

Сейчас вы видите вторую лестницу, пыльную и всю в паутине. Очевидно, ею очень давно никто не пользовался. Медленно поднимитесь по ступеням и откройте находящуюся наверху дверь.

Вы оказались в старой библиотеке, наполненной светом, льющимся из окон и проникающим сквозь стеклянную крышу. Попытайтесь прочесть несколько названий книг. Вдруг вы замечаете, что в углу комнаты сидит какой-то человек.

Он говорит спокойным мягким голосом: «Я ждал тебя». И откуда-то из глубины души к вам приходит чувство, что этот человек обладает всеми знаниями мира и может ответить на все вопросы.

Вы решаетесь задать ему самый важный вопрос: «Зачем я пришел в этот мир?» и в тишине ждете, что он вам ответит. Ответ может прийти в словах, в жестах, в переданных телепатически мыслях или образах. Вы можете задать этому человеку любые важные для вас вопросы (2 минуты). А теперь поблагодарите старого мудреца и попрощайтесь с ним. Спуститесь по лестнице вниз, снова пройдите по всем комнатам. Покиньте эту виллу и возвращайтесь назад. Вы чувствуете себя обновленным человеком после этой встречи. Потянитесь, выпрямитесь и откройте глаза.

Оказание пациенту помощи в слушании ими голоса своего сознания. Пациенту необходимо руководствоваться в поисках смысла голосом своего сознания, и психотерапевт обучает пациента приемам внутренней концентрации для поиска ответов на главные вопросы бытия. Пациенту важно помочь понять, что необходимо отличать свой глубинный голос от различных требований и заповедей, приходящих извне. Хотя психотерапевт не может давать пациентам смысл, он может проводить примеры поисков смысла.

Постановка перед пациентом вопросов о смысле. Психотерапевт может спрашивать пациента о том, каких творческих успехов он мог бы добиться, какие свои переживания он считает наиболее важными, какой опыт для него наиболее значим и т. д. Рассматривая всю систему отношений пациента, психотерапевт помогает ему определять значимость для него тех или иных поступков, людей.

Увеличение числа источников смысла, помощь пациенту в расширении его представлений об источниках смысла. Выявление смысла может происходить через диалог психотерапевта

и пациента, а также с помощью логодрамы. Логодрама может представлять собой акцентированную на поиске смысла традиционную психодраматическую процедуру. Она может проводиться в методиках активного воображения или кататимного переживания образов. Наиболее эффективна логодрама в группе, но и в индивидуальном сеансе применяются логодраматические методики.

Методики работы с временной перспективой

Методика «Карта будущего». Представление своего будущего в виде карты местности позволит пациентам более четко осознать свои цели. Метафорическое выражение целей в виде пунктов на карте, а путей их достижения — в виде улиц и дорог помогает создать в воображении наглядную картину своего будущего.

После создания такой карты пациент (участник группы) сможет соотнести цели между собой и понять, насколько они сочетаются друг с другом, какие препятствия встречаются на пути к ним, какие новые возможности открываются.

Инструкция. Начертите карту своего будущего. Ваши глобальные цели обозначьте как пункты местности, в которых вы хотели бы оказаться. Обозначьте также промежуточные большие и маленькие цели на пути к ним. Придумайте и напишите названия для пунктов, к которым вы стремитесь в своей личной и профессиональной жизни. Нарисуйте также улицы и дороги, по которым вы будете идти. Как вы будете добираться до своих целей? Самым коротким или обходным путем? Какие препятствия вам предстоит преодолеть? На какую помощь вы можете рассчитывать? Какие местности вам придется пересечь на своем пути: цветущие и плодородные края, пустыни, глухие и заброшенные места? Будете ли вы прокладывать дороги и тропы в одиночестве или с кем-нибудь? У вас есть 30 минут.

А теперь запишите свои размышления по поводу вашей карты будущего. Где находятся важнейшие цели? Насколько они сочетаются друг с другом? Где вас подстерегают опасности? Откуда вы будете черпать силы для того, чтобы достичь желаемого? Какие чувства вызывает у вас эта картина? На это вам отводится 15 минут.

Методика «Верстовые столбы моего будущего». В этом упражнении участники составляют список того, что им хотелось бы сделать в будущем, чтобы упорядочить свои цели. Преимущество

этого способа работы состоит в том, что он усиливает ощущение направленности и непрерывности жизни.

Инструкция. Можно заглянуть в свое будущее без всякой астрологии. У каждого из вас есть множество надежд и желаний. Некоторые из них смогут, по всей вероятности, претвориться в жизнь, другим же суждено остаться в царстве мыслей и представлений.

Определите, как далеко в будущее вы хотите заглянуть. Может быть, вам интересно увидеть свою жизнь через год или два, а может быть — через десять лет?

Теперь подумайте, чего вы хотите достичь за это время. Что вы хотите создать? Чему научиться? Кем стать? От чего вы хотели бы отказаться или освободиться?

Представьте себе, что каждая важная цель этого жизненного отрезка является верстовым столбом на пути жизни, по которому вы идете. Когда вы доходите до очередного верстового столба, вы можете сказать себе: «Это я уже сделал!» Выбирайте только позитивно окрашенные для вас и достойные того, чтобы к ним стремиться цели. Причем их должно быть не больше шестивосьми. Расставьте их в нужной временной последовательности и обозначьте каждый верстовой столб несколькими ключевыми словами.

Когда вы это сделаете, перечитайте список своих целей на будущее и напишите, что вы думаете о нем, насколько разумным он вам представляется. У вас есть на это 20 минут.

Литература

1. Баранников А. Феномен «экзистенциально нового» в *dasein* и экзистенциальном анализе (антропологическое исследование) // Интернет-источник: <http://institut.smysl.ru/article/barannikov.php>
2. Гуревич П. С. Философия: учебник для психологов. М.; Воронеж: Модэк, 2004.
3. Емельянова Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. СПб.: Речь, 2004.
4. Ефимова И. Н. Психодрама + экзистенциальный анализ: о пользе перекрестного опыления // Психодрама и современная психотерапия. 2004. № 1–2. С. 64–73.
5. Котляров А. В. Освобождение от зависимостей, или школа успешного выбора. М.: Изд-во Института психотерапии, 2005.
6. Лэнгле А. Person: экзистенциально-аналитическая теория личности. Сборник статей. Пер. с нем. М.: Генезис, 2005.
7. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом. Прикладная логотерапия. М.: Генезис, 2004.
8. Лэнгле А. Что движет человеком. Экзистенциально-аналитическая теория эмоций. М.: Генезис, 2006.

9. Практикум по арт-терапии / Под ред. А. И. Копытина. СПб.: Питер, 2001.
10. Франкл В. Теория и терапия неврозов: Введение в логотерапию и экзистенциальный анализ. Пер. с нем. СПб.: 2001.
11. Франкл В. Психотерапия на практике. СПб., 2000.
12. Экзистенциальная психология. Экзистенция / Пер. с англ. М.: ЭКС-МО-Пресс, 2001.
13. www.existential-analysis.org — сайт.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

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

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

Когниции — вербальные суждения или образы восприятия любой модальности, связанные с лежащими в их основе убеждениями, установками и представлениями.

Чтобы найти искажение когнитивного процесса у пациента, психологу важно осознать, что когниции обозначают множество видов внутренних процессов. Это не только неслышимый язык или образы, создающиеся в воображении, но широкий спектр поведения, происходящего в промежутке между стимулом (активирующим процессом) и реакцией (эмоциональными и поведенческими последствиями). Чтобы дать пациенту хотя бы

приблизительное представление о различных типах когниций, которые заключены в поведении, ему предлагается во время сессии обсудить следующий список.

1. Внутренний разговор с собой.
2. Самоэффективность.
3. Восприятие.
4. Избирательное внимание.
5. Избирательное невнимание.
6. Атрибуции.
7. Ярлыки (слова и фразы).
8. Объяснения.
9. Стиль объяснения.
10. Категории.
11. Когнитивные карты.
12. Требования к себе.
13. Жизненные ориентиры.
14. Мысленные ассоциации.
15. Когнитивное обусловливание.
16. «Я»-концепция.
17. Образы.
18. Избирательная память.
19. Гештальт-паттерны.
20. Темы и рассказы.
21. Предрассудки, воображение, оценки.
22. Умозаключения и выводы.
23. Самоинструирование.
24. Предположения.
25. Внутренние сценарии.
26. Прототипы.
27. Идеализированные когнитивные модели.
28. Персонализированные мифы.
29. Обработка информации.
30. Связи между паттернами.
31. Мозговая организация.
32. Когнитивные схемы.
33. Гештальты.
34. Ведущий образ действий.

Любая из этих схем может присутствовать у психосоматических пациентов, ее проработка служит предметом психотерапии!

Терапевт может помочь пациенту понять этот длинный список терминов, пояснив, что все эти умственные процессы про-

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

Другими словами, оценка специфических требований ситуации предшествует адаптивной (или дезадаптивной) стратегии и вызывает ее. Оценка ситуации, по крайней мере, частично зависит от релевантных основных убеждений. Эти убеждения входят в более или менее устойчивые структуры, называемые «схемами», которые отбирают и синтезируют поступающие данные. Психологическая последовательность далее идет от оценки к эмоциональному и мотивационному возбуждению и, наконец, к выбору и реализации соответствующей стратегии. Эти схемы, от которых зависят когнитивные, эмоциональные и мотивационные процессы, рассматриваются как фундаментальные элементы личности. Зависимость или автономия, считающиеся в мотивационных структурах личности основными побуждениями, могут рассматриваться как функция конгломерата основных схем. В поведенческих или функциональных терминах эти признаки могут быть названы «основными стратегиями». Эти специфические функции могут наблюдаться в преувеличенном виде в некоторых из поведенческих паттернов, приписываемых, например, зависимым или шизоидным личностям. Выраженная активация дисфункциональных схем образует ядро так называемых расстройств Оси № 1, таких, как депрессия, более частные дисфункциональные схемы замещают ориентированные на реальность адаптивные схемы в таких функциях, как обработка информации, припоминание и предсказание. При депрессии, например, доминирующим становится стиль поведения, основой которого является самоотрицание; при тревожных расстройствах отмечается гиперактивный индивидуальный стиль реагирования на опасность; при панических расстройствах мобилизован стиль поведения, соответствующий неизбежной катастрофе. При расстройствах личности схемы — это часть нормальной, каждодневной обработки информации.

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

Типичные дисфункциональные убеждения и дезадаптивные стратегии, выраженные в расстройствах личности, делают людей восприимчивыми к жизненному опыту, который повышает их

когнитивную уязвимость. Так, зависимое расстройство личности характеризуется чувствительностью к утрате любви и помощи; нарциссическое расстройство — чувствительностью к ущемлению чувства собственного достоинства. Когнитивная уязвимость основана на экстремальных, ригидных и императивных убеждениях.

Выделяют два уровня негативно-ориентированных когнитивных элементов: автоматические мысли, образы, отражающие процесс переработки текущей информации; когнитивные конструкты или базисные схемы, используемые для классификации, интерпретации, оценки.

Сверхвалентные, аффективно-заряженные схемы, лежащие в основе систематических ошибок мышления, называют «когнитивными искажениями». Назовем наиболее распространенные из них: произвольные умозаключения, сухообобщение, селективная выборка, преувеличение или преуменьшение, персонализация, максимализм, дихотомическое мышление. Бек и Эллис, исследуя фантазии, сновидения и спонтанные высказывания своих пациентов, обнаружили в качестве содержания базовых схем три основные темы: фиксация на реальной или мнимой утрате — смерти близких, крушении любви, потери самоуважения; негативное отношение к себе, к окружающему миру, будущему; тирания долженствования, т. е. предъявление к себе жестких бескомпромиссных требований типа «я всегда должен быть хорошим».

Оценки себя и инструкции самому себе, по-видимому, происходят из более глубоких структур, а именно, из «Я»-концепции или схем самого себя. Фактически преувеличенная негативная (или позитивная) «Я»-концепция может являться фактором, который перемещает человека из группы «типы личности» в группу «расстройства личности».

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

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

Надежда К. обратилась с жалобами на неумение справляться с проблемами, суицидные мысли, отсутствие аппетита и насыщения от еды.

Наследственность психопатологически не отягощена. Старшая сестра матери страдала болезнями желудочно-кишечного тракта, у матери хронический панкреатит.

Между матерью и отцом с пятого дня их знакомства возникли ссоры. Беременность была желанной для обоих, но мать переживала, женится ли отец будущего ребенка на ней. Отец при рождении дочери дал ей свою фамилию, а брак согласился зарегистрировать только спустя год. Мать считала, что женился он на ней не по любви, а только из-за физического влечения. Полагала, что муж требовал от нее соответствия придуманному им имиджу. Упреки мужа касались чаще всего неумения жены планировать хозяйство, неэкономной траты денег. Жене не нравилось, когда муж сравнивал ее с другими женщинами, воспринимая это как «Я — плохая». Отец Нади — морской офицер, привык к распорядку дня как на корабле. Трудно переключаем. Испытывал дефицит общения, считал, что с ним обсуждалась только тема денег, еды. Жена он иногда ревновал к подругам, с которыми, по его словам, она могла часами говорить на разные темы. Когда жены не было дома, с дочерью также сложно было общаться, так как та занята уроками. В течение многих лет интимные отношения между супругами были нарушены из-за якобы периодически обостряющегося панкреатита и ночных болей у жены. После 10 лет супружества отец Нади часто спал на раскладушке в проходной комнате. Еще через 5 лет у отца появилась любовница, по поводу которой ему жена устраивала сцены. Через несколько лет они оформили официальный развод, и — по требованию дочери — отец переехал в отдельную квартиру, так как часто не ночевал дома.

Несмотря на развод, мать тесно поддерживала контакт со свекровью. Сама она рано осталась без родителей, а в семье мужа приняла правило «мать обижать нельзя».

Сложности беременности начались с 12 недель: первая госпитализация в связи с низким АД, затем перед родами — повторная госпитализация в связи с гипертонусом матки. Роды длительные, в срок. Новорожденная закричала сразу. При рождении обнаружена гематома на лбу, которая в настоящее время становится заметной при волнении. Сразу приложили к груди, сосала молоко хорошо. В 4,5 месяца у матери исчезло молоко — ребенок переведен на искусственное вскармливание. Девочка рано начала ходить и говорить.

Когда Наде было 1 год и 7 месяцев, семья переехала в город С. Девочка сильно реагировала на световой день, вскоре перестала спать днем. При попытке определить ее в ясли заболела конъюнктивитом, затем ОРВИ, осложнившейся пневмонией. Проведена пенициллинотерапия в стационаре.

В 2 года 8 месяцев пошла в детский сад. Первое время плакала, затем адаптировалась и ходила туда с удовольствием. Росла активным, жизнерадостным ребенком. Охотно контактировала с детьми, рано начала читать. Проживая в коммунальной квартире, поддерживала теплые отношения с соседями.

В старшей группе детского сада возникла следующая проблема: пожилой воспитательнице чем-то не понравилась мама, и она выместила отрицательные эмоции на Наде: игнорировала при распределении ролей на утренниках, порвала новогоднюю открытку от отца, приславшего ее из морского похода. Отец, возвращаясь из рейса, привозил шоколадки. Девочка их ела редко, чаще раздавала другим детям.

В школу пошла подготовленной в 7 лет, со второго класса обучалась также в музыкальной школе. Все задания выполняла тщательно. До 7 класса были подруги, затем в связи с очередным переездом растеряла их. В 14 лет у многих девочек уже были месячные, и мать хотела подготовить дочь к этому событию, но она отвергала ее «уроки». Месячные начались в 14,5 лет.

После окончания 9 класса начала обучение в музыкальном училище. Поступить туда не хотела, но своего мнения не было, поэтому положилась на волю родителей. Учиться было трудно, долго сидела за инструментом. Меньше стала общаться с подругами.

Когда Надя училась на третьем курсе, семья переехала на новую квартиру, и девушка совсем отказалась гулять. Возник конфликт с педагогом, самолюбивой дамой, требовавшей от учеников много работы. Однажды в присутствии других ребят учительница сказала Наде, что в ней нет яркости и души. Один раз ударила ее по рукам. Надя очень переживала эти инциденты, заявляла, что бросит училище. С трудом его закончила с твердым убеждением не быть педагогом.

Устроилась на работу ассистентом звукорежиссера на телевидении в городе М. (семья в очередной раз переехала). Ей там нравилось, но была скована при общении. Подруги уговорили ее заниматься шейпингом. Охотно согласилась, полагая исправить «толстые ноги». На шейпинге тренер сказала, что у нее лишние 8 кг. Начала соблюдать различные диеты, питалась по Брегу. Отец пытался протестовать, считая, что в 17 лет развивающейся девушке необходимо есть мясо. В этот же период во время родов умерла двоюродная сестра Нади. Была на похоронах, там ей стало плохо, вызывали скорую помощь. Врач после осмотра сообщил матери, что у девочки уже два месяца отсутствуют месячные, и ее необходимо показать гинекологу. Диагностирована анемия и гиперфункция щитовидной железы. Принимала йодистые таблетки, прошла курс инъекций прогестерона, — месячные не появились. Одновременно на УЗИ обнаружена зарубцевавшаяся язва желудка (со слов матери). Летом того же года была госпитализирована в клинику. Осталась впервые без родителей на 2 месяца. После лечения месячные один раз появились, затем вновь исчезли. Надя продолжила работать на телевидении. Есть не хотелось совсем. «Съедаю немного пищи, а ощущение, что съела много, в желудке какой-то ужас, и пища царапает его стенки». Хотелось попробовать сладкого, пыталась съесть, но тут же вырвало. Однажды днем, когда осталась одна дома, разбила из-за сильного напряжения стеклянную дверь.

Психотерапевт сообщил, что не находит никаких нарушений, но предложил обследоваться в дневном стационаре. Девушка вела записки о рвотах и потере веса. В этот период ее вес составлял 48 кг при росте 172 см. Впервые после осмотра психиатра прозвучал диагноз: «нервная

анорексия». Для девушки это не оказалось новостью, она уже читала об этой болезни. В городе М. не смогли предложить адекватного лечения, поэтому родители договариваются о госпитализации в клинику неврозов. Находясь в стационаре, Надя принимала антелепсин, трифтазин. Состояние было угнетенное. Возможности вызвать рвоту не было, хотя все время мечтала об этом. После выписки из клиники через месяц совершила попытку самоубийства, приняв две упаковки транквилизаторов. Мотивы суицида объяснила проблемами еды и ссорами родителей из-за нее. За неделю до суицида произошел очередной скандал между родителями. Отцу звонили любовницы, мать упрекала его за это, а тот «опускался до уровня грузчика». После суицида Надя была направлена в городскую психиатрическую больницу. При поступлении заявила, что не любит отца, затем об этом пожалела и при встрече его обняла. Сообщила, что когда выпишется, расспросит про морские походы. В больнице с удовольствием ухаживала за больными, помогала персоналу. Проблемы с едой сохранялись. Психолог рекомендовал ей выбрать специальность библиотекаря, медицинской сестры.

Так как после переезда в другой город Надя осталась безработной, то предложение в центре занятости пойти на годичные курсы медицинской сестры она восприняла положительно. Одновременно обратились к психотерапевту.

Психический статус: вначале контакта напряжена, затем охотно отвечает на все вопросы. По характеру педантичная, склонная к перфекционизму. Свои потребности считает минимальными. Из отрицательных качеств характера назвала жадность. Даже если есть деньги, и нравится какая-то вещь — купит дешевую, но не потратит деньги. Временная перспектива сужена. Выявляется множество правил и иррациональных установок. Зависима от мнения матери. Бредово-галлюцинаторной продукции не обнаружено. Сообщила, что после смерти сестры полагала, что никогда не будет иметь собственных детей, но была на практике в роддоме и сказала отцу, что ей «это» понравилось. В момент осмотра суицидные мысли отрицает.

При планировании объема психотерапевтических вмешательств мы исходили из того, что симптом существует уже несколько лет, имеют место нарушения личностного развития и микросоциального окружения — это потребует сочетания индивидуальной и семейной психотерапии. Родители на данном этапе к семейной психотерапии не были готовы, фиксированы на проблемах «носителя симптома». Индивидуальная психотерапия по своей структуре была когнитивно-поведенческой, в ней предусматривалась серия домашних заданий. Приводим отрывки из домашнего сочинения пациентки.

«Жила-была девочка. Очень она любила размышлять. Думала она, думала и надумала однажды, что жить ей незачем. Решила пойти к реке и утопиться. Собралась и пошла. Дорога была длинной, и, чтобы сократить время, стала она размышлять, как же дошла до такого решения. И вот о чем она думала по дороге к реке.

Хотелось ей быть хорошей, доброй, веселой, но не получалось. Нет, иногда получалось, но в такие минуты она вдруг задумывалась: «Что-то уж слишком хорошо получается, так долго не продлится; наверное, все

испортится». Даже страшно становилось. И мысли ее подтверждались: настроение вдруг портилось, глаза тускнели. «Ну вот, так я и думала». А зачем тогда жить, если не получается так, как хочется. Проще тихонечко исчезнуть, и все будет просто. Вернее, ничего не будет. Не будет и страха, который очень часто посещал девочку».

В ходе индивидуальной психотерапии Надю мотивировали на участие в психотерапевтической группе (вначале был категорический отказ).

В психотерапевтической группе на первом занятии заявила о своей цели — стать независимой от чужого мнения. На втором занятии была выбрана в качестве «вспомогательного эго» Машей (18 лет), также страдающей нервной анорексией.

Надя была очень взволнована произошедшим, на следующем занятии работала над своей проблемой взаимоотношений с родителями. Становилось ясно, что дальнейшая работа с пациенткой без подключения семейной психотерапии бессмысленно. На первый сеанс пришел отец Нади, причем сам попросил его принять отдельно. С собой принес наброски воспоминаний, которые, как он полагал, могут помочь психотерапевту.

Из воспоминаний отца Нади.

С начала семейной жизни частые ссоры в присутствии дочери. Во всех ссорах звучала только оценка своего положения («я», «мне плохо»), ни про ребенка, ни тем более о том, что мне тоже может быть плохо, речи не велось.

Я с самого первого случая говорил и требовал не выяснять отношения в присутствии дочери. Реакция нулевая. В этих поступках я видел преднамеренное желание отдалить от меня ребенка. Наталья в первые годы брака в моем присутствии молчалива, а с подругами и в гостях не умолкает, ведет себя подчеркнуто независимо. Меня это бесило, вызывало взрывы грубости с моей стороны. Очевидно, Наталья Александровна избегала меня (я ее чем-то подавлял, на все замечания — реакция неадекватная).

Наталья Александровна раздражительна (на Севере частые головные боли), со мной и ребенком суха, сдержанна, мало эмоциональна. Только отрицательные установки — все плохо, нытье.

У нас никогда не было теплых, доверительных, искренних отношений. Не было воспоминаний о чем-то хорошем (отпуске и прочем), душевных разговоров, обсуждения прочитанного, увиденного. В доме царил гнетущая, мрачная атмосфера. Меня тяготило молчание, раздражительность и вечное недовольство. Дом не стал местом общения и теплоты. Я срывался, выпивал.

Я несколько раз проводил беседы о наших отношениях (в том числе, интимных), влиянии их на ребенка, пытался выработать взаимную позицию. Не смогли. Возникла длительная конфликтная ситуация.

Дочь росла пуританкой — с мамой о созревании отказалась говорить, возмущали разговоры о женщинах, мои ласки отвергала. В противовес маминиюму болезненному отношению к чистоте, стала проявлять неряшливость.

...Стала еще больше меня избегать, разговаривала лаконично: «да» — «нет» — «не знаю» (имитация маминого стереотипа). Я сяду к телевизору — она уходит.

...Когда она лежала в больнице, ей поставили диагноз «тормозное развитие личности». Что меня волнует?

- 1) поведенческие стереотипы (имитация моего и маминого поведения);
- 2) страх взросления, полового созревания, хотя хочет иметь детей;
- 3) «Если любовь неудачная?»;
- 4) неуверенность, доминанта с едой;
- 5) боязливые черты характера;
- 6) Надин распорядок;
- 7) контроль с нашей стороны».

Приводим отрывок из сеанса очной супервизии семейной сессии, проведенного через неделю после прохождения Надеи психотерапевтической группы. Супервизию работы психотерапевта проводили два психотерапевта — Светлана и Сергей.

С е р г е й. Какие изменения произошли за этот период?

Н а д я. Только вчера рассказала о работе в группе маме. Неожиданно столкнулась с проблемой позднего возвращения. Тетушка сказала, что не пустила бы домой и высказала это маме.

М а м а. Отношения тесно связаны в нашей семье.

С е р г е й. Не связаны ли проблемы контроля в семье с контролем за едой?

М а м а. Вся жизнь так было. Принято заставлять есть. Если я проголодалась — выпью чашку кофе, и порядок, а в моей семье и семье мужа правило «завтрак-обед-ужин» — это традиция.

С е р г е й. Сможете перечислить правила семьи?

Все члены семьи перечисляют правила. необходимо питаться три раза в день; в выходные обед есть дома всем вместе; обязательно чистить обувь; после еды вымыть посуду; ложиться спать в 23 часа; прежде выполнить все дела, а затем отдыхать; громко не включать телевизор; не приводить гостей, если нечем угощать; поздравлять родственников с праздниками; наносить визиты родственникам; днем поесть хорошо (отец); не расстраивать бабушку проблемами; о неприятностях другим не говорить (мама). Сергей еще раз зачитывает правила. Мать добавляет. «Слушаться старших, ежедневно звонить родственникам».

С е р г е й. Надя, чтобы ты для себя хотела?

Н а д я. Самостоятельно выбирать друзей и хоть раз сходить на ночную дискотеку. Еще не хочу ездить на день рождения к бабушке, так как слышу упреки матери о моем воспитании, не хочу отчитываться перед родственниками о проведенном дне, хочу одеваться как мне нравится.

С в е т л а н а. Что тебе мешает это осуществить?

Н а д я. Когда я вижу, что человек нравится, я думаю, как на это посмотрит мама.

С е р г е й. Почему Надя смотрит глазами матери?

О т е ц. После окончания военно-морского училища я отошел от семьи и жестко придерживался только одного правила. В Новый год поздравить мать и быть у нее дома.

Наташа (жена), после переезда в другой город более тесно стала общаться с матерью и сестрами мужа и сама приняла их правила.

С е р г е й. Не получается ли, что Надя грубит бабушке, отстаивая свою территорию, а когда не ест — наказывает мать за что-то?

Н а д я. У нас семья «Тайны мадридского двора». Я хочу честности и искренности в отношениях. Находить решение проблемы, а не управлять чувствами другого. Мне надоел диктат. «Ты должна взять себя в руки».

Родители молчат. Идет работа с семьей по реконструкции и модификации некоторых правил. Например, съездить поздравить бабушку, но долго не сидеть за столом, сославшись на необходимость подготовки к зачетам (приближается сдача экзаменов на курсах).

С в е т л а н а. В группе ты себя не воспринимала женщиной?

О т е ц. У нас табу на вопросы пола в семье.

С в е т л а н а. Об этих вопросах мы поговорим на следующем занятии. Чем ты можешь поддержать папу?

Н а д я. У нас с ним нормальные отношения.

С в е т л а н а. А чем папа тебе может помочь?

Н а д я. Встретить с ночной дискотеки.

Отец улыбается. Мать сообщает, что ей в голову никогда не приходило, что может быть связь между правилами семьи и болезнью Нади. Окончание сеанса.



В данной дисфункциональной семье симптом удерживался несколькими факторами: многообразными семейными правилами и запретами, контролем со стороны старших женщин за девочкой, нарушенной коммуникацией внутри семьи (нарушены границы между подсистемами, перепутаны роли в семье, длительный супружеский конфликт разрешался через дочь). Игнорирование «семейного диагноза» лечившими прежде девушку специалистами привело к хронизации заболевания, сочетанию нервной анорексии с личностным расстройством и потребовало в итоге комбинирования сеансов индивидуальной, групповой терапии. Применение гештальт-терапии с ее принципами (актуальность, ответственность, осознание) неадекватно для данной пациентки в связи с ее личностной незрелостью. Подключение семейной психотерапии необходимо в связи с тем, что родители до сих пор неосознанно разрешают свои конфликты через девушку.

Приемы, основанные на когнитивной теории, стали более широко использоваться в диагностике и терапии, чем поведенческие приемы, основанные на условно-рефлекторном и оперантном научении. Остановимся на некоторых из них.

Психотехники с использованием воображения

О психотерапевтических переговорных технологиях, используемых в интерактивном процессе взаимодействия с миром символических образов, писал в одном из своих писем Карл Юнг:

«Это трудный и важный вопрос — то, что вы называете техникой обращения с тенью. Фактически нет вообще никакой техники в том смысле, в каком техника означает наличие известного или даже предписываемого способа обращения с известной трудностью или заданием. Это скорее похоже на дипломатию или государственную политику. Прежде всего, нужно всерьез принять существование тени. Во-вторых, нужно знать ее качества и намерения. В-третьих, неизбежны длительные и трудные переговоры... Никто не может заранее знать, каким будет конечный итог этих переговоров. Можно только предполагать, что в результате внимательного сотрудничества проблема сама изменится».

В этом высказывании в сжатой форме представлена вся логика интерактивной психокоррекционной работы в поле символических образов:

- 1) признание важности воображаемых объектов и мира воображения в целом как разновидности психической реальности;
- 2) сбор информации о символических образах и об их контексте;
- 3) согласование интересов сторон, проведение «переговоров».

Напомним, что согласно современным теориям интериоризации репрезентанты опыта, проникающего в мир переживаний, подразделяются на:

- 1) проприоцептивные репрезентанты (репрезентация первых ощущений);
- 2) иконические репрезентанты (репрезентация в образах);
- 3) символические репрезентанты (репрезентация в символах).

Такая классификация позволяет в виде системы осмыслить постепенное, поначалу скорее эмоциональное, а затем уже ра-

циональное осознание опыта. Эта классификация отражает также этапы в процессах дистанцирования и рефлексии, происходящих на заключительных стадиях формирования абстрактного и логического мышления, благодаря которому человек способен овладеть собой и миром в формулах. Переход от диффузного, телесного переживания к переживанию в образах и символах является необычайно важным для понимания психосоматических процессов, поскольку в этом переходе могут возникать торможения и блокировки, способствующие возникновению болезни.

Если пациент имеет низкие способности к визуализации, во взаимодействии с ним можно использовать телесно-ориентированные приемы или работать в другой модальности.

В настоящее время работу с образами называют интерактивной имагогогией. Трудно сказать к какому направлению или методу отнести эту технологию, так как образы могут затрагивать различные модальности.

Для того чтобы помочь пациенту перейти от иррациональных убеждений к рациональным, необходимо отобрать конкретные образы. Поскольку представление не задействует язык, пациентам зачастую удается быстрее изменить восприятие, используя одни только визуальные образы. Для создания таких перцептивных сдвигов можно использовать множество различных типов образов. Ниже приводится список основных типов.

Образы совладания, в которых пациент представляет себя успешно справляющимся со сложными ситуациями, используются для коррекции пассивного, избегающего мышления: «Представьте себе, что вы просите своего начальника о повышении зарплаты».

Кинестетические образы. Главный смысл работы с кинестетическим образом состоит в том, чтобы провести его сознательную трансформацию в желаемом направлении, для того чтобы он стал более гармоничным или, по крайней мере, менее дискомфортным. Через телесное отражение симптома можно выйти на нарушенные объектные отношения пациента.

Нередко телесно-ориентированный психотерапевт ошибочно сосредотачивает свое внимание только на одной из сфер деятельности, игнорируя объектные отношения (фиксация на теле в ущерб душе и духу).
--

Расслабляющие образы, включающие сцены природы и чувственные визуализации, используются для противопоставления

мыслям, продуцирующим страх или тревогу. Часто используются как часть когнитивной десенсибилизации.

Методы аутогенной тренировки и релаксации (например, прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону) самостоятельного значения в настоящее время не имеют и используются в основном как условие для проведения различных видов психотерапии.

Образы достижений, в которых пациент воображает, что он выполнил какое-либо задание в совершенстве, противопоставляются иррациональным мыслям о беспомощности и неудачливости: «Представьте себе, что у вас удачный, счастливый брак».

Образы пошагового совладания с проблемой, которые сфокусированы на частностях. Используя этот метод, пациент может разбить главную проблему на серию более мелких и представить себе, как он преодолевает эти небольшие сложности.

Негативные и позитивные образы — визуализация негативных ситуаций на позитивном фоне, как и обусловливание высшего порядка, может изменить эмоциональную валентность ситуации: «Представьте, что ваш противник критикует вас, а вы сидите в тропической лагуне в теплый солнечный день».

Корректирующие образы исправляют ошибки, допущенные пациентом в прошлом: «Представьте, как бы вы это сделали, если бы пришлось это делать снова». Обобщенные корректирующие образы позволяют пациенту исправить все прошлые инциденты определенного типа. Например, пассивный пациент может представить, что он вел себя уверенно в те моменты, когда отступал от проблемы. Образы будущего заставляют пациента оглянуться на настоящее из будущего времени, таким образом проясняя главные ценности: «Представьте, что вам 85, и вы оглядываетесь на прожитую жизнь. Что вы теперь сочтете важным и что — ничего не значащим?»

Визуализация маловероятных образов предполагает, что пациент представляет себе все возможные «ужасные» события, которые могут с ним произойти, для того чтобы научиться уходить от попыток контролировать все вокруг. В парадоксальных техниках часто применяется этот прием: «Что ужасного может с вами произойти, когда вы смотрите телевизор? Когда вы принимаете ванну? Когда лежите в своей постели?»

Представление ассертивных ответов может быть сопоставлено для контраста с представлениями пассивных, агрессивных и пассивно-агрессивных реакций, так, чтобы пациент увидел

последствия каждого из ответов: «Представьте, что вы пассивно, агрессивно или уверенно (ассертивно) просите, чтобы вам вернули ваши деньги». Представление итоговых последствий требует, чтобы пациенты визуализировали приносящее беспокойство событие через неделю, месяц, год после того, как оно произошло, чтобы определить отсроченные последствия: «Если вы покончите с собой, представьте, как сильно будет переживать ваша девушка восемь лет спустя?». Эмпатические представления учат пациента воспринимать мир с точки зрения другого человека: «Как к вам относится человек, которого вы обидели?»

Представление нулевой реакции предполагает, что пациент визуализирует, как он воспринимает в фобических ситуациях только нейтральные последствия. Эти образы часто используются в процедурах погашения условных связей: «Представьте, что вы встали перед всеми собравшимися и вышли. Представьте, что никто этого не заметил, и никому до этого не было дела».

Фантастические образы разрешают в воображении проблемы, которые невозможно решить в реальности: «Представьте, что ваша умершая бабушка стоит сейчас перед вами. Какой она вам даст совет? Как она отнесется к тому, что вы сделали?»

Превентивные образы используются для того, чтобы подготовить пациента справиться с проблемами, с которыми он может столкнуться в будущем, например, смерть, отвержение значимым лицом, физическое заболевание, бедность и т. д.

Негативные подкрепляющие образы вызывают представление о страшной ситуации, которая избавляет от ситуации еще более ужасной: «Представьте, что, держа в руках змею, вы избавляетесь от критики ваших сверстников».

Образы безопасности дают пациенту чувство уверенности в пугающей ситуации: «Когда вы находитесь в самолете, представляйте себе, что мама держит вас в теплом розовом одеяльце».

Воображение негативных последствий выявляет неприятные эффекты того, что кажется пациенту позитивным: «Представьте, что вы разбогатели... и вас похитили бандиты и пытаются, требуя выкупа».

Образы, опережающие время, позволяют пациентам отстраниться от травмирующего события, представляя, что они переместились во времени (например, на полгода вперед) и оглядываются из будущего на стрессовое событие: «Представьте, как вы будете через шесть месяцев относиться к тому, что ваш друг бросил вас».

После того как пациент закончит работать с образами, повторно обратитесь к вербальному компоненту, попросив его суммировать изменения в системе его убеждений: «Теперь, когда

при помощи этих образов вы изменили эмоции, к каким вы пришли выводам? Каким иррациональным мыслям вы были подвержены? Какие рациональные мысли у вас есть сейчас?»



Подробно с этими технологиями можно ознакомиться в следующих книгах:

1. *Лазарус А.* Мысленным взором. Образы как средство психотерапии. М., 2000.
2. *Лебедев В. Б., Биньковская Н. В.* Миры воображения: Руководство по интерактивной имагогике. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.
3. *Линде Н. Д.* Эмоционально-образная терапия. Теория и практика. М., 2004.
4. *Малкина-Пых И. Г.* Психосоматика: новейший справочник. М.: Эксмо, 2003.



В книге М. Е. Сандомирского «Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство» (М.: Независимая фирма «Класс», 2005) изложена авторская методика работы с образами с акцентом на телесно-ориентированный подход.

Моделирование. Этот прием используется в поведенческой психотерапии с 50-х годов и заключается в предоставлении пациенту фигуры, модели, которая отсутствует в его поведенческом репертуаре. Модель помогает актуализировать новое поведение на психотерапевтическом занятии (например, после просмотра фильма) и дает пациенту возможность научиться тому, чего ему недостает. Репетируя таким образом, можно спросить другого человека, что он чувствует по поводу действий пациента. Этот аспект отражает поведенческую функцию приобретения. Моделирование помогает пациенту распознавать, где и как можно применять полученные навыки (поведенческая функция различения и облегчения).

Следующей особенностью моделирования является способность уменьшать тревогу и страх, и в конечном результате — повышать уверенность. Например, тревожные пациенты часто боятся совершать определенные действия (позвонить в какое-нибудь учреждение по телефону). Моделирование помогает им поупражняться в таком поведении в менее стрессовой обстановке и с поддержкой психотерапевта. В последние годы для целей моделирования стали использоваться клинические ролевые игры.

Моделирующие образы могут использоваться в случае, если пациент испытывает сложности в осуществлении составных ша-

гов решения проблемы или овладения тем или иным навыком. В этой технике пациент представляет себя человеком, который образцово выполняет данное ему задание. Неприятные образы используются в обусловливании отвращения, отстранения и избегания в качестве противовеса нежелательному поведению: «Представьте, что ваша привычка курить вызывает у ваших детей эмфизему». Идеализированные образы используются, когда пациенты не могут подумать о своей конечной цели: «Где вы хотели бы жить через десять лет, с кем? Что вам хотелось бы делать?»

Прием «Шкалирование» позволяет сделать «замеры» проблемы: больше или меньше, сколько процентов, градусов, на каком месте по тяжести и т. д. При ответе на подобные вопросы у пациента иногда возникает спонтанное снижение тревоги. Для пациентов, воспринимающих мир в категориях «все или ничего», этот прием также весьма эффективен. Шкалирование чувств позволяет увеличить дистанцию по отношению к симптому. Пациенты замеряют чувства или установки, используя десяти- или столбальную шкалу. Им предлагается оценить любое стрессовое событие по этой же системе. Техника шкалирования дает возможность определить установки в их жизненном контексте. Так как пациенты нередко находятся на крайних позициях, любое движение к средней точке представляет лечебный эффект. В когнитивной психотерапии эта техника нашла применение в комплексной работе с дисфункциональными мыслями, иррациональными установками. Проработка когнитивной цепочки, таким образом, снижает степень выраженности отрицательных эмоций и дает возможность поиска альтернатив. Запись дисфункциональных мыслей может осуществляться как с психотерапевтом на занятии, так и в виде домашнего задания. С помощью приемов шкалирования оценивается также эффективность разных методов социально-психологического тренинга (например, «На какое место по уверенности вы себя поставите?») с проведением замеров в начале и в конце цикла занятий.

В таблице 13 приведены результаты ежедневной записи дисфункциональных мыслей Юлии Г. (Учебный пример № 9), проходившей курс психотерапевтического лечения по поводу симпатоадреналовых кризов. Кризы возникли на фоне личностного расстройства ананкастного типа. Предшествующее медикаментозное и симптомоцентрированное лечение (гипноз, биообратная связь) не принесли улучшения.

Самонаблюдение предоставляет психотерапевту возможность исследовать основную линию проблемного поведения. Пациента просят написать, что произошло перед возникновением, например, скандала. Такая запись позволяет оценить,

Ежедневная запись дисфункциональных мыслей

Дата	Описание	Эмоции
		1. Актуальное событие, приводящее к отрицательным эмоциям. 2. Поток мыслей, фантазий
2.06.2005	Коллега во второй раз опоздала, мне пришлось за нее отвечать по телефону	Гнев, бешенство (60–70 баллов)
3.06.2000	Прихожу к подруге. Она собралась со мной в театр, но оделась как попугай.	Раздраженность (70 баллов)
5.06.2000	Мне передали, что я должна позвонить в ближайшее время в министерство и узнать, прошла ли я по конкурсу: опять обязательно возникнет кризис, обо мне плохо подумают	Очень сильная тревога, страх (99 баллов)

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

что запускает агрессивное поведение. Кроме того, само по себе самонаблюдение нередко уменьшает проблемное поведение. Самонаблюдение позволяет также пациенту научиться распознавать собственные мысли (когниции), чувства и действия в проблемных ситуациях. Например, подросток, который часто агрессивен по отношению к своим близким, может научиться распознавать, что заставляет его злиться и поддерживать один и тот же стереотип поведения, о чем он в этот момент думает, осознать мотивы своего поведения. Постепенно вместо физической агрессии у него есть шанс начать использовать более безопасный вербальный ее компонент (не бить сестру, а кричать на нее). В дальнейшем с помощью психотерапевта у пациента появляется возможность научиться более адаптивным способам поведения.

Самооценочный аспект этой техники способствует развитию понимания пациентом его поведения, поиску альтернативных способов решения проблемы (например, действовать уверенно, а не агрессивно), осознанию того, что другие могли чувствовать по поводу его поведения, постановке новых целей.

Психотехника «Негативная практика». Пусть пациент непрерывно высказывает все свои иррациональные мысли, пока он не устанет или пока ему не надоеет или наскучит. Прекратите занятие только тогда, когда он решительно откажется продолжать о них думать.

Основное во всех вариантах техники «наводнения» — то, что пациенты должны оставаться в пугающей сцене до тех пор, пока их телесные реакции перестанут сопровождать негативные образы.

Исследование угрожающих последствий («декатастрофизация»). Этот прием, также называемый «Что если», включает помощь пациентам в оценке преувеличения ими природы катастрофической ситуации и расширении ограниченного мышления. Задаются вопросы типа: «Что самое страшное может произойти?», «А если произойдет, что будет ужасно?» Если пациент воспринимает опыт (и саму жизнь) как серию катастроф и проблем, психотерапевту следует подвести его к иному восприятию реальности. Пациент должен увидеть последствия жизненных событий не через призму «все или ничего», а более оптимистично. Важно, чтобы этот прием использовался с деликатностью и вниманием, чтобы пациент не чувствовал себя высмеянным психотерапевтом. Одновременно его стимулируют к поиску альтернатив.

Антикатастрофизирующая психотехника

1. Перечислите ситуации, которые пациент воспринимает как ужасные.
2. Запишите предрекаемый им в каждой ситуации урон.
3. На шкале от 0 до 10 отметьте значение того урона, который пациент предполагает («1» равно отсутствию каких-либо потерь, «10» — ужасающим потерям).
4. После дискуссии, опровергающей преувеличение, попросите пациента представить лучший возможный исход для каждой ситуации. Отметьте этот исход на той же шкале от 0 до 10.
5. Пусть пациент решит, опираясь на прошлый опыт, что более вероятно — наилучший исход или катастрофа.
6. Если необходимо, попросите пациента использовать шкалу для предсказания опасности в предстоящей ему ситуации,

которой он боится. После того как событие произойдет, пусть пациент сверится со шкалой и оценит, насколько точно он предсказал степень опасности. «Аварийные» представления учат пациента справляться с худшим вариантом последствий события: «Что может произойти самого плохого в результате того, что вы потеряете работу?»

7. Попросите пациента продолжать поиск альтернативных интерпретаций, временно откладывая первоначальные суждения и принимая решение о корректной оценке только тогда, когда время и расстояние обеспечат необходимую объективность. Продолжайте эту процедуру, по меньшей мере, в течение месяца, пока пациент не будет выполнять ее автоматически.

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

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

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

Так пациентка, занимавшаяся спортом и приехавшая поступать в институт, под влиянием родителей отвергла двух пар-



Рис. 26. Выбор

ней — спортсменов, ухаживавших за ней (ситуация напоминала гоголевскую «Женитьбу» — один не гош был по росту, другой по интеллекту). Обучаясь на первом курсе, она заполнила пустоту жизни едой, поправившись на 15 кг. Данная юмористическая картинка, найденная в Интернете, послужила пусковым звеном для ее обучения делать свои выборы и нести за них ответственность.

Психотехника «Деперсонализация «Я»

1. Составьте список из 20 негативных событий, которые произошли с вашим пациентом не так давно.
2. Запишите предполагаемые им свои внутренние недостатки (убеждения, приводящие к персонализации), которые, на его взгляд, послужили причиной происшествий.
3. Научите пациента искать причины событий во внешней среде. Используйте научный метод: отыщите стимулы, подкрепление или сопутствующие элементы среды, которые послужили пусковыми механизмами негативных событий. Перепишите все проприоцептивные причины как внешние.

4. В случае если причин слишком много, примените закон экономии: самое простое объяснение должно рассматриваться в первую очередь, чтобы определить наиболее вероятное.
5. Пусть пациент практикуется в определении внешних и внутренних причин тех событий, которые происходят с ним в течение дня. Научите его смотреть на себя и на других как на объекты, подверженные влиянию окружающей среды.
6. Как только пациент научится не брать на себя ответственность за эти влияния, расскажите ему про различные методы решения проблем, которые могут использоваться для преобразования среды.

Пациент может начать с прямой вербализации, которая со временем станет частью поведенческого репертуара. Его обучают прямым инструкциям, в ряде случаев переходящим в «контринструкции» по страху, агрессии и другим нарушениям.

Работа с иррациональными установками

Иррациональные установки нередко играют роль психологической защиты и препятствуют изменениям. В беседе с пациентом необходимо вникнуть в систему правил проблемного поведения, придерживаясь принципов позитивной трактовки. Нарушения поведения (симптомы) возникают в результате собственных гипотез, нередко не имеющих аргументов для их подтверждения. На одном из занятий необходимо выяснить, кто и для чего это правило создал, и нет ли конфликта между правилами. На этих принципах построена рационально-эмоциональная терапия (РЭТ) А. Эллиса и когнитивная терапия А. Бека. Оба автора признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых. РЭТ является конструктивистской терапевтической системой.

Иррациональные установки имеют следующие характеристики: они неосознаваемы, сверхгенерализованы, содержат предписания, носят вероятностный характер, связаны с длительными или неадекватными ситуациям эмоциями.

Рациональные установки имеют следующие характеристики: они легко осознаваемы, носят характер пожелания определенного развития событий, пластичны, легко могут быть перестроены.

В соответствии с постулатом ABCDE Эллиса (где А — antecedents — что предшествовало поведению; В — behavior — поведение, а также мысли и чувства, его сопровождающие; С — consequences — последствия поведения для пациента и его окружения; D — диспут, дискуссия; Е — эффект) в тех случаях, когда человек соприкасается (или думает, что соприкасается) со стимулами или активирующими событиями (А), которые он интерпретирует как способствующие достижению целей, обычно он явно или неявно (бессознательно) выбирает для себя адекватные реакции, убеждения (В), что ведет к положительным следствиям (С). Например, мать накричала на сына за невыполненное поручение. «Наверное, она устала!» — думает сын.

Иррациональные убеждения или дисфункциональные установки составляют ядро философских систем, способствуя появлению нарушений. Практически всем людям присуще стремление превращать взгляды, которых они придерживаются, в непоколебимые догмы. Активирующее событие А — неодобрение окружающих — воспринимается как негативное, оценивается с точки зрения такой догмы В и ведет к неблагоприятным следствиям С. Они, в свою очередь, выражаются в чувстве паники, депрессии или агрессии, в дисфункциональном поведении, отстранении от действительности, откладывании необходимых действий на неопределенное время, злоупотреблении спиртным или в проявлениях насилия.

В приведенном выше примере можно озвучить мысли сына следующим образом: «Я не должен отвечать агрессией по отношению к женщине, но мне тоскливо, пойду выпью с друзьями!»

У активизирующих событий (А), убеждений (В) и следствий (С) почти всегда имеются когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты. Взаимодействия между системами ABC двух людей могут отличаться разнообразными проявлениями, а в семье, состоящей из трех и более человек, они усложняются практически до бесконечности.

При работе с иррациональными установками необходимо заменить их на рациональные. Если установки не реалистичны (например, «Я должен всем нравиться», «Другие люди не должны совершать ошибки», «Жизнь должна быть справедливой»), человек предъявляет иррациональные требования к самому себе, к другим людям и к окружающей среде. Вместо этого он может сформулировать реалистические правила, например «Я предпочитаю, чтобы меня любили, но нельзя ожидать проявлений любви от каждого».

Перфекционизм — установка делать все только лучшим образом

Психотехника «Когнитивные карты». Упражнение.

1. Составьте из списка основных идей вашего пациента когнитивную карту. Вы можете сделать это, взяв каждую мысль из списка и сопоставив ее со всеми остальными мыслями. Спросите себя и своего пациента: «Чем похожи эти мысли? В чем они разные? Какая мысль идет сначала, а какая следует за ней?» Например, если в списке есть мысль: «Я скверный человек» и «Мне нужно быть совершенным», то они определяются как связанные. Попытки стать совершенным могут быть компенсацией чувства неполноценности. Чувство своей неполноценности может быть результатом неосуществленных перфекционистских стандартов.
2. Зафиксируйте отношения между мыслями с помощью графика или когнитивной карты (рис. 6.1).
3. На следующем сеансе просмотрите карту и внесите все предложенные изменения. У людей с разными эмоциональными проблемами разными будут и когнитивные карты.

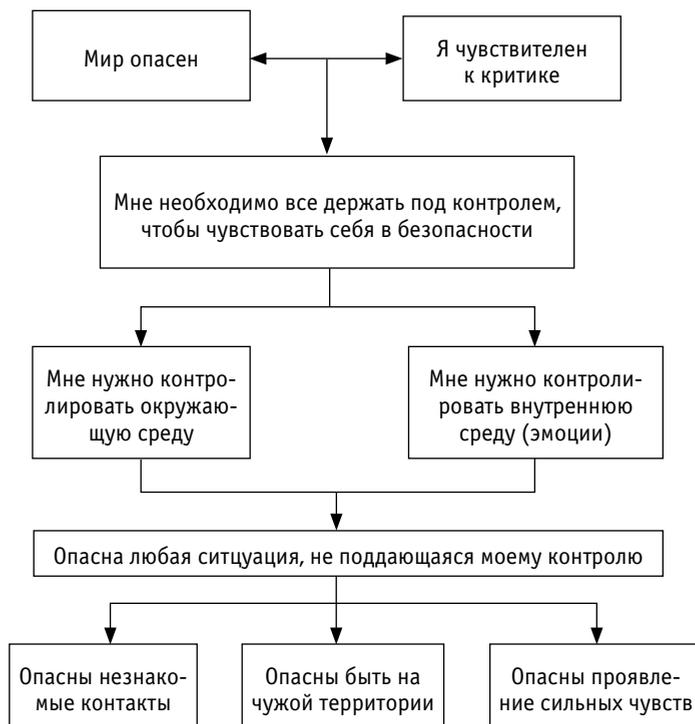


Рис. 27. Пример когнитивной карты Юлии Г. (Учебный пример № 9)

Другим примером когнитивной карты является использование визуальной метафоры.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 30

Михаил, 40 лет

Михаил, инженер, с детства, всегда пытался компенсировать свой маленький рост хорошей учебой. Потеряв в первом браке трехлетнего сына, полностью порвал со своей первой семьей. Во втором браке не был счастлив. Поводом обращения к психотерапевту послужило неприятное чувство «раздвоения «Я» и экзема, возникшие после дорожно-транспортного происшествия. Не будучи виноватым, он не смог доказать свою правоту и очень расстроился от этого (хотя можно было ограничиться денежной компенсацией в 300 долларов). Михаил втянулся в длительное судебное разбирательство. В ходе занятий выяснилось, что у него имеется жесткий когнитивный сценарий. Для активизации работы правого полушария в борьбе с иррациональными убеждениями использовались техники арт-анализа и монодрамы. На рисунке 28 видно, что самым большим сорняком является «денежный», что указывало на необходимость проверки гипотезы об анальной фиксации.

Психотехника «Тренинг навыков самоинструкции». Мы все что-то говорим себе. Мы даем себе приказы, указания, инструкции или информацию для решения проблем. Д. Мейхенбаум разработал экстенсивную модель для тренировки механизмов совладания («прививка против стресса»). Согласно этой модели, человек движется от открытой вербализации инструкций к



Рис. 28. Иррациональные сорняки Михаила

субвокализации. Справиться с ситуацией позволяют три главные функции разговора с самим собой: успокоение, тренировка и подтверждение. Самоинструкции применяются с примерными формулами по следующим этапам.

1. Подготовка к столкновению со стрессором.

«Я смогу разработать план, чтобы справиться с этим». «Это легко сделать. Помни о чувстве юмора».

2. Реагирование во время провокации.

«Пока я сохраняю спокойствие, я контролирую ситуацию». «Беспокойство не поможет мне в этой ситуации. Я спокоен».

3. Отражение опыта.

□ Когда конфликт неразрешим: «Забудь о трудностях. Думать об этом — только разрушать себя».

□ Когда конфликт разрешен или удалось справиться с ситуацией: «Это оказалось не так страшно, как я думал».

Представления о вознаграждении подкрепляют реалистическое мышление: «Что произойдет хорошего, если вы завершите проект?»

Использование воображения, скрытого моделирования, тренинга самоинструкций и методов релаксации одновременно. В этом интегрированном варианте пациенту предлагается на фоне релаксации в безопасной обстановке психотерапевтического кабинета использовать воображение и перенестись в ситуацию, которая вызывает проблемы и сопровождается неприятными ощущениями. В отличие от методики систематической десенсибилизации пациент самостоятельно и последовательно преодолевает барьеры, используя релаксацию, тренинг самоинструкций, положительное подкрепление, анализируя дисфункциональные мысли. В прямой вербализации отрицательных эмоций пациенты часто обнаруживали иррациональность собственных идей. Если фантастические последствия подтверждаются аргументами, психотерапевт работает исходя из реалистичной оценки опасности, а пациент приобретает навыки совладания. Этот метод используется и у пациентов, имеющих негативное отношение к гипнозу.

Метод «Стоп-кран» или триада самоконтроля (применяется как средство неотложной психотерапевтической помощи) заключается в остановке мысли, релаксации, скрытом подкреплении. Прием основан на концепции скрытого моделирования.

Пациента просят закрыть глаза и представить картину, вызывающую отрицательные эмоции, одновременно сфокусировавшись на негативной мысли. Когда появляется такая мысль, его просят поднять палец. На этот сигнал психотерапевт произносит «Стоп!». Пациент обычно отмечает, что мысль исчезает. Затем его просят самому себе сказать «Стоп!», воображая красный сигнал светофора. После этого рекомендуется глубоко подышать и добиться релаксации. Третьим компонентом скрытого подкрепления служит представление приятной сцены, заранее выбранной из репертуара пациента. Когда у пациента вырабатывается способность чувствовать положительные эмоции от последовательности картин, вся триада воспроизводится еще раз: 1) пациент представляет мысль, которую нужно «удалить», субвокально кричит «Стоп!», представляя красный сигнал светофора; 2) проводит релаксацию; 3) воображает приятную картину. Дома рекомендуется тренироваться дважды в день.

Тренинг навыков, позволяющих управлять тревогой. Сначала психотерапевт обучает пациента релаксации, а затем переходит к репетиции цели или к использованию копинг-воображения. Следующим этапом служит выработка умения генерировать вызывающие тревогу мысли и образы и, добиваясь при этом расслабления, фокусируя внимание на приятных ощущениях, оспаривать иррациональные идеи и концентрироваться на рациональных ответах.

Психотехника «Позитивный шаблон». Эта техника когнитивной психотерапии предназначена для более точной и четкой проработки цели и последовательности шагов для ее достижения.

Цель: выработать навык в работе по достижению личных или групповых целей, преодолению личных психологических трудностей и проблем с помощью позитивного мышления. Эта техника состоит из нескольких этапов. В зависимости от ресурсов пациента можно последовательно пройти весь алгоритм в течение одного или нескольких занятий.

Шаг 1. «Постановка цели». На первом этапе пациенту необходимо переформулировать проблему в цель. Например, «я раздражителен» — проблема, «хочу быть спокойным, контролировать себя» — цель; «я очень внушаемый» — проблема, «хочу быть критичным, иметь свою точку зрения» — цель. Формулирование цели только в положительных (позитивных) терминах (чего я хочу, а не чего я не хочу).

Шаг 2. «Баланс решения». На втором этапе необходимо обдумать ту часть поведения, которую пациент собирается изменить (проблемное поведение). После чего пациенту надо заполнить баланс решения, выделив все «за» и «против» его нынешнего поведения.

ЗА (причины для продолжения нынешнего образа жизни)	ПРОТИВ (причины для изменения нынешнего образа жизни)

Взвешивание всех «за» и «против», по сути, представляет собой процесс принятия решения об изменении. Мотивация здесь очень редко бывает односторонней. Всегда существуют плюсы и минусы нынешнего образа жизни, и его модификации. Они могут меняться или принимать на себя приоритеты с течением времени. Увеличение количества, удельного веса «против» — ключевой фактор в продвижении к стадии действий и воплощения изменений.

Баланс решения имеет силу только в том виде, как его представляет сам человек. Это субъективный процесс. Терапевту необходимо использовать метод активного слушания, чтобы убедиться, что он не навязывает пациенту свое видение проблемы.

Шаг 3. «Прошлые успехи». Для выполнения этого этапа требуется изображение солнца с множеством лучей (семь и более). На каждом луче пишется событие, связанное с прошлым успехом. (Закономерность: чем больше лучей, тем больше прошлых успехов).

Карта прошлых успехов заполняется в два этапа. Сначала человек вспоминает свои успехи, связанные с решением подобной проблемы. Например, есть трудности во взаимоотношениях со взрослыми. Следует ретроспективно отследить, возникали ли у пациента сходные проблемы в прошлом, и были ли они успешно разрешены. Если «да», то именно эти события вписываются в первую очередь. Затем записываются другие успехи, которые человек испытывал в прошлом. Данная процедура пробуждает ресурсы, укрепляет самооценку пациента. При групповой работе необходимо позволить каждому участнику обнародовать свои успехи без комментариев.

Шаг 4. «Ресурсы для достижения». Карта ресурсов выполняется по тому же шаблону. Необходимо снова нарисовать солнышко и на его лучах расписать ресурсы для достижения своей цели. Ресурсы — это запас энергии, необходимо для осуществления

задуманного, источник, пополняющий силой, дающий уверенность, убежденность. Это могут быть определенные люди: мама, друзья; увлечения и т. д. К ресурсам относятся личные качества человека, например, упорство, настойчивость и др.

Шаг 5. «Шаги прогресса». Пациент (участник группы) рисует лестницу, под ее ступенями подписывает определенные периоды времени: первая ступень — «завтра», вторая ступень — «через неделю», далее — «через месяц», «через год», наконец, «через три года».

Работая с лестницей прогресса, необходимо ответить на следующие вопросы.

1. Как вы завтра узнаете, что уже добиваетесь цели? Какой будет завтра знак, что вы достигаете прогресса? (Этот вопрос повторяется по всем периодам).
2. Как другие узнают завтра, что вы добиваетесь цели? Какой завтра будет знак для других, что вы достигаете прогресса? (Этот вопрос также повторяется по всем периодам.).
3. Как узнает муха, сидящая на потолке, что вы достигли прогресса?
4. Как вы наградите себя за то, что добились определенного прогресса? (Запланированные поощрения.)

Когда пациент готов к воплощению изменений, ему необходимо оказать конкретную помощь в планировании успеха, в осуществлении желаемых перемен.

Четкий план действий очень важен для человека, стремящегося к изменениям, потому что:

- возможные проблемы и трудности могут быть определены и нейтрализованы заранее;
- план поможет обеспечить должную мотивацию, мобилизовать усилия.

Хороший план действий имеет следующие характеристики.

1. Четкие задачи. План должен быть четким — например, сокращать сигареты до определенного количества, или менять привычки в еде строго определенным образом.
2. Измеримость результатов. Результаты должны быть такими, чтобы их можно было проконтролировать и измерить. Это способствует осознанию прогресса и значительно повышает мотивацию, обеспечивая осязаемое поощрение.
3. Соглашение между людьми, которые работают над этими изменениями. Только сам человек может заставить свой план работать. Однако у него есть помощники, способные оказать ему реальную поддержку. Важно, чтобы план на-

правлял самого человека к его целям тем путем, который подходит его образу жизни, культуре, привычкам и устремлениям.

4. Реализм. Человек должен чувствовать, что его план реально осуществим. Вера в то, что это возможно, — необходимая преамбула серьезной попытки выполнения намеченного. Пусть задачи будут небольшими, чтобы можно было решить их в обозримом будущем, и одновременно достаточно большими, чтобы над ними стоило трудиться, и они дали ощутимый результат.
5. Временная шкала. Четкая шкала для подготовки к изменениям, отслеживание прогресса на каждом этапе, — все это помогает и пациенту, и психологу объективно оценивать и анализировать процесс и воплощения перемен.

Шаг 6. «День независимости». «День независимости» — это не метафора, этот праздник наступает тогда, когда человек избавился от проблемы, освободился от ее тягот и стал независимым от нее. Снова используется рисунок солнца, на лучах которого пишутся имена тех людей, кто, как предполагает пациент, оказывает ему помощь в разрешении трудностей. Здесь используется прием «Если бы...» (Если бы вы уже решили проблему, кого бы вы пригласили за праздничный стол?) Именно этих людей необходимо отметить на схеме. Затем им отправляются открытки. Открытки должны быть анонимными и содержать только благодарственную надпись: «Я благодарю вас за то, что вы оказали мне помощь в решении моей проблемы!»

Использование позитивных образов предполагает мысленное представление какой-либо приятной сцены, реальной или воображаемой, связанной с прошлым, настоящим или будущим. Положительные эффекты позитивных образов включают в себя снижение тревоги, улучшение настроения. Некоторым пациентам необходимо использовать очень личностные или идиосинкразические образы.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 31

Николай С., 18 лет

Николай С., страдавший язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, прошел годичное лечение у психоаналитика без особого успеха. Он с детства обладал повышенной чувствительностью, но большинство проблем началось со смертью его матери; на тот момент ему исполнилось 16 лет. В своей памяти он хранил много светлых воспоминаний, связанных с матерью, и ту историю, которую мама часто рассказывала ему перед сном. В ней говорилось о теплой стране Италии, где редко бывает снег и растут апельсины. Он вспомнил даже слова песни: «Мы поедем в Италию, купим себе там сандалии, прыгать будем, бегать будем, в зиму

голод забудем». Это воспоминание ассоциировалось у Николая с ощущением душевного покоя. Ему было предложено окунаться в этот образ один раз в день, а, кроме того, читать книги Джанни Родари, смотреть детские фильмы, где упоминается эта страна. В его лечении присутствовали и другие компоненты: он учился новым, более полезным для себя видам поведения, более зрелому подходу к своим эмоциям; учился развенчивать иррациональные установки и более открыто и эффективно общаться с людьми. Однако серьезное улучшение состояния пациента стало результатом его «путешествий».

Катамнез через год. Николай женился, и они с женой ждут ребенка.

Используя новейшие достижения когнитивной психологии, когнитивная психотерапия позволяет проводить реконструкцию представлений пациента о себе, о мире, о своем будущем и таким образом улучшать его состояние в эмоционально-аффективной и висцеро-вегетативной сферах.

Парадоксальные приемы

Использование юмора. Эмоциональные расстройства чаще возникают у людей, воспринимающих жизнь как вереницу проблем. Юмор относится к неотъемлемым человеческим проявлениям, он дает возможность пациенту занять дистанцию по отношению к чему угодно, в том числе и к самому себе, и обрести тем самым полный контроль над собой.

Юмор помогает человеку смеяться над собой, таким образом, принимая себя с собственной уязвимостью и подверженностью ошибкам; высвечивает множество иррациональных убеждений в безопасной, приемлемой манере; обеспечивает новыми данными и потенциально лучшими решениями менее драматическим, действенным путем; облегчает монотонность и сверхсерьезность многих повторяющихся и дидактических эпизодов, свойственных любой психотерапии; резко прерывает некоторые старые дисфункциональные привычки мышления и создает условия для использования новых, более эффективных способов реагирования и поведения; служит отвлечением от самокопания и навязчивых идей; позволяет обнаружить проблему, снять страх перед ее решением.

Смех, возникающий у пациента, является антиподом страха и агрессии. Психотерапевт, использующий техники юмора, должен иметь устойчивый рабочий альянс с пациентом, достаточно времени для занятий, хорошую интуицию (чувствовать, когда стоит применять юмор и парадоксальные приемы, а когда лучше сделать паузу).

Остановимся на некоторых других парадоксальных приемах.

Переоценка, изменение способа восприятия темы — рефрейминг (reframing). Цель этого приема — изменить восприятие какого-либо негативного события на позитивное. Используется несколько вариантов рефрейминга.

Вопросы, помогающие модифицировать дисфункциональное мышление. В высказывании «Что вы планируете для изменения своей жизни?» существует посылка: нужно сделать что-либо самому. Когда пациент жалуется, что кто-то ненавидит его, вопрос, что он собирается предпринять в этой ситуации, позволяет прервать дисфункциональное мышление. В этом случае иногда помогает и прием «перевертыша»: попросить сказать «Я ненавижу его» и соприкоснуться с эмоциональным опытом.

Смена «ярлыка», мнения — relabelling (от англ. label — этикетка) достигается несколькими способами. Иногда видимое несчастье может иметь позитивный исход как в поговорке «Что ни делается, все — к лучшему». Потеря работы — большая проблема, но в некоторых случаях — стимул к поиску новой деятельности. Одну и ту же вещь можно рассматривать и как стрессор, и как ступень личностного роста. Эта когнитивная техника позволяет пациенту увидеть позитивные моменты в стрессовой ситуации, вызывающей отрицательные эмоции. Пациенты иногда отвечают психотерапевту на его вопросы, исключая любой позитивный аспект. Они могут обвинить психотерапевта в нереалистичности. В этом случае подчеркивается, что предлагаемая пациентом точка зрения не более реалистична, чем точка зрения терапевта. Однако многие люди убеждены, что негативная точка зрения более значима из-за силы и весомости отрицательных эмоций.

Техника преувеличения. Консультанты просят пациентов, чрезмерно обеспокоенных каким-либо предстоящим событием (например, публичным выступлением), вообразить самое худшее, что только может случиться, а затем представить, как они справляются с возникшей трудной ситуацией и им удается уцелеть при самых отрицательных результатах. Некоторые пациенты должны не только освоить технику преувеличения, но и развить у себя навыки самоинструкций (см. выше).

Литература

1. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. СПб.: Речь, 2002.
2. Когнитивная терапия депрессии / Под ред. А. Бека, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. СПб.: Питер, 2003.

3. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека и А. Фримена. СПб.: Питер, 2002.
4. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб., 2003.
5. Лазарус А. Мысленным взором. Образы как средство психотерапии. М., 2000.
6. МакМаллин Р. Техники когнитивной терапии. СПб.: Речь, 2001.
7. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002.

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у ее больного члена. Обычно семейная психотерапия сосредоточена на более чем одном пациенте, хотя может иметь дело с определенным представителем семьи на протяжении всего курса лечения.

Несмотря на концептуальные различия, можно выделить следующие общие цели разных подходов семейной психотерапии:

- изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме; трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу;
- модификация проницаемости границ между подсистемами;
- создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство;
- уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из родственников;
- коррекция различных форм иерархического несоответствия;
- прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи;
- вынесение на поверхность важных незаконченных дел; открытие семейных секретов;
- улучшение коммуникативного стиля между членами семьи;
- облегчение симптомов без возникновения новых сложностей у каких-либо членов семьи.

Важным фактором социализации личности является родительская семья. Родственники обычно эмоционально вовлечены в процесс симптомообразования своего ребенка или супруга, и

сами находятся в психологической и социальной зависимости от него, ориентируясь на удовлетворение потребностей «носителя симптома», подавляя при этом собственные желания. Возникающее психологическое напряжение у «идентифицированного пациента» приводит к появлению различных нервно-психических и соматических расстройств, превращая родственника, таким образом, во второго «носителя симптома» в семье.

Таблица 14

Семейный диагноз

Семейная структура	Горизонтальные стрессоры	Вертикальные стрессоры	Семейная идеология
1. Связь (сверхвключенность, разобщенность, автономность, дифференцированность коалиции)	1. Семейные роли, смешение ролей, ролевая гибкость	1. Семейная история или эволюция, отношения и события в трех поколениях	1. Семейные правила, нормы (конструктивные или дисфункциональные)
2. Иерархия (низкая, высокая, умеренная), инверсия иерархии	2. Стереотипы взаимодействия, частота конфликтов, степень контроля	2. Семейный сценарий (повторяющиеся из поколения в поколение паттерны)	2. Делегирование требований и ожиданий (согласованные или несогласованные)
3. Подсистемы (родительская, детская, прародительская)	3. Циркулирование информации в системе, семейные секреты	3. Цикл развития семьи, переломные моменты	3. Мифы (деструктивные или дающие опору)
4. Границы (внутренние — между поколениями, внешние — с внешним миром)	4. Стиль эмоциональной коммуникации в семье; уровень критики, негативных эмоций, выражение чувств, парадоксальные коммуникации	4. Сопrotивление изменениям, трудности перестройки	4. Семейные ценности, верования и убеждения (конструктивные или дисфункциональные)
	5. Метакоммуникация (коммуникация по поводу коммуникации)	5. Ресурсы для изменений, позитивные аспекты отношений	5. Традиции, ритуалы устойчивые паттерны, объединяющие членов семьи
	6. Триангуляция (использование третьего в решении конфликтов между двумя другими)	6. Трансмиссия (накопление негативных паттернов в трех поколениях)	6. Общий культурный контекст семейной системы, культурные ценности, стереотипы, нормы
		7. Травматические события в семейной истории: ранние смерти, тяжелые болезни, жертвы войн и репрессий и т. д.	

Семейная диагностика и психотерапия является составной частью психотерапевтической работы. В настоящее время расширены представления о семейном диагнозе (табл. 14)

Семейная психотерапия вбирает в себя все самое лучшее и продуктивное, что есть в каждом подходе. В нашем случае — это интеграция структурного, стратегического, трансгенерационного (межпоколенного), нарративного и психообразовательного направлений. Опишем вкратце эти подходы.

Структурная семейная психотерапия

Психотерапевты этого направления (основоположник — S. Minuchin) исходят из положения, согласно которому симптом есть отражение дисфункции всей семейной системы. При этом они не сосредотачивают свое внимание на симптоме, а стремятся к достижению структурных изменений в семейной системе, по мере достижения которых необходимость в роли симптома как стабилизатора гомеостаза исчезает, и купируется сам симптом. Семья изучается как система. События рассматриваются в пределах того контекста, в котором они происходят, внимание при этом концентрируется на связях и взаимоотношениях внутри семьи, а не на каких-то отдельных характеристиках. Идентифицированный пациент может быть представлен и как «спаситель семьи», так как концентрация внимания семьи на нем отвлекает от иных проблем, например, от длительного супружеского конфликта (см. Учебный пример № 6 и 21).

При разработке системной гипотезы информация накапливается и интегрируется на трех различных уровнях: поведенческом, эмоциональном и когнитивном (что люди делают, что чувствуют и как мыслят).

Важно осознать, как все три уровня связаны между собой и поддерживают симптом. Общие гипотезы семейного функционирования должны быть циркулярными и включать в себя всех членов семьи. При этом симптом рассматривается как звено циркулярной последовательности, в которой семья «застряла». (Как один поступок связывается с другим, чтобы сохранялось равновесие в семье? Какие циклические картины поведения можно наблюдать в связи с симптомом в этой семье? Как это все соотносится со стадиями жизненного цикла семьи и семейной структурой? Как симптоматическое поведение выглядит в контексте семейной истории, по крайней мере, трех поколений?)

Инициатор обращения — ответственный член семьи или самый виноватый в проблеме

Итогом является определение функций симптоматического поведения в семейной системе, а также отношения к нему как к коммуникативной метафоре. Могут быть заданы следующие вопросы: Как член семьи, договорившийся о встрече с психотерапевтом, «отражал» семейную систему?

Связана ли предъявляемая проблема или симптоматическое поведение с нарушениями внутри семейной системы? Чтобы выяснить это необходимо:

- выявить нарушения границ между подсистемами (размытые, жесткие);
- выявить нарушения семейной коммуникации (внутри семьи и с внешним миром): взаимные нападки, критика, отвержение, клевета, неумение выслушивать друг друга, эмоциональное и физическое пренебрежение друг другом; отсутствие или избыток наказаний;
- диагностировать искажения эмоциональных связей и интеракций между родителями, отсутствие или искажение родительской модели поведения, с которой ребенок (сознательно или бессознательно) идентифицируется;
- определить наличие дисфункциональных стилей совладания со стрессом (например, неадекватная агрессия или уход в болезнь), выделить наиболее часто используемые психологические защиты, стратегии совладания с трудностями (копинг-стратегии), когнитивные искажения (правила, установки);
- обратить внимание на отсутствие необходимых социальных навыков (когнитивный дефицит): совместный прием пищи, выражение положительных эмоций, ведение разговора, соблюдение правил проживания;
- получить информацию, объединяющую людей и события (кто первым заметил; кто больше всех беспокоился о проблеме; какое из событий произвело наибольший эффект на семью);
- исследовать семейный «треугольник» (вовлеченность в «треугольники» и взаимные пересечения могут передаваться из поколения в поколение).

Теории семейной психотерапии выявили три центральных понятия семейного поведения: сплоченность (солидарность, консолидация), адаптация (приспособляемость) и коммуникация. Эти три важнейших параметра были интегрированы в модели семейных и супружеских систем Олсоном. Дисфункцию системы создают крайние варианты, которые чаще всего приводят к появлению «носителя симптома».

Изучение возможности преодоления проблем представляет собой получение ответов на следующие вопросы: «Какие способы преодоления проблемы предпочитают отдельные члены семьи?» «Как взаимодействуют формы защиты отдельных членов семьи?» «Какие пока неиспользованные способности и ресурсы, которые могут быть привлечены для решения стоящих задач, имеются в распоряжении семьи?»

Необходимо, чтобы у всех членов семьи было сформировано представление о психотерапии. Вначале необходимо раскрыть общие представления о разрешении проблемы, затем перейти к специальным вопросам. Наиболее типичные из них: «Как вы считаете, можем ли мы вам помочь в решении этой проблемы?» или «Имеете ли вы определенные представления о том, как должна протекать психотерапия в клинике?» или «Есть ли у вас какие-либо опасения в связи с психотерапией?»

Стратегическая семейная психотерапия

Основоположниками стратегической семейной психотерапии были М. Erikson, J. Haley, C. Madanes, P. Papp, M. Palazzoli-Selvini. Отличительной особенностью этого направления считается фокусирование внимания психотерапевта на симптоме и выработка стратегии его устранения. При этом психотерапевт стремится понять, каким образом симптоматическое поведение поддерживает гомеостатический баланс в семейной системе, после чего осуществляются психотерапевтические интервенции, позволяющие изменить последовательность коммуникативных актов, направленных на поддержание симптома. Кроме того, обращается внимание на иерархию отношений в семье. Считается, что если родители восстановят иерархию в семье, то пациенту нет необходимости использовать симптом в борьбе за власть. Для этого используются разработанные психотерапевтом прямые задания (директивы), а также ряд других приемов поведенческой коррекции. По мере того, как члены семьи будут отвечать на эти вопросы, получают разъяснение и другие моменты, в частности, кому адресуется защита (опека, помощь) со стороны «носителя симптома», кто получает от симптома межличностную «выгоду» и каковы ее мотивы. В ходе интервью перед специалистом раскроется и система взаимодействий (циркулярная последовательность коммуникаций), принятая в семье, коммуникативная метафора симптома или поведения.

Трансгенерационная семейная психотерапия

Трансгенерационная семейная психотерапия (основоположник М. Bowen) базируется на психодинамических концепциях объектных отношений, теории систем и триангуляции («треугольников отношений»). Постулируется, что прошлое активно присутствует в настоящем, и семья использует текущее взаимодействие для разрешения прошлых конфликтов, сложившихся в родительской семье. Выбор партнера в любом возрасте и обращение с детьми имеют в своей основе проективный характер, поскольку супруг и дети замещают отсутствующие фигуры в прошлых объектных отношениях. Симптоматическое поведение в исследуемых семьях является межпоколенной (трансгенерационной) проблемой, которая представлена в виде возрастания различных аналогов различных дисфункций, и их доля увеличивается от прародителей к внукам. Перечисленным общетеоретическим положениям межпоколенной семейной терапии соответствуют подходы к изучению семейной ситуации: концепция лояльности и работа с генограммой. Под лояльностью понимается передача из поколения в поколение определенных установок и схем поведения, присущих данной семье, в том числе конфликтных и дисфункциональных, поэтому проблемы рассматриваются как результат межпоколенного взаимодействия. Семейные психотерапевты данного направления не фокусируют внимание на симптоме, как приверженцы стратегической семейной психотерапии, а способствуют формированию рационального и объективного отношения к проблемам, уменьшая тем самым эмоциональную реактивность членов семьи. При этом используются техники интерпретации, анализа переносов, психологического просвещения и работа с родительской семьей.



Так в учебном примере № 20 обе девушки обязаны были сохранять лояльность своим семьям в благодарность за тот вклад, который родственники внесли в их воспитание, образование. Желание свободы, собственного выбора пути не соответствует установкам семьи, а, следовательно, психосоматический симптом, с одной стороны снимает внутреннее напряжение, с другой, причиняет боль. В этом случае осуществить выбор бывает трудно, приходится чем-то жертвовать и думать о последствиях.

Интервью по генограмме является ценным методическим приемом, помогающим и присоединиться и быстро сориенти-

роваться в семейной истории. Сбор информации о семейной истории обычно проходит в контексте общего семейного интервью, и терапевт не может игнорировать проблему, с которой пришла семья. Поэтому конструирование генограммы должно быть частью более широкой задачи присоединения и помощи семье. Проводя интервью, терапевт двигается от представленной проблемы к более широкому семейному и социальному контексту; от настоящей семейной ситуации — к исторической хронологии семейных событий; от легких вопросов — к трудным, провоцирующим тревогу; от очевидных фактов — к суждениям о взаимоотношениях и далее — к циркулярным гипотезам о семейном функционировании.

Когда семья приходит с проблемой, ее члены часто имеют собственные точки зрения на ее природу. Как правило, это ригидный, несистемный взгляд, основанный на вере, что только один человек, «носитель симптомов», нуждается в изменении. Любые попытки работать с другими проблемными зонами семьи часто будут блокироваться яростным их отрицанием. Вопросы по генограмме позволяют проникнуть в сердце семейного опыта (рождения, смерти, болезни и интенсивности взаимоотношений) относительно безопасным для семьи способом и разблокировать важные темы.

Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на симптомы «идентифицированного пациента».

Нарративный подход

За долгие годы развития эпохи модернизма семейная психотерапия накапливала различные нормативные данные по структуре семьи, ее границам, коммуникативному стилю, жизненному стилю. Оформилось ведущее направление — семейная системная психотерапия. Подходы того времени предполагали наблюдение за людьми с целью сравнения их мыслей, чувств и поведения относительно созданных критериев нормы. Психотерапевт-модернист, таким образом, использовал объяснения, советы или плановые вмешательства как способ получения персонального ответа в соответствии с разработанными критериями нормы (например, в «запутанной системе» цель семейной психотерапии — начать расчерчивать границы).

В этом случае системный семейный психотерапевт — это тот, кто находится на расстоянии от индивидуума, супружеской пары

или семьи, с которой работает. Его установка такова: он — эксперт, обладающий специальными знаниями, которые позволяют ему наблюдать, оценивать, диагностировать и лечить, лично не вовлекаясь в процесс взаимодействия с членами семьи. Таким образом, локус глубокого понимания персональной жизни пациента смещается на терапевта.

Нарративный подход в отличие от предыдущих, более директивных направлений предполагает, что пациент является тем, чьи знания, эмоции, семейная идеология должны изучаться и использоваться для изменений. Семейный психотерапевт выступает попутчиком, умеющим чрезвычайно внимательно выслушивать истории людей об их жизни.

В контексте данного подхода терапевт с помощью рефлексивных вопросов, ориентированных на время, предлагает пациенту переместиться в будущее, где пациент выбирает предпочтительный для него вариант или варианты поведения, «оглядывается» оттуда на настоящее или прошлое, и может переписать свою историю таким образом, чтобы способствовать наступлению этого желательного будущего.

Возможен обратный вариант, когда с помощью уникальных эпизодов терапевт помогает пациенту найти в его прошлом предпочтительный для этого пациента (семьи) опыт и распространить его на настоящее и будущее.

Именно уникальные эпизоды представляют основной ресурс пациента.

Нарративный подход заставляет психотерапевта искать скрытые смыслы, пространства и разрывы, признаки конфликтующих историй. Такая практика позволяет открыть клапан для тех аспектов жизненных нарративов людей, которые находятся на периферии и еще не обрели свою историю; ослабить хватку доминирующих, ограничивающих историй. Кроме того, есть возможность показать пациенту, что общепринятый смысл того или иного повествования — это всего лишь одна из возможных интерпретаций, и, избегая роли эксперта, помочь ему создать новый конструкт и развить его, если выяснится, что, по мнению пациента, он для него более желателен. Семейный психотерапевт и его пациенты, таким образом, вместе конструируют семейную историю и ведущий нарратив, который поддерживает дисфункциональные отношения в данной семье. Важно расширять понимание проблем пациентов за счет анализа их социокультуральной среды.

При выявлении *основных тем* в семье пациента исследователь может использовать следующие вопросы:

1. Какими способами эта тема влияет на ваши установки, поведение, взаимоотношения с другими?

2. Как разные члены семьи реагировали на эти темы, каким способом?
3. Как тема препятствовала или способствовала улучшению вашей жизни или жизни членов других семей?
4. Кто из членов семьи боролся за изменение темы или ее прекращение?
5. Будет ли эта тема существовать у ваших детей? Как вы это осуществляете?
6. Если вы хотите «сменить пластинку», то с чего вы начнете?
7. Чем будет отличаться ваша жизнь, если вы измените тему?
8. Чем будут отличаться последующие поколения при смене темы?

Это упражнение проясняет работу с темой. Интерес к историческому происхождению темы, эмпатия к опыту предыдущих поколений, вовлечение в изменение темы или сценарий становятся очевидностью.

Следующий прием нарративного подхода служит для разбора текущего случая.

1. Психотерапевт, работающий с семьей, выясняет, какие убеждения и установки, оказывающие влияние на настоящую проблему, поддерживаются членами семьи? Какая ежедневная картина общения отражает ответ на эти убеждения? Какая центральная тема вытекает из этой картины?
2. Используя генограмму, психотерапевт задает вопросы, ориентированные на выяснение темы, и следит за повторениями темы между поколениями.
3. Психотерапевт наблюдает, как тема проявляется в других контекстах вне семьи.
4. Психотерапевт придумывает ряд вопросов для критики или изменения темы.
5. Психотерапевт думает о возможных вмешательствах относительно темы.

В этом подходе симптом — суть манифестация ведущей темы. Темы определяют способы организации жизненных событий. Поскольку в каждой семье имеется множество таких тем, психотерапевт старается обнаружить ту, что имеет непосредственное отношение к симптому, и расширить их узкий репертуар коммуникаций в ответ на симптом. Психотерапевт, использующий ведущую тему в дискуссии с семьей, помогает снять ее членам фиксацию на симптомах. Этот подход позволяет установить сотрудничество, предпринять совместные усилия по изучению

и изменению тем. Однажды поднятая тема в психотерапии дает возможность членам семьи увидеть их симптомы в совсем другом свете, расширяя их выбор и стратегии поведения.

Работа с дискурсом. Согласно теории систем, люди, тесно общающиеся друг с другом, создают определенные правила, законы, схемы. Нарративные психотерапевты широко используют термин «дискурс».

Дискурс — исторически, социально и в недрах особой культуры возникшая специфическая структура убеждений, терминов, категорий и установок, которые влияют на отношения и (внутренние) тексты и звучат в историях пациентов.

Некоторые дискурсы находятся на поверхности, другие становятся доступными после преодоления защитных механизмов. Индивид редко имеет один дискурс. Отношения в семье вбирают в себя множество дискурсов каждый день, хотя для членов семьи они порой невидимы. Убеждения сына непременно связаны с другими дискурсами, например, отцовства, материнства, защиты и иные.

Нарративная терапия помогает людям разрешить их проблемы следующим образом:

- позволяя отделить их жизнь и отношения от тех знаний и историй, которые, по их мнению, уже себя исчерпали;
- помогая бросить вызов тем способам жизнедеятельности, которые они воспринимают как доминирующие, подчиняющие;
- поощряя переписать их жизненные истории в соответствии с альтернативными историями их идентичности и в соответствии с предпочтительными (для самих людей) способами жизнедеятельности.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 32

Константин, 40 лет

Так, например, Константин страдал несколько лет рецидивирующими болями в области позвоночника. Заболевание началось после ограбления на улице. Многие годы он был убежден, что отец никогда не защищал его, а порой критиковал мальчика необоснованно (нападение со спины). В ходе психотерапии Константин осознал, что создал сам эту свою внутреннюю историю и написал стихотворение, которое назвал «Антинарратив».

Антинарратив

В преданиях одной страны
Был некто рыцарь Билл,
Который латы для спины
Купить себе забыл.

Причиной здесь его казна
Была, скорей всего,
Об этом знали лишь жена,
Он сам, да конь его.

Слышал он вслед от горожан:
«Силен на передок!»
Конь на насмешки — только ржал,
Но хмурился ездок.

А рыцари (как звать, забыл),
С вином подняв рога,
Кричали: «Береги-ка, Билл,
Свой нежный арьергард!»

И сам король, проездом раз
В тот город завернув
В сопровождении двора,
Спросил его жену:

«Не слишком ли рискует Билл
Открытостью спины?
Не то, чтоб я его любил,
Но рыцари нужны».

Жена отвесила поклон
И так сказала: «Нет.
Ответил бы умнее он,
Но уж позвольте мне:

Кто нападает со спины —
Тот сам боится нас.
Трусливые — всегда смешны,
И трусость — не страшна».

Король с усмешкой почесал
(Не помню, что), затем
Издав указ, чтоб написал
Билл это на щите.

И с той поры не ведал Билл
Ни тягот, ни острот,
Поскольку в королевстве был
Том грамотный народ.

По части Билловой казны
Не пишут ничего.
Но были, говорят, умны
Он сам и конь его.

5 апреля 2006 года, Санкт-Петербург

Нарративные связи устанавливаются на основе взаимоотношений сюжета, персонажей, ролей и предмета или смысла происходящего. Изложение при этом может быть более или менее согласовано. Когда возникают сбои в рассказе, это бывает

связано со многими причинами (например, предмет происходящего — неопределенный или неощутимый, или исполнитель главной роли семейной драмы, возможно, оскорблен или обвиняет себя в чувствах, которые вне этих отношений никогда бы добровольно не возникли).

В настоящее время нарративный подход западными авторами выделяется в отдельное направление — нарративную терапию.



Интересные материалы по этому методу можно почитать на сайте www.narrative.ru

Литература

1. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. СПб.: Питер, 2001.
2. Вебер Г. Практика семейной расстановки. М.: Высшая школа психологии, 2004.
3. Емельянова Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. СПб.: Речь, 2004.
4. Кулаков С. А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков. СПб.: Речь, 2004.
5. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. М.: Класс, 2006
6. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. Концепции и методы / Пер. с англ. М.: Эксмо, 2004.
7. Уорден М. Основы семейной психотерапии. М.: Прайм-Еврознак, 2005.
8. Черников А. В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. М., 2005.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С МЕТАФОРАМИ

Метафорический и дискурсивно-логический способ доступа к переживаниям пациента широко используется в психотерапевтической практике. Современные позиции в отношении работы с метафорами можно объединить следующими положениями: метафора дает пациенту возможность вынести вовне сложные внутренние переживания (деконструкция); эвристичность метафоры является одним из эффективных инструментов психологической помощи; эффективность использования метафоры психотерапевтом тем выше, чем ближе он к авторской метафоре пациента.

В нарративном подходе метафоры рассматриваются как мельчайшие единицы описательно-образного способа мышления, позволяющие ослабить психологические защиты и раскрыть внутренний мир пациента.

Метафора (греч. *metaphora* — перенесение) — перенесение свойств одного предмета (явления или грани бытия) на другой по принципу их сходства или контраста в каком-либо отношении.

Метафора включает любую открытую или скрытую коммуникацию, в которой одно явление связано с другим. Жест, прикосновение, рисунок, скульптура и язык могут иметь метафорический оттенок. Метафора — это проекция бессознательного, расшифровав это послание, можно оптимизировать процесс психотерапии.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 33

Варвара Ф., 21 год,

Участница психотерапевтической группы Варвара Ф., страдавшая с 13 лет рецидивирующим нейродермитом, нарисовала в качестве своей проблемы глаз. Когда другие участники группы спросили ее, почему она выбрала этот образ, девушка ответила, что она часто его рисует. Началась работа с визуальной метафорой. Психотерапевт попросил поделиться, какие ассоциации связаны у участников группы с глазом. Как только кто-то напомним поговорку «Око за око, глаз за глаз», Варвара вскрикнула: «Точно! Я ненавижу своего отца!». Была воспроизведена семейная скульптура, в которой стало очевидно, что дочь играет роль буфера между матерью и отцом в супружеском конфликте. Отец раньше часто отсутствовал дома, находясь в рейсах («системный сдвиг»), затем списался на берег. Постепенно стали проявляться те черты его личности, которые домочадцы ранее не замечали. Проработка этой проблемы в психодраме и последующей индивидуальной психотерапии привела к исчезновению симптоматики.

Ранее в литературе внимание уделялось в основном работе психотерапевта с метафорой. Большинство психотерапевтов в настоящее время придают значение работе с метафорой пациента. Рассмотрим основные принципы.

1. *Слушание или регистрация метафоры.* Метафора возникает как средство передачи нюансов индивидуальных переживаний и является как бы связующим звеном между проблемой пациента (на уровне бессознательного) и ее вербальным эквивалентом (на уровне сознания): «И скрипка отвечала «да», но сердцу скрипки было больно».

Для выявления метафоры терапевту необходимо отказаться от привычки интерпретировать события и тщательнее прислу-

шиваться к словам пациента, обращая внимание и на сопутствующее невербальное поведение. Метафора нередко определяет понятийную систему и поведение пациента. Возьмем, например, понятие «общение». Перечислим некоторые метафоры, относящиеся к общению: «без мыла в душу лезть», «вбить клин», «высасывать кровь», «держаться марку», «как кошка с собакой жить», «чувствовать себя не в своей тарелке». Многие метафоры являются шаблоном, и собеседник оказывается в плену стереотипов и концепций житейской психологии. Метафора определяет концептуальную систему, выходы из которой определяются самой системой. Это своего рода когнитивное искажение, бессознательно принимаемое за истину и так же неосознанно используемое индивидуумом. Образуются фиксированные статические паттерны, принадлежащие данной метафоре и данной проблемной области («жизнь — тихая пристань», «время — деньги», «проблема другого — сердце кровью обливается»). В этом случае предьявляющий метафору пациент задействует большое количество энергии без какого-либо прогресса в изменении ситуации («я вишу в воздухе» и «я продираюсь через дремучий лес» как выражение неопределенности — разные вещи в смысле концепции пациента и знания о том, как справляться с этой ситуацией). Анализируя эти метафоры, мы получаем ключи к эмоциональной, когнитивной и поведенческой составляющей пациента.

2. *Подтверждение метафоры.* Зарегистрировав метафору, терапевт должен ее подтвердить. Например, пациентка сообщает, что когда узнала об измене мужа, она «как будто с цепи сорвалась» (потеряла выдержку, дошла до крайности в своих действиях). Терапевт может высказать удивление по поводу появления метафоры или поблагодарить пациентку за живость ее языка и ждать ответной реакции. Вместе с тем слово «цепь» метафорически могло означать, что в отношениях между супругами существовало сдерживание эмоций.

3. *Расшифровка значения метафоры.* Метафора дает пациенту возможность вынести вовне сложные внутренние переживания. Задача расшифровки — не только отразить значение метафоры, но и выяснить, что она может выражать. В этом помогает диалог и дискуссия. Если пациентка подтвердит, что она в браке долгое время напоминала цепную собаку — безоценочность и образность такого способа мышления приводят к достижению большего эмоционального контакта с пациентом или с семьей, чем, например, интервью, основанное на вербальном контакте.

4. *Игра с возможностями.* Что возможно для собаки, то возможно и для личности. Создается атмосфера понимания и юмо-

ра. Если пациентка впоследствии сможет выразить агрессию по отношению к мужу в приемлемой форме, то нет необходимости расплачиваться за сдерживание эмоций психосоматическими расстройствами.

5. *Нахождение приоритетов с помощью метафор.* Для каждой культуры характерна система приоритетов, ценностей и метафор, также неосознаваемая каждым отдельным индивидуумом. Каждый человек отличается своими системами приоритетов и особыми способами осмысления того, что для него хорошо, а что плохо. Для разрешения конфликта между ценностями (и соответствующими метафорами) в психотерапии должны быть найдены приоритеты самого пациента, основанные на осознанных решениях по поводу своей жизни. Речь идет о той метафоре, которая будет отражать ценности самого пациента.

Когда одни понятия выражаются через другие — возникает структурная метафора. Так, например, Юлия Г. (Учебный пример № 9) свой симптом описывала как «ширму», «покрывало». Взяв метафору в качестве ключа монодрамы (использована техника «Матрешка») удалось выяснить, что деперсонализационная симптоматика носит условно приятный характер, прикрывая глубоко скрываемую от окружающих роль женщины легкого поведения, антагонистичную ее перфекционизму.

Существует и другой тип метафор, который представляет собой организацию целой системы понятий по образцу другой системы. Их называют ориентационными, так как большинство подобных понятий связано с пространственной ориентацией и противопоставлением низ-верх, внутри-снаружи, перед-зад, центральный-периферийный, право-лево и т. п. Подобные противопоставления проистекают из того, что наше тело обладает определенными свойствами и функционирует определенным образом в окружающем нас физическом мире.



Подробно классификация метафор изложена в книге И. Д. Булюбаш «Руководство по гештальт-терапии» (М.: Изд-во Института психотерапии, 2004).

Большинство фундаментальных жизненных понятий организуется в терминах одной или нескольких ориентационных метафор. Верх связывается с благополучием, статусом, властью и хорошим настроением, низ — наоборот. Ориентационные метафоры коренятся в физическом и культурном опыте и применяются отнюдь не случайно, а имеют физическое эмпирическое основание. Наш физический и культурный опыт дает множество оснований для ориентационных метафор. Выбор той или иной

метафоры зависит от индивидуума и от культуры, к которой он принадлежит, от семьи и его индивидуальных предпочтений. Ориентационные метафоры придают понятию пространственную ориентацию. Они организованы некоторым физическим опытом верха и низа.

В нашей культуре ожидаемые события находятся сверху и впереди, прошлые внизу и сзади: «что предвидится на этой неделе или что там сзади, в прошлом». Физическая основа подобных метафор в том, что наш взгляд обычно направлен вперед, в том направлении, в котором мы обычно перемещаемся. По мере приближения объекта к наблюдателю (или наоборот) объект увеличивается в размерах. Эмоции обычно находятся внизу, а разум наверху («высокие устремления», «низкие помыслы»). Хорошее настроение, счастье и здоровье тоже обычно находятся наверху и связаны с увеличением объема («приподнятое настроение», «радость бьет через край», «упала духом»). Иногда культуральные стереотипы приводят к тому, что метафоры пациента упускаются в процессе интервью.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 34

Наталья Н., 22 года

Наталья Н. — школьный психолог — участвовала в группе личностного роста. Молодой психолог впервые самостоятельно проводил занятие в психотерапевтической группе с предварительным условием очной супервизии. В качестве разогревающего упражнения, он использовал символ-драматическую технику «Какое я дерево». Наталья нарисовала баобаб (рис. 11 цветной вклейки) и в ходе интервью сообщила, что сидя на дереве, испытывает чувство превосходства («смотреть сверху вниз» — относиться к кому-либо высокомерно!). На шее девушки отчетливо была видна гиперемия и расчесы (нейродермит). Все невербальные признаки свидетельствовали о готовности обсудить волнующую проблему. После перерыва психолог, обратившись к Наталье, задал вопрос: «По поводу кого у тебя возникло чувство превосходства на дереве?». Ответ: «над моими родителями, особенно матерью», девушке хочется «рвать и метать». Из участников группы были выбраны двое на роли родителей Натальи. После введения в роль Наталья «залезла на верхушку своего дерева» (символически его изображал стул на столе) и ей предоставили возможность бросать разные предметы (тряпки, пластиковые кольца и т. д.) в родителей. «Бомбардировка» сопровождалась словесной агрессией. Наталья успокоилась лишь тогда, когда запустила в «родителей» папкой с бумагами. Казалось, впервые девушка смогла выразить агрессию по отношению к своим родителям, длительно пренебрегавшими дочерью. Краснота на шее значительно померкла. Так было начато движение к выздоровлению благодаря использованию метафоры пациентки. Подчеркнув, что данный тренинг носит учебный характер, Наталье было рекомендовано пройти полноценный курс психотерапии.

См. рисунок 11 цветной вклейки «Баобаб».

б. *Расширение опыта с помощью метафор.* Эмпирический опыт одного индивидуума ограничен и может быть расширен за счет других систем понятий, отражаемых другими метафорами. Например, пациент сообщает «Я онемел от возмущения». Эмпирическим основанием данной метафоры послужили анамнестические сведения о ссоре его родителей — мать после конфликта не разговаривала с отцом неделю. Но, возможно, у пациента, страдающего функциональным заболеванием сердечно-сосудистой системы, есть и другой опыт, который не осознается в данный момент, например, «нож в сердце» после стрессового события, и это расширяет опыт понимания, предоставляя альтернативные возможности для изучения симптоматики (В НЛП анализируются ведущие репрезентативные системы).

В образном представлении проблемы как одного из способа деконструкции метафора служит средством передачи нюансов индивидуальных переживаний и связующим звеном между проблемой пациента (на уровне бессознательного) и ее вербальным эквивалентом (на уровне сознания). Используя метафору в диагностических целях, следует прояснить несколько важных вопросов. Можно ли на основе рассказа определить ведущую тему конфликта отношений? (СРТ Люборского, особо значимые отношения по Мясищеву). Можно ли раскрыть ведущий аффект при помощи анализа центрального конфликта отношений?

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 35

Марина, 16 лет

Марина в течение 3 лет страдавшая гипертермией (повышением температуры) неясного генеза, была приглашена на очную групповую супервизию. Органические причины у расстройства отсутствовали, температура не повышалась в летнее время. Девочка отлично училась, но во взаимоотношениях с ровесниками у нее были трудности. Симптом мешал ей выполнять требования гимназии. Медикаменты и симптомоцентрированная психотерапия не дали эффекта. Запрос супервизируемого был следующий: «В каком ключе вести дальнейшую работу с подростком?»

Девушке было предложено визуализировать свою проблему в виде метафоры. Она нарисовала расщелину земной коры в виде двух параллельных линий черным цветом, внутри которой зигзагообразно красным фломастером прочертила непрерывную линию. «Что-то типа лавы», — добавила она. Затем, помолчав секунд десять, дорисовала ветхий мостик. На вопрос, кто может пройти по этому мосту, ответила: «Не каждый». Расширяя работу с метафорой, мы спросили, какой тип людей не пройдет по мосту. «Три типа, — сообщила Марина. — Кто мнит себя выше других, хвастается, может предать». На нашу просьбу пригласить на эти роли кого-то из участников супервизорской сессии она выбрала троих мужчин. «А могут ли они подойти к мосту и попробовать ступить на него?» — спросил супервизор. — «Нет, пожалуй, я создам преграду. Я не очень-то допускаю людей к себе. Меня в жизни один раз серьезно

предали, так что я всегда настороже». На вопрос о том, как она переживает эмоции, Марина сказала, что долго помнит обиды.

Супервизируемый осознал, что психотерапия с пациенткой в дальнейшем должна быть направлена не на ликвидацию симптома, а на проработку травмы предательства и деструктивных аффектов мстительности, в частности, обиды. Гипотеза, что симптом используется как защитное оружие от повреждения самоуважения у девушки, имеющей деструктивное внешнее «Я» — ограничение и нарциссизм требовало подтверждения в процессе психотерапии.

Некоторые терапевты используют для выявления метафор специальные разогревающие упражнения. Например, приводимая ниже психотехника используется на диагностической фазе работы с различными химическими и нехимическими зависимостями.

Психотехника «Работа с привязанностью»

1. Привязанность. Определите ваши отношения, с которыми вы хотите поработать и которые можно описать как привязанность. Попробуйте визуализировать привязанность в виде веревки, каната, нитей и пр.
2. Что дает привязанность? Попробуйте определить, что вам дает привязанность? Для чего она вам нужна? Если у вас что-то есть, оно вам зачем-то нужно. Итак, что дает вам привязанность? Например, уверенность в себе, чувство любви, поддержки и т. д.
3. Доступ. Попробуйте получить доступ к чувству самостоятельно.
4. Экологическая проверка. Проведите экологическую проверку. Не будет ли вам хуже от того, что вы уберете эту привязанность (учитывая, что теперь у вас есть доступ)?
5. Отказ. А теперь, когда вы поняли, что можете получить доступ к этому состоянию без вашей привязанности, попробуйте ее разрубить, разрезать, разорвать... Если это не получается, вернитесь к шагу 2 и поищите, что еще мешает.

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

Говоря о различных направлениях в семейной психотерапии, необходимо сделать акцент на том, что приверженность тера-

певта одному подходу не дает гарантии того, что терапия будет успешной. В идеале не предпочтения психотерапевта являются доминирующим фактором эффективности терапии, а особенности семьи и специфика ее проблемы.

Реконструкция осуществляется с помощью техник, устраняющих дисфункциональность семейной системы, она также подразумевает изменение гомеостаза. Техника — это прием, посредством которого решается та или иная задача. Часто одно психотерапевтическое занятие использует множество комбинированных приемов.



Системный психотерапевт С. Минухин учитывал влияние схем в своей практике и, хотя больше придерживался непосредственного наблюдения за поведением пациентов, подробно описал психотерапевтические приемы, основанные на «критике семейной реальности». Техники семейной терапии описаны и в наших предыдущих книгах.

Важным вмешательством семейной терапии является определение (расчерчивание) границ. Все вербальные и невербальные признаки нарушения границ между подсистемами, выявляемые на занятии, служат сигналом психотерапевту для соответствующей работы с семьей. Родительская подсистема должна быть защищена от вмешательства детей, а также от других взрослых внутри и вне семьи. Часто, например, возникает ситуация, когда ребенок уверен, что он отвечает за действия одного из родителей, и пытается контролировать его во всем. Определение границ может начинаться с вопроса «Кто за что отвечает?» или «Почему у других членов семьи нет подобной проблемы?». В ходе психотерапии пациенты должны определить собственные персональные границы и разделить ответственность.

Например, в семье с запутанными границами психотерапевт будет стимулировать прочерчивание рубежей между подсистемами и увеличение областей личной независимости, уважая при этом высокую потребность каждого в эмоциональной привязанности. Он должен помочь семье устранить неподходящий возрасту дисбаланс сплоченности и самостоятельности.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 36

Оксана Н., 23 года

Окончив университет в одном из южных городов, Оксана Н. приехала в Санкт-Петербург помогать отцу, переехавшему два года назад в северную столицу, и мужу в ведении строительного бизнеса. Дома остались мать и младшая сестра, проживавшие в частном двухэтажном доме. Всегда была зависима от мнения матери, с детства помнила фразу

«Тебя не спрашивают». Полгода назад, будучи в гостях у матери, Оксана обращалась к психотерапевту по поводу болей в правом боку. Психотерапевт использовал в качестве метода лечения расстановки по Хеллингеру, но результата получено не было. (Комментарий. Данная методика относится к директивным, субъективным психотехнологиям, дает сбой у пациентов, не завершившим процессы сепарации — индивидуализации — автор). В Петербурге Оксана испытывала недовольство отцом и мужем, которые многие дела решали без нее. Ее угнетала мысль, что отец больше считается с главным бухгалтером, чем с ней, которая так старается внести свой вклад в семейный бизнес. Мать использует ее в качестве «заменителя жены», давая инструкции по телефону как вести себя с отцом. Как сообщила пациентка, мать никогда не оставит дом и не поедет вслед за отцом, являясь там «сторожевым псом». На одном из сеансов мы провели реконструкцию ее семейной системы с использованием игрушек и озвучиванием каждого персонажа. Оксана поняла, что в ее семье нарушены все границы между подсистемами (семейный бизнес еще больше усилил запутанность границ). Практически за свои 23 года она не приняла ни одного самостоятельного решения. Например, переход ее на самостоятельную работу (подруга предложила должность менеджера в магазине) был бы связан с нарушением лояльности семейной системе, семья восприняла бы это как предательство. Расстановкой или арт-анализом в этом случае не обойтись — пациентка нуждалась в длительной индивидуально-раскрывающей психотерапии для решения сепарационных проблем.



Рис. 29. Пряничный домик

Следует предупредить, что некоторые родители (особенно в семьях с размытыми границами) противятся любой форме проявления самостоятельности детей, опасаясь остаться один на один с супружескими проблемами. В работе с семьями с разобщенными границами важно ставить скромные, конкретные задачи, стремиться снижать тревогу до устраиваемого всех уровня, предотвращая крайности в решениях и помогая семье меняться постепенно.

С точки зрения коммуникативного подхода, симптоматическое поведение является частью последовательностей взаимоотношений между людьми. Значит, изменение повторяющихся ригидных последовательностей, поддерживающих существующую проблему, выступает важной целью психотерапии.

Социометрические приемы и техники

То, как члены семьи рассаживаются на приеме у психотерапевта, уже многое говорит об альянсах, коалициях, лидерах и отверженных. Изменение раскладки меняет границы семьи. Попросив двух родственников, которые не общаются друг с другом сесть рядом или друг напротив друга, используя приемы «Семейная скульптура», «Семейный танец», психотерапевт проясняет скрытые конфликты.

Основным преимуществом социометрических приемов выступает следующее. Пациенту легче бывает показать суть конфликта, чем рассказать о нем. Когда ролевые позиции символически изображены, появляются различные возможности для взаимодействия и соприкосновения с чувствами.

Прием «Семейная скульптура». Этот прием пришел в семейную психотерапию из психодрамы и издавна применяется в системной семейной психотерапии, позволяя без излишних слов наглядно выйти на системную гипотезу, изобразив отношения в семье в виде скульптур. Акцент делается на считывании информации с невербального поведения. Приведем иллюстрацию использования этой методики в нашей практике.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 37

Дина, 20 лет

Из воспоминаний участницы психотерапевтической группы: «На одном из психотерапевтических занятий моя подруга Дина захотела проработать свою проблему в психодраме. Эта проблема заключалась в том, что Дине тяжело общаться с парнями (она не испытывает к ним чувств).

Также она обнаружила в себе избыток маскулинных черт и хотела избавиться от всего, что присуще женщине (в частности — любовь). Меня подобный запрос очень удивил, так как чем больше Дина проявляла мужские качества, тем больше она казалась слабой и несчастной. Это был крик души человека, который сам не осознавая, просил о помощи и как бы говорил: «Мне не хватает любви, понимания и ласки!».

Во время рассказа Дина призналась, что не выносит телесного контакта. Причина этого недостатка — холодность ее матери. Вообще в ее семье не принято проявлять любовь, и называют они друг друга полными именами.

В построенной Диной «скульптуре семьи» я играла роль ее сестры Маши. Дина выбрала меня, потому что ей нужен был «человек высокого роста». Не помню в точности, как была выстроена вся скульптура, но припоминаю, что на мне лежали руки матери. Мне было очень некомфортно, хотелось вырваться из-под контроля родителей, снять с себя теплые, но в тоже время тяжелые руки. Мне (в образе Маши) хотелось попросить у Дины помощи, но я точно понимала, что она ничего не сможет сделать. Очень хотелось протестовать, капризничать, совершать глупые, провоцирующие действия. Казалось, что внешне мы благополучная семья, но в действительности каждый был по-своему несчастлив. Я наблюдала за этой семьей и могу определенно сказать, почему несчастлива Маша. Она несчастлива из-за того, что всерьез ее никто не воспринимает. Она с детства болезненная девочка, у нее по всему телу следы аллергии. Кроме холодной и властной матери у нее есть старшая сестра, которую она считает почти идеалом. Маша чувствует себя Дининой тенью, потому что Дина красивая, активная, предприимчивая и от поклонников у нее нет отбоя.

Сама же Дина всегда поощряла сестру в ее мрачных мыслях, потому что так она чувствовала себя увереннее. Обладая определенным авторитетом в глазах Маши, Дина стала для нее второй мамой. Она не пускает 15-летнюю девушку на дискотеки, так как она «в этом возрасте не ходила на танцы» (что не является правдой). Если Маша по секрету рассказывала сестре о своем желании «потусоваться с друзьями», то Дина докладывала обо всем матери, которая читала лекцию о том, что Маше еще рано.

Я наблюдала подобные сцены в этой семье и, встав на место Маши в «семейной скульптуре», почувствовала себя очень несчастной.

При обсуждении ситуации в кругу я выразила все, что чувствовала. Мне хотелось, чтобы Дина сделала для себя выводы, которые помогли бы ей изменить недоброжелательную ситуацию в семье и измениться самой.

Модификация характера коммуникаций в семье. На психотерапевтическом приеме пациенты часто демонстрируют картины отношений между членами семьи. Иногда их просят воспроизвести фрагмент диалога или спора, а не описывать их. Разыгрывание семейных ролей (особенно со сменой ролей) также облегчает диагностику коммуникативного стиля. Если каждый член семьи научится смотреть на проблему глазами другого члена, видеть и чувствовать ее с позиции другого, — цель достигнута. Проигрывание уменьшает ряд психологических защит, например,

интеллектуализацию, и дает возможность разнообразить процесс интервью активными действиями.

Секрет — это информация, скрываемая от других людей. Многие семьи имеют секреты, касающиеся добрачной беременности, суицида родственника, криминальной деятельности деда и других событий.

Клиническое значение секрета состоит в тайной власти над каким-либо членом семьи. Определенные тайны могут усилить уязвимость одного члена, смущение другого, спровоцировать на агрессию третьего. Роль секрета — стабилизировать или защищать семейную систему. Это совсем не просто — хранить информацию и не раскрывать ее. На поддержание тайны расходуется значительное количество энергии. Секреты чаще всего представлены на сознательном уровне, но могут быть и неосознанными, и хотя все члены семьи о нем знают, сам секрет редко упоминается внутри системы (см. Учебный пример № 6).

Обнаружение семейных секретов требует от психотерапевта обладания определенными качествами: уметь внимательно слушать и улавливать детали, выявлять болезненные темы семьи и «вытаскивать» их путем вопросов; уметь внедряться в конфликтный разговор, делать логические скачки, менять стиль поведения (то быть серьезным, то использовать юмор) и применять другие приемы, которые могут «расшатать» правила семьи. Важно заподозрить секрет и найти безопасные пути для его обнаружения.

Литература

1. Булюбаи И. Д. Руководство по гештальт-терапии. М.: Изд-во Института психотерапии, 2004.
2. Интернет-источник: www.metaphor.narod.ru
3. Свирепо О. А., Туманова О. С. Образ, символ, метафора в современной психотерапии. М.: Издательство института психотерапии, 2004.

ПСИХОДРАМА И МОНОДРАМА КАК МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Психодрама была одним из первых способов использования естественной склонности человека к повествованию — теме, которая стала в настоящее время популярной как «нарратив». Основатель психодрамы Якоб Морено стоит в первых рядах основоположников постмодернизма.

Психодрама и монодрама — богатый комплекс методов, которые могут и должны быть объединены в целостную практику мультимодальной психотерапии. Если посмотреть на схему (цветная вклейка, рис. 12. Психодрама как мультимодальная психотерапия), то можно увидеть, что в психодраме тем или иным образом решаются проблемы, охватывающие все звенья пентограммы. Ниже конспективно изложены основные понятия, которые используются в психодраме и монодраме.

Креативность — способность творчески преобразовывать окружающую действительность, вместо того чтобы сожалеть об утраченных возможностях. Акцент ставится на укрепление здоровья, а не просто на ликвидацию болезни. Метафора: «Жизнь как произведение искусства».

Спонтанность. Креативность гораздо больше проявляется в процессе активной импровизации, чем в заранее спланированной ситуации. Обучение и терапия, использующие принципы спонтанности, требуют свободы от последствий экспериментирования — то есть игрового контекста. Игра, высвобождая спонтанность, привносит «детский» взгляд, что также добавляет энергию к процессу обучения или исцеления. Развитие спонтанности является важным компонентом также для искусств: рисования, создания музыки, танца, поэзии и т. д. С точки зрения Я. Морено, болезнь возникает в результате нарушений наследственности, внешних патогенных влияний или нарушений межчеловеческой, то есть социоэмоциональной среды, наносящих ущерб спонтанности, социоэмоциональному и ролевому развитию. Если продолжить эту мысль, то здоровье будет представлять собой направленное, струящееся бытие или прогрессию, болезнь же — застой или регрессию. Прогрессия зависит от той диспозиции, которую автор называл смелостью. Смелость — это качество, позволяющее креативно, осознавая требования и опасности, идти по пути гармонического развития. Дезинтегрирующая регрессия является следствием страха, противоположности смелости. Страх не только вызывает стагнацию и регрессию, но и почти всегда втягивает человека в порочный круг. Смелость — причина действия, полемики с реальностью, обилия переживаний, готовности нести ответственность и, тем самым, большей степени свободы.

Ролевая динамика. Человеческое развитие — это постоянный прогресс от соматических ролей, имеющих уже к концу эмбриональной стадии, к трансцендентным ролям.

В ходе нормального развития на каждой стадии добавляются новые роли, тогда как отдельные уже существующие теряют свое значение или же исчезают вовсе.

Трансцендентный — выходящий за пределы «Я», космическое видение проблем

Разогрев — подготовка протагониста с помощью вербальных и невербальных техник, создающих умеренно измененные состояния сознания, к глубинной терапевтической работе. Используются прямой и метафорический подходы доступа к переживаниям пациента.

Мы придаем огромное значение снятию блоков с S-фактора (спонтанности), и один из способов — это применение метафорических разогревов на «ориентационно-разогревающий» фазе. Участникам группы можно предложить следующие упражнения: представление проблемы в виде какой-либо метафоры, символа, образа, передача предмета по кругу (например, сломанная кукла, часы в виде робота) с ассоциациями по поводу него, символическое представление смерти, выбора, ответственности, изоляции и других экзистенциальных факторов. Так, после проведения такого символического представления своей «Изоляции» в виде рисунка Петром в ходе психодрамы, развернутой на основе арт-анализа и визуальной метафоры, была осознана роль такой субличности как «Гордыня», закрывшая в клетке его ранимость и чувствительность (рис. 30).

Арт-анализ и арт-терапевтические техники активно применяются для этих целей. Наиболее часто используются проективные рисунки: метафорический автопортрет, «Я» как сообщество,

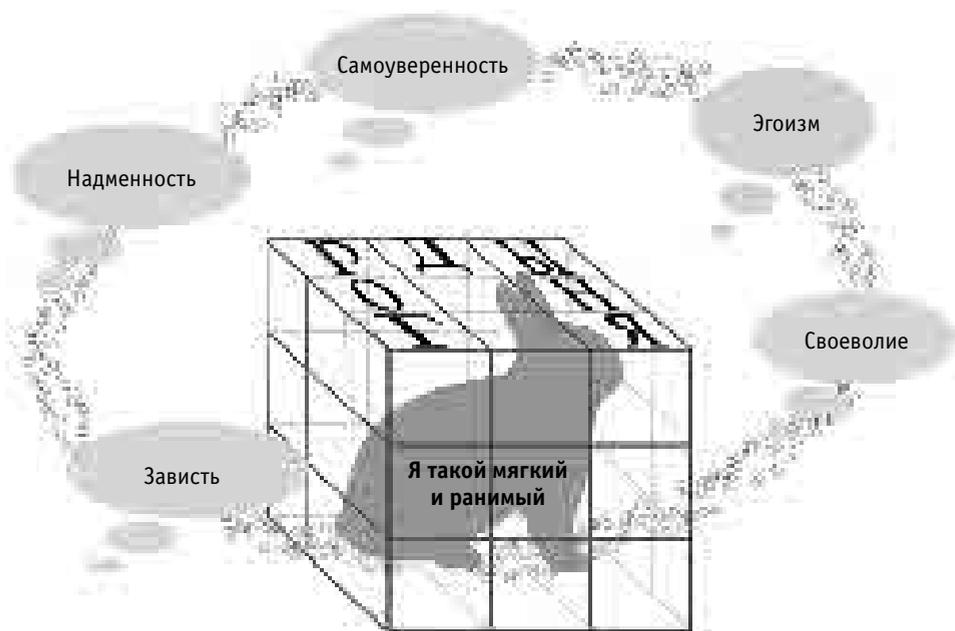


Рис. 30. Изоляция Петра

разговор двух «животных», «моя отрицательная эмоция с тремя характеристиками (эпитетами)», методика mind-map Тони Бьюзона и др. Рисунки пациента в метафорической форме отражают сущность его проблемы и динамику переживаний в процессе психотерапии.

Ролевые конфликты как одна из основных причин психических расстройств и недугов. Поведение и чувства, связанные с переносом, представляют собой аспекты заученных и интернализированных в детстве ролей, выражение которых часто не допускается социальными условностями взрослой жизни, но которые проявляются в определенных, часто эмоционально насыщенных ситуациях (при интимных или напряженных отношениях, во время психотерапии). Между разными личными или бессознательными составляющими ролей, которые мы выбираем, может происходить процесс ассоциации. В психике как бы скапливаются объектные отношения, в результате чего образуются кластеры. В младенческом возрасте кластеры создаются посредством объединения отношений с похожими воздействиями (позитивными или негативными). На более поздних этапах они включают в себя усложненные символические связи (например, каждый мужчина старше пациента по возрасту ассоциируется с фигурой отца, то есть принадлежит к отцовскому кластеру). Желания, импульсы и фантазии, вытесненные в детстве, вновь проявляются в паттернах поведения посредством проигрывания ролей, которые могут переживаться как противоречащие нашим идеалам и концепциям (эго-дистонные переживания).

Ролевые конфликты — одна из основных причин различных психических расстройств, поэтому они занимают в теории и практике психодрамы центральное место.

Ролевой конфликт с отцовским кластером может быть связан с тем, что отец часто отсутствовал в семейной системе или являл собой деструктивную фигуру, из-за чего был затруднен переход на социальный ролевой уровень (неадекватное прохождение эдипальной фазы).

Ролевые конфликты пациентов с психосоматическими расстройствами, как правило, отражают регрессивное ролевое развитие. Существуют следующие разновидности ролевых конфликтов:

- конфликты периода сепарации-индивидуализации и становления эго-идентичности (соответствуют аффективному уровню по Морено), проявляющиеся в торможении созревания Эго и фиксации на деструктивных эмоциях;
- конфликты, возникшие из-за непринятия себя во времени (прошлое и настоящее);

- конфликты, возникшие на основе смешанных стилей воспитания;
- конфликты, вызванные противоречиями между ролевыми ожиданиями разных людей;
- конфликты, связанные с неприятием незнакомых людей.

Терапия действием. Раскрытие внутренних отношений и чувств и интеграция «Я» происходит в ролевой игре и действии. Психодрама и монодрама способствуют катарсису.

Сверхреальность как особый феноменологический статус. Посредством психодрамы можно перенестись в прошлое, будущее, фантастическую ситуацию в безопасной поддерживающей обстановке.

Монодрама — использование психодрамы в индивидуальном консультировании и психотерапии. Вместо других людей, которые должны играть вспомогательные «Я», в монодраме используются пустые стулья или символические предметы. Также роль вспомогательных «Я» в монодраме может исполнять психотерапевт.

Социометрия является полезным методом, для того чтобы высветить важность темы взаимоотношений и конфликты в межличностных отношениях. Социометрия дает возможность исследовать объектные отношения пациента в группе, используя реальных участников.

Психодрама — это встреча. Добавление техники обмена ролями начинает стимулировать как аутентичность, так и эмпатию — возможность побыть на месте своего оппонента.

Акциональный голод — врожденная потребность человека в самореализации, развитии, спонтанности и психосоциальном развитии. Торможение родителями спонтанности и креативности в детстве приводят к выраженному конфликту между несдерживаемой энергией и творческим ее превращением в конструктивные действия. В психодраме есть возможность удовлетворить угнетенные потребности пациента в творчестве через действие.

«Ключи» в психодраме. Представление, метафора, конкретизация, ручные куклы, диаграммы, магниты для холодильников, скульптура семьи или переносная песочница, несоответствие вербального и невербального высказывания — все это может служить ключами для входа во внутренний мир человека. На рисунке 30 показана расстановка объектов и аффектов одного из пациентов на магнитном диске по ходу его рассказа перед выбором вспомогательных «Я» и проведением интрапсихической психодрамы.



Рис. 31. Расстановка значимых объектов на магнитном диске

Базовые техники: представление самого себя, исполнение роли (человека, субличности, части тела, предмета, понятия), монолог, дублирование, обмен ролями, реплика в сторону, пустой стул, психодраматическое зеркало.

Проиллюстрируем некоторые положения примером.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 38

Нина, 24 года

Обратилась за помощью по поводу заболевания щитовидной железы, которое сопровождается частыми симпатоадреналовыми кризами. В течение года безуспешно лечилась у эндокринолога, порекомендовавшего консультацию психотерапевта. После одной встречи Нине было предложено пройти групповую психотерапию, так как группа уже сформировалась, а затем поработать с проблемами на сеансах индивидуальной психотерапии.

История пациента

Грудной возраст. Беременность была нежелательной (так как оба родителя на момент зачатия страдали венерическим заболеванием). Мать решила сохранить беременность, так как изначально хотела иметь двух детей. Отец надеялся, что первым будет мальчик, второй — девочка.

Нина оказалась девочкой и к тому же второй в семье. Сестра старше на 3,5 года. В первый месяц беременности у матери регистрировался токсикоз. На третьем месяце мать стала готовиться к защите диплома, до восьмого месяца работала в архиве. Роды срочные, на 38 неделе. Грудное вскармливание до восьмого месяца.

Дошкольный возраст. Нина росла тревожной, болезненной, но веселой девочкой. Со слов матери, часто болела ангинами, острыми респираторными заболеваниями. В детский сад не ходила. Общалась с сестрой и детьми во дворе. Семья проживала в двухкомнатной квартире вместе с бабушкой (матерью отца). В доме была напряженная эмоциональная обстановка на почве конфликтов между родителями и бабушкой.

При расставании с матерью и находясь в одиночестве девочка испытывала тревогу. В четыре года появился энурез. Лечение электрофорезом. Мать обратилась к психотерапевту, и девочке были назначены транквилизаторы.

Из воспоминаний Нины: «Помню ее все время в слезах, уставшую. Эмоционально негативные отношения в семье привели к тому, что я стала грызть ногти и приобрела другие навязчивые действия (некоторые сохранились до сих пор)».

Отца до пяти лет девочка не помнит. Он много времени проводил на работе, в командировках. В праздники и по выходным семья совершала поездки за город, в музеи, театры, на карусели, в гости.

Из воспоминаний Нины: «Примерно в четыре года я открыла мастурбацию. С ее помощью я снимала внутреннее напряжение. Скрывала это от родителей и сестры».

Первая разлука с родителями состоялась в семь лет.

Из воспоминаний Нины: «Меня с сестрой отправили в пионерский лагерь на месяц. Мы протянули там неделю и сбежали, полностью уверенные в таком отчаянном поступке. Причиной побега послужили тревога и неуверенность в себе, покинутость. На этом жизненном этапе было ощущение, что родители разведутся. Мы с матерью периодически уезжали жить к ее родителям. Сестра мне завидовала и ненавидела в эти дни. Она считала, что меня любят больше, чем ее».

Школьные годы.

Из воспоминаний Нины: «В школу пошла в восемь лет. Это был шок. Из сохранившегося табеля я узнала, что из 365 дней я проболела 244 (сильное воспаление легких и частые ОРЗ). Второй и третий классы проучилась более успешно. Осталось впечатление от постоянных визитов в поликлинику к врачам. Очереди, лекарства, суета вокруг меня на почве болезни. Мать постоянно делала со мной уроки. Сидела, как стражник над душой, и следила, что и как я делаю. Меня это бесило и раздражало. Хотелось убежать или разорвать все учебники и тетради. Выворачивало наизнанку, но ничего нельзя было сделать. Я замкнулась в себе и много молчала. Отец обозначил мое поведение как «игра в молчанку». Это был мой протест против всех. В 5–6 классах мать настаивала на тщательной подготовке к урокам русского языка и литературы. Она сидела и делала со мной упражнения, а затем устраивала диктанты из самых трудных

слов. Я должна была писать все правильно. Мне это не нравилось, хотелось делать все наоборот. Однажды я не справилась с заданием, и мать схватила меня за горло, прижала к стене и сказала, что придушит меня. Мне было очень страшно, тело напряглось, я думала, что умру на месте. Когда мать отпустила, то я продолжала стоять на месте в оцепенении, не зная, что мне делать. Мамы не стало, появился МОНСТР. Я помню, как колотилось мое сердце, хотелось плакать, но я не сделала этого, показав, что я сильнее ее.

По литературе и русскому языку в дневнике стали появляться «4» и «5», но меня это уже не волновало. К концу восьмого класса возникло отвращение к учебе, и в аттестате на радость мне красовались четыре «тройки». Последний день перед каникулами я провела в кабинете директора вместе с родителями. А поводом к этому был агрессивный с моей стороны разговор с учителем литературы. Я доказывала, что Наташа Ростова — дура. Меня заставили извиниться перед учителем. Я, в итоге, выдавила извинение из себя, и с тех пор мир разделился на две части: взрослые и подростки. Началась война. Школу пришлось сменить. Проблемы остались. Спасали занятия музыкой. В десятом классе самыми успешными были уроки литературы, неуспешными — военная подготовка и физкультура.

В 17 лет я окончила школу и подготовительные курсы в университете. Я хотела поступить на филологическое английское отделение, окончить университет и уехать в Англию.

В институт поступить не удалось, просто не смогла. Я приобрела специальность секретаря-референта. Поняла, что это мне не нужно. Зависимость от родителей в материальном плане меня раздражала. Сестра вышла замуж и родила первого ребенка. Мне пришлось уехать к бабушке, уступив им комнату. Я очень не хотела этого, но родители настояли на своем. Я училась на разных курсах, меняла партнеров, жила то там, то здесь — все это было суетой, ненужной суетой. Родители меня не понимали, а я их. Сестра стала врагом. Еще бы! Вместо меня в нашей с ней комнате живет «чужой» мужчина, ее муж. Я чувствовала несправедливость по отношению к себе. Для меня настало одиночество и долгие ночи слез и отчаяния. Я начала заикаться. И потом начались эти кризисы и хождения по врачам «достали» меня».

Во время первых занятий психотерапевтической группы Нина была очень настороженной. После второго занятия попросилась на индивидуальную консультацию после окончания всего цикла. Когда была проиграна сцена общения женщины со своим малолетним сыном, расплакалась, вышла из помещения. На четвертом занятии невербально проявила желание рассказать о своей проблеме, но отказалась представлять ее при группе. («Это очень личное, интимное...»). После того как психотерапевт, цитируя Морено, нарисовал график, на котором мужество и риск связывались с прогрессивным развитием личности, а страх с регрессом, воскликнула, что выбирает риск. Заплавав, стала рассказывать об изнасиловании.

«Летом я познакомилась с молодым человеком старше меня на 10 лет. Он только что окончил институт, имел ко мне серьезные намерения. Я его не любила. А он, бедняга, разговаривал с моим отцом по поводу наших отношений, и что он хочет жениться. Мне это все было не нужно.

Мне хотелось вырваться на свободу, а не впасть в зависимость. Я решила устроиться на работу, пока не начались вступительные экзамены.

Работодателем оказался мужчина лет пятидесяти, солидный, с высоким социальным положением. Мы заключили договор, согласно которому я должна была работать с туристами, организовывая спортивный досуг на теплоходе. Моя наивность и доверчивость сыграли злую и жестокую шутку. Этот человек оказался тем злодеем, сексуальным насильником, да и к тому же первым мужчиной, с которым я была близка. Допросы в милиции (на них настаивал отец, ища справедливости) добились меня окончательно, и меня увезли за 100 км от города, людей, мужчин. Дело закрыли.

После такого знакомства с противоположным полом отвращения к сексу было не миновать. Все поцелуи и ласки до этого случая просто меркли и долгое время не могли спасти и согреть мою душу потом. С мужчинами отношения были ужасными. Внешне я их привлекала к себе. Поклонников было достаточно. Только я стала другой. Моей целью во взаимоотношениях была месть. Они злились, не понимали меня, обижались, просто уходили. Все шло по кругу».

Одна из идей ведущего группы заключалась в воспроизведении травматичной сцены, для этого надо было выяснить, не держал ли насильник Нину за горло. Но в паузе ведущий уловил другое ключевое слово: «мать». Был задан следующий вопрос: «Как мать прореагировала на эту ситуацию?». В ответ через бурные рыдания прозвучало следующее: «Ты сама этого добивалась». Была воспроизведена сцена разговора с матерью о своих чувствах, где пациентка высказывала накопившиеся боль и обиду. Мать вместо поддержки обвинила пациентку в случившемся. Группа в кругу поддержала Нину. На следующем занятии Нина сообщила, что ее здорово «трясло», а затем «тряски» прекратились.

Через день объявила, что хочет поработать с отношением к отцу.

На роль отца выбрала участника группы Евгения.

Разогрев. Отец, 50 лет, военный, в семье тоже командир. Мечтал о сыне, но родились две дочери. Сообщил, что его мать им не занималась. В молодости приходилось выбирать между матерью и женой. Отстраненный, неласковый.

Была проиграна сцена, в ходе которой дочь высказала ему обиду о «депортации» из семьи, произошедшей в 17 лет (изнасилование начальником и «изнасилование» — приказное выдворение дочери на другую квартиру отцом практически совпали по времени и усилили негативное отношение к «отцовскому» кластеру).

Через неделю Нина сообщила, что провела дома «прощеное воскресенье», сказала своей матери, что прощает ее за то, что та держала ее в детстве за горло. Удалось также поговорить с отцом. Он был шокирован, никогда не ожидал, что дочь настолько нуждается в его ласке. Сообщил, что всегда заботился о своих солдатах и дочерях.



После завершения краткосрочной групповой психотерапии состоялись восемь сеансов индивидуальной психотерапии. Девушка осознала, что в цепи развития ее психосоматического

расстройства было несколько событий: нежелательная беременность матери; неприятие ее пола (отец не воспринимал девочку); внешние «Я»-отграничения матери (учеба). Постоянное сдерживание эмоций после унижения родителями и изнасилования разбудили мстительные чувства, одновременно возникло невротическое заикание (симптом с локализацией, близкой щитовидной железе). Метафора симптома «тряски» (симпато-адреналовый криз) — освобождение от оков. (Иллюзионист Гудини освобождался от оков за счет дрожательных движений, вариации изменения своего тела.)

После завершения психотерапии Нина написала эссе на тему: «Психотерапия в моей жизни».

«Опыт — это то, что человек прожил. Прожить можно по-разному, и от этого зависит дальнейшая жизнь, отношение к ней и к себе.

Мой опыт дал мне возможность побывать в разных эмоциональных состояниях, ощутить их насыщенность. Не все из них оставили светлые воспоминания и положительные эмоции. Это были и душевные травмы. И когда жить с этими ранами стало невозможно, я обратилась к психотерапии. Оказалось, что психотерапия — это мой путь. Я не ошиблась. И результат оказался тому подтверждением. Психодрама дала мне возможность выплеснуть свои эмоции, прожить по-новому ситуации прошлого, только с хорошим концом. Я ощутила, что если нельзя изменить событие, ситуацию, то можно изменить отношение к ней, а значит измениться самому. Перерождение, а точнее, новое рождение меня происходило каждый миг, когда я осознавала, чувствовала, проживала все по-другому. И это здорово!

Психология, как говорят и пишут, — наука о душе. Душа ассоциируется у меня с чем-то легким, воздушным, ранимым и нежным, парящим в небе. Если вспомнить поговорку «На душе камень», то невольно следует мысль, а как же может душа летать, если на ней камень? Если есть проблемы, то нет легкости. Я испытала легкость в конце плодотворной работы. Еще хочу заметить, что работа была конструктивной, насыщенной, спонтанной. Я ощутила неуловимый для постороннего уха и глаза ритм сотрудничества, который установился между нами. Некий тандем, недоступный третьему».

Катамнез через год. Симптоматики не наблюдается. Однако через несколько месяцев произошло несколько размолвок с мужем, что послужило поводом обращения за супружеской терапией.

«В 21 год я познакомилась со своим будущим мужем. Наше знакомство произошло настолько легко и спонтанно, что мне это показалось сначала как-то подозрительно. Обычно было не так. Встречались мы месяца четыре. Этого оказалось достаточно, чтобы понять многое. Мы стали жить вместе. Еще через три месяца мы поженились. Дела шли хорошо. Я поступила в институт, а спустя три месяца мы переехали в отдельную квартиру. Это был праздник! Независимость, свобода, решительность, новый этап в моей жизни!

Мир стал приобретать яркие краски. Проблемы, которые возникали по ходу совместного сосуществования, казались мне такими мелкими по сравнению с теми, что были прожиты.

Через год у нас родился сын. Муж принимал роды. Мы были вместе все дни с момента рождения. Девять месяцев мы готовились к этому событию. Все прошло успешно. Несмотря на рекомендации врача делать кесарево сечение, я родила сама. Мне это было важно. Ребенок родился на 38 неделе, здоровый, по шкале Апгар — 8 баллов. Грудное вскармливание до года.

У нас была дружная семья. Сейчас сыну три года. Мы понимали друг друга, доверяли друг другу, любили...»



Анализ их брака показал, что если Нина получала образование, постоянно посещала семинары, то муж, вынужденный обеспечивать семью, «отстал» от нее в образованности. Возник ценностно-смысловой конфликт. Симптоматика в какой-то степени сглаживала ее скрытые нарциссические амбиции, создавая имидж благополучного брака. Сложные отношения с первым «объектом», отцом, отложили отпечаток на всю ее жизнь. Пациентка нуждалась в длительной индивидуальной психотерапии, но прервала ее.

Другой пример свидетельствует об использовании метафорического подхода в монодраме с пациентом.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 39

Антон, 19 лет

Антон, проживавший в дисфункциональной семье, страдал бронхиальной астмой с 9 (сразу после развода родителей) до 16 лет. Поступив в техникум, не смог выполнять требования программы, начал злоупотреблять наркотиками (смена психосоматического симптома аддиктивным). Мать юноши, воспитывавшая его по типу гиперопеки, устала от этой тактики, хотела выйти замуж вторично, но вынуждена отказаться от брака из-за очередной «болезни» сына.

Приводим фрагмент монодраматической сессии в реабилитационном наркологическом центре.

Психотерапевт. Как ты себя чувствуешь, Антон?

Антон. Волнами накрывает.

Психотерапевт. Не тонешь?

Антон. То сдавливает, то нырну в себя, то в своих проблемах сгораю. Чувствую возню.

Психотерапевт. Какой ты, Антон, изнутри?

Антон. О многом задумываться стал. Может, гоню много проблем. С мамой. В голове неопределенность. Крест на мне поставила, а мне хочется определенности. Если разговор пойдет нормально, то я начну

просить условий для выздоровления (смех без причины). То накрывает, то потом всплываю. (У пациента несколько морских метафор. волна, нырять, накрывает).

Психотерапевт. Ты очень зависим от мамы.

Антон. Отношение с мамой — это актуальная тема.

Психотерапевт. Мама занимается своей жизнью, она не хочет что-то менять.

Антон. Есть шанс.

Психотерапевт. Итак, что за цунами у тебя происходит? Садись в кресло. Покажи, как «погружаешься». (Накрывает пациента одеялом, изображающим волну).

Психотерапевт. Что это такое?

Антон. Я как будто тону. И стул как будто провалился.

Психотерапевт. Осталась одна макушка. Что ты при этом чувствуешь?

Антон. Осознание, что я ухожу в себя, желание перебороть чувства... Вот сейчас я утону. В очередной раз и воспроизведу. Вспоминаю и прокручиваю ситуацию.

Психотерапевт. Что на тебе висит? Жернов, камень или...

Антон. Вины нет, от этого легче.

Психотерапевт. А что за чувство?

Антон. Безднадежность. Перед мамой я виноват за употребление, за свои поступки, за последние полтора года.

Психотерапевт. Погружаешься с виной на дно моря, и что с ней происходит?

Антон. Вина остается, а остальные чувства постепенно уходят.

Психотерапевт. Ты все-таки с виной живешь? Или с другим чувством?

Антон. Безднадежность, судя по моей ситуации. Мне кажется, невозможно простить такое, но есть надежда.

Психотерапевт. Чем-то твоя история напоминает Аленушку и Иванушку из известной сказки. Говорила тебе мать, не пей из копытца, а ты не слушался и превратился в наркомана. Вот придавленная тоской мать ушла в «комут» новых отношений. Давай поговорим с мамой, посмотрим, что ты ей скажешь?

Антон (матери). Я хотел бы еще остаться на один срок реабилитации, но не знаю, оплатишь или нет еще одну реабилитацию. У меня есть планы насчет дня рождения и Нового года.

Психотерапевт (*дублирует Антона*). Ну, мама, ты поняла, для чего нужно оплатить мне вторую реабилитацию? Мама, я хочу отбыть полностью второй срок реабилитации, не буду проситься домой, встречу в больнице Новый год и день рождения.

А н т о н. Будем надеяться, что она услышала.

П с и х о т е р а п е в т. А с чем ты сидишь (*в руках у Антона большое одеяло, скомканное по ходу сессии*)?

А н т о н. Это вина.

П с и х о т е р а п е в т. А что будет, если забрать эту вино?

А н т о н. Будет обида на мать за то, что занимается своей жизнью (молодой любовник), ездит по миру (хорошо зарабатывает).

П с и х о т е р а п е в т. А что будет, если убрать обиду и вино?

А н т о н. Тогда самому что-то необходимо делать.

П с и х о т е р а п е в т. У нас в реабилитации есть правило — поправляться вопреки родителям.

А н т о н. Придется.

П с и х о т е р а п е в т. Ну что, всплываем. Шума в ушах нет, голова не кружится? Руки теплые. Значит, погружение прошло без кессоновой болезни, так?

Катамнез через 2 года. А н т о н сумел поговорить с матерью по-взрослому. Полностью прошел длительный курс реабилитации. Работал волонтером-консультантом по зависимостям, затем поступил в университет.

Объектные отношения из бессознательного посещают человека во взрослой жизни и могут вызвать у него душевные расстройства или спровоцировать проблемы в общении. В условиях безопасных, например, во время психотерапии, эти «забытые» объектные отношения или роли могут вновь войти в сознание и в активный ролевой репертуар. Так как все человеческие взаимоотношения содержат смесь реалистических и трансферентных реакций, порой очень сложно узнать пропорции смешивания реальности и переноса. Психодрама может разделить разные типы реакций переноса по различным вспомогательным ролям, что обеспечит необходимую степень ясности. Эти вспомогательные «Я» представляют близкие пациенту роли и фигуры прошлого и настоящего.

Трансферентные реакции — синоним психоаналитического термина «перенос»

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

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



Лучшей книгой по психодраме, переведенной на русский язык, где изложены все теоретические рассуждения Я. Морено с клиническими иллюстрациями, является труд «Психодрама: теория и практика», автор — Г. Лейтц (1994).



Книга П. Холмса «Внутренний мир снаружи» — увлекательное путешествие в мир аналитической психодрамы. Автору удалось доступным языком изложить возможности интеграции психодрамы и теории объектных отношений. Им выбран удачный методический прием: на конкретном примере, который находится в поле внимания на протяжении всего чтения, показать рассуждения директора психодрамы о достоинствах и трудностях применяемого им метода.



В книге Б. Эрлахер-Фаркас и К. Йорда «Монодрама: Исцеляющая встреча. От психодрамы к индивидуальной терапии» показаны перспективы использования монодрамы, когда у психотерапевта нет возможности направить пациента на групповую психотерапию.



О техниках психодрамы можно прочитать у следующих авторов: П. Ф. Келлерман, 1998; Д. Киппер, 1993; И. Г. Малкина-Пых, 2003; Г. В. Сидоренко, 2001, Г. В. Старшенбаум, 2005.



Интересные материалы можно прочитать в издаваемом в Украине с 2003 года журнале «Психодрама и современная психотерапия» (http://users.i.com.ua/~p_gorn/psychodrama/1psy.html), печатающемся на русском языке.

Литература

1. *Блатнер А.* Теоретические основы психодрамы // Психодрама и современная психотерапия. 2003, № 4, с. 4–14.
2. *Булюбаш И. Д.* Руководство по гештальт-терапии. М.: Изд-во Института психотерапии, 2004.
3. *Келлерман П. Ф.* Психодрама крупным планом: Анализ терапевтических механизмов. М.: Класс, 1998.
4. *Киппер Д.* Клинические ролевые игры и психодрама. М.: Класс, 1993.
5. *Лейтц Г.* Психодрама: теория и практика. М.: Прогресс, 1994.
6. Психодрама: вдохновение и техника / Под ред. П. Холмса, М. Карп. Пер. с англ. М.: Класс, 1997.
7. *Семенов С. П.* Role Switching (Теория и практика подхода). СПб., 2005.
8. *Старшенбаум Г. В.* Психотерапия в группе. М.: Изд-во Института психотерапии, 2005.
9. *Холмс П.* Внутренний мир снаружи: психодрама и объектные отношения. М.: Класс, 2000.
10. *Эрлахер-Фаркас Б., Йорда К.* Монодрама: Исцеляющая встреча. От психодрамы к индивидуальной терапии / Пер. с нем. К.: Ника-Центр, 2004.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ДРУГИХ НАПРАВЛЕНИЙ

Остановимся на наиболее часто используемых приемах других направлений для работы с пациентами, имеющими психосоматические расстройства.

Гипноз

Комбинация гипноза с другими психотерапевтическими приемами может применяться в рамках краткосрочной психотерапии. Принципиальным является проведение всех упражнений под гипнозом. Так, традиционные имагинативные (от слова *imago* — образ) когнитивные методы, например, систематическая десенсибилизация или скрытое моделирование, осуществляются с использованием наведения гипнотического транса. Способов гипнотизации много. Они включают воздействие на тот или иной анализатор: зрительный, слуховой, кожный. Как правило, это сопровождается внушением, в словесных формулировках описываются ощущения, которые испытывает засыпающий человек.

«Расслабьте мышцы. Лежите спокойно. Настройтесь на спокойный и продолжительный отдых. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я буду вам 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 рук, ног, всего тела. Расслабляются мышцы лица, мышцы шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и по мере того как я буду считать, ощущение приятного покоя, дремы, сонливости все больше будет охватывать вас. Когда я назову цифру 10, вы погрузитесь в глубокое состояние сонливости». Примерно такие фразы психотерапевт повторяет по несколько раз спокойным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Все глубже сонливость! Все сильнее!» Говорить лучше негромко, но в то же время уверенно, короткими понятными фразами.

Перед выведением из гипнотического состояния загипнотизированного предупреждают об этом. «Через полминуты я выведу вас из состояния дремы. Сейчас я сосчитаю до трех. На цифру три вы полностью проснетесь. Раз — освобождается от

скованности тело, два — голова ясная и свежая, три — откройте глаза, вы проснулись! Настроение и самочувствие хорошее, ничто не мешает, не беспокоит». При дегипнотизации следует помнить, что быстрое пробуждение может повлечь за собой жалобы на общую слабость, недомогание, сердцебиение, головную боль и прочее. Техники наведения транса описаны во многих современных руководствах.

В практике используют следующие феномены гипноза:

- при внушении покоя снижается уровень симпатического реагирования и выброс катехоламинов;
- суггестия приводит к индивидуальному когнитивному переструктурированию;
- под воздействием гипноза снижаются аллергические реакции;
- при использовании трансовых методик происходит изменение мышления и субъективного течения времени.

Например, может произойти возрастная регрессия как реконструкция ранних событий, или временная проекция (вперед или назад). Временную проекцию, или «легкую пробежку по времени», иногда используют для того, чтобы помочь пациентам вновь пережить прошлые события и проработать их (повторное переживание и отреагирование).

В приводимой клинической иллюстрации интегрированы арт-терапевтический подход, прием экстернализации, трансовый метод, краткосрочная групповая психотерапия.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 40

Евгений Д., 22 года

Евгений Д. обратился с жалобами на сильную неуверенность в себе, повышение температуры тела при контакте с незнакомыми людьми.

Родители развелись, когда мальчику было 13 лет. Отец не поддерживал ребенка, мать, наоборот, проявляла высокую степень гиперпротекции. Мать и сын переехали в Санкт-Петербург из районного центра. Подросток тогда заканчивал 11 класс и панически боялся поступления в вуз.

На первом сеансе юноша нарисовал свою неуверенность в виде животного, напоминающего вухолья. На втором сеансе была использована техника «экстернализации» и разговор с симптомом на двух стульях. Изучая, когда неуверенность впервые «поселилась у него», в ходе диалога вышли на тот период, когда Евгений переехал в Санкт-Петербург из села и пошел в новую школу. Ученики не восприняли его в первый день, и он замкнулся. С тех пор «неуверенность управляет им». На третьем сеансе была проведена гипнодрама с воспроизведением раннего травматического опыта. Возникла сильная катарктическая реакция с плачем. В трансовом состоянии Женя оказал поддержку своему «маленькому Я». Затем в качестве этапа интегративного вмешательства пациент включен

в краткосрочную психотерапевтическую группу, в которой был принят участниками, нашел себе приятеля по интересам.

Катамнез через 4 года. Симптоматики нет. Закончил университет. Один раз после увольнения с работы возникло несколько симпатоадреналовых кризов. Самостоятельно обратился за помощью. Несколько психотерапевтических сеансов привели к компенсации состояния. Успешно работает чиновником, постоянно контактируя с людьми.

Пациенты иногда воображают события, которые, возможно, произойдут в будущем. В связи с этим, например, пребывающему в состоянии депрессии человеку окажется полезным представить, что он занимается все более и более продуктивной деятельностью. Также эффективным будет представление, как могло бы выглядеть настоящее, если бы удалось взглянуть на него из ресурсного состояния в будущем. Такому представлению будут способствовать:

- исключение мыслей определенного содержания;
- блокировка мыслей, впечатлений, опыта страданий, нарушений влечений, которые весьма болезненны для личности;
- изменение времени во время гипноза, что может привести к субъективному замедлению или ускорению его течения. Сокращение времени используется, например, при страхах, сексуальных проблемах, болевых приступах, кризах влечений. Подобная диссоциация способствует отделению собственных личностных восприятий от желаний, эмоций. Это полезно при особенно болезненных переживаниях и лечении страха.

Медитация

В своей практике мы используем медитацию только как элемент психотерапии, обычно в конце групповых или индивидуальных занятий, после напряжения, испытанного пациентом, когда нежелательно, чтобы он уходил домой в состоянии сильного душевного волнения.

Слово «медитация» понимается в самом широком смысле — и как размышление, и как особая концентрация на чем-то (на мысли, образе или предмете), и как очищение психики, сознания, и как глубокая внутренняя работа, помогающая человеку постичь свое «Я». С понятием медитации также связывают творческую визуализацию, спонтанное проявление некой информации в периоды созерцания, техники, сходные с «западной молитвой» и многое другое.

Достижение медитативных состояний рассматривается как условие и средство контакта человека с энергоинформационными потоками тонкоматериального мира. Существует определение медитации как «сознательное вращение человека в духовную реальность». На Востоке традиционно считалось, что медитация соединяет человека с «божественным творческим процессом», с «божественными силами», которые действуют в каждом.

Многие медитативные приемы давно используются в психотерапии: в гештальт-терапии, эриксоновском гипнозе, НЛП, психосинтезе. Признается, что медитативные психотехники помогают адекватному видению мира, являются хорошим средством освобождения от смятения и внутренней дисгармонии за счет достижения свободных, незамутненных переживаний. Подчеркивается, что медитация — не бегство от самого себя (вследствие страха оставаться наедине с самим собой) или от того, что кажется человеку нежелательным в жизни. Медитация не выступает также средством создания иллюзорного приятного (желательного) состояния и уж тем более это не способ достижения некоего мистического экстаза. Медитативные техники облегчают доступ к содержанию коллективного бессознательного, к воспоминаниям и скрытым ассоциациям личного опыта. Помогают связывать внутреннее и внешнее друг с другом и с духовным началом в человеке. Использование медитативных состояний в психотерапевтических целях важно также тем, что оно дает людям возможность узнать правду о себе на глубоком уровне и без осуждения.

Медитативные приемы в отличие от методов активного воображения обсуждаются с пациентом реже. Приводим примеры таких упражнений.

Радуга. «Представьте огромную радугу, уходящую от вас высоко в небо и за горизонт. Войдите в ее красный спектр и начните полет. Вы несетесь в потоке чистого красного цвета, обозревая чудесные ландшафты. Попросите цвет под контролем высших сил убрать из организма все ненужное и вредное. Попросите его вымывать все грязно-красные оттенки из вашей души и любых мест организма. (Точно так же вы будете просить и все другие цвета — от оранжевого до фиолетового). Вы медленно переплываете в поток оранжевого, желтого и ощущаете, как все чувства приходят в гармонию, все мысли успокаиваются, уменьшается душевное волнение. Вы чувствуете прекрасный восстанавливающий и омолаживающий эффект. Вот вы уже в зеленом спектре радуги. Чувства мира, покоя, гармонии и любви усиливаются. Они текут из «духовного сердца» и переполняют все ваше существо. Вы перемещаетесь в голубой спектр.

Спокойствие и умиротворенность усиливают любовь к миру. Пролетая над землей в синем спектре радуги, прочувствуйте возросшую способность к духовному знанию, вдохновению. Вы полнее ощущаете свое истинное «Я». Наконец, вы в фиолетовом цвете, символизирующем состояния духовного единения со своим сущностным «Я». Почувствуйте, что вам становится легче познавать мир, ощущать процесс духовного развития. Полет завершен. Сконцентрируйтесь на мысли о том, что с этой минуты всегда, когда вы где-либо увидите цвета радуги, вы сможете вновь пережить это прекрасное состояние. Оранжевый и желтый вберут в себя все отрицательные эмоции, зеленый усилит покой и сделает способным передать ваше гармоничное состояние всем окружающим, голубой цвет будет помогать сохранить любовь ко всему миру, синий и фиолетовый всегда напомнят о вашей духовной сущности и ее единении с «божественным».

Стрела. Это упражнение приобщает бессознательное участников к тайне «прицеливания».

«Нередко мы стремимся к своим целям чересчур резко или выбираем неподходящее для их достижения время. Действуя в воображении, мы можем осознать, что именно нам надо делать, чтобы двигаться к своей цели уверенно и сосредоточенно.

В жизни нам часто нужны образцы и модели, которые давали бы представление о том, как можно жить и действовать. А при определенных условиях мы сами можем быть для себя таким образцом. Можно научиться у себя самого тому, как достичь цели.

Сядьте удобно, сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов и позвольте себе полностью расслабиться.

Закройте глаза и представьте себе, что вы держите в руках лук. Почувствуйте ступнями и всеми мышцами ног, как прочно вы стоите на земле. Держите лук одной рукой, а тетиву с приложенной к ней стрелой — другой. Ощутите, как напрягаются мышцы рук, когда вы натягиваете лук.

А теперь постарайтесь ясно и отчетливо увидеть находящуюся впереди вас цель. Обратите внимание на то, как указывает на нее острие стрелы. Теперь лук заряжен и полностью готов к выстрелу, стрела направлена точно на цель. Почувствуйте, сколько энергии сконцентрировано в спокойствии заряженного лука. Вам надо только отпустить стрелу, чтобы эта энергия понесла ее к цели. Пуск стрелы высвободит энергию движения.

И вот стрела выпущена. Следите за ее полетом и ощущайте ее устремленность к цели. Ничего больше не существует для стрелы — только цель. Никаких сомнений, отклонений в сторону,

никаких отступлений. Стрела летит безупречно прямо и входит в середину цели.

Спокойно и уверенно вы можете послать в цель еще несколько стрел и, делая это, ощутить направленную в одну точку концентрированную силу и решительность (1 минута).

Теперь возвращайтесь назад и медленно открывайте глаза».

Путь к цели. Это упражнение помогает участникам наметить важную цель и ни на шаг не отступить с ведущего к ней пути, несмотря на все препятствия.

«Иногда мы хорошо знаем, чего хотим, но нам не хватает энергии для осуществления своих намерений, для того чтобы в течение длительного времени прилагать усилия и не отступать, несмотря на возникающие препятствия и помехи.

Подумайте о важнейших целях, стоящих перед вами на текущем этапе жизни, и коротко опишите их несколькими ключевыми словами. Спектр этих целей может быть очень широким: это могут быть абстрактные и конкретные цели, труднодостижимые и легкие, далекие и близкие. Решающее значение здесь имеет то, что цель важна для вас, и вы действительно хотите ее достичь (5 минут).

Теперь выберите из списка ту цель, которая в данную минуту вам ближе всего, которая вас больше всего привлекает. Сядьте поудобнее и закройте глаза. Наберите несколько раз побольше воздуха в легкие, и пусть вместе с выдыхаемым воздухом вас покинут все заботы, мысли, неотложные дела, уйдет напряжение. Сосредоточьтесь на выбранной цели.

Пусть в вашем сознании всплывет картина или образ, символизирующий для вас эту цель. Это ваш личный, индивидуальный символ, и образ может быть каким угодно: природным объектом, животным, человеком, предметом (30 секунд).

Оставаясь с закрытыми глазами, представьте себе, что перед вами лежит длинная и прямая тропа, ведущая на вершину холма. Над холмом вы видите образ, символизирующий вашу цель. А по обеим сторонам тропинки вы ощущаете присутствие различных сил, которые пытаются заставить вас свернуть с пути, помешать вам достичь вершины холма (1 минута).

Эти силы могут сделать буквально все, что захотят. Не могут они лишь одного — разрушить прямую, как луч, тропинку, слегка светящуюся перед вами. Эти силы символизируют различные отвлекающие ситуации, людей, менее важные цели, негативные настроения. В их распоряжении есть много способов заставить вас отклониться в сторону. Они попытаются лишить вас мужества или чем-нибудь соблазнить. Они приведут множество логических доводов, доказывающих, что дальше идти

нет смысла. Они захотят запугать вас или вызвать у вас чувство вины (1 минута).

А вы можете ощутить себя сгустком ясной воли и неуклонно идти вперед по тропе? Не торопитесь и дайте себе достаточно времени, для того чтобы понять стратегию каждого «возмутителя спокойствия». Ощущайте направление движения. Вы можете даже обменяться парой слов с кем-то из тех, кто пытается отвлечь вас, однако после этого снова продолжайте свой путь и ощущайте себя живой, устремленной вперед волей (3 минуты).

Когда вы достигнете вершины холма, посмотрите на тот образ, который символизирует вашу цель. Ощущайте его присутствие, оставайтесь какое-то время рядом с ним и наслаждайтесь его близостью. Почувствуйте, что означает для вас этот образ, прислушайтесь к тому, что он вам сейчас может сказать (1 минута). Теперь пришло время позволить всем этим образам поблекнуть и отодвинуться на второй план. Заберите с собой то, что оказалось для вас важным, и постепенно возвращайтесь назад. Откройте глаза, потянитесь, выпрямитесь. Запишите свои размышления по поводу цели и тех сил, которые хотят заставить вас свернуть в сторону».



О других техниках, используемых при лечении психосоматических расстройств, читатель подробно может узнать из книги И. Г. Малкиной-Пых «Психосоматика: новейший справочник».

Литература

1. Гордеев М. Н., Евтушенко В. Г. Техники гипноза. М., 2004.
2. Линде Н. Д. Основы современной психотерапии. М., 2002.
3. Карл Г., Бойз Д. Гипнотерапия. Практическое руководство. М.: СПб., 2002.
4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: новейший справочник. М.: Эксмо, 2003.

*Что страсти? — ведь рано иль поздно их сладкий недуг
Исчезнет при слове рассудка...*

М. Ю. Лермонтов

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы с вами, дорогая читатель, совершили круиз по «Практикуму по интегративной психотерапии психосоматических расстройств».

Для того чтобы понять основные проблемы пациентов, поставить диагноз и составить лечебный план, психотерапевт должен последовательно рассмотреть ряд важных вопросов. Во многом этот процесс напоминает работу детектива, особенно при анализе истории семьи в нескольких поколениях. По мере необходимости психотерапевт отбирает и учитывает факторы, которые приводят пациента к специалисту, а также проверяет альтернативные гипотезы и схемы.

В настоящее время предлагается различать два основных диагностических подхода: первый — выделение феноменологической составляющей (симптомы и синдромы, феномен психического расстройства). Это позволяет сформулировать психиатрический диагноз, когда симптомокомплекс становится терапевтической мишенью. Во втором подходе—постановке психотерапевтического диагноза рассматривается также и личностная составляющая, которая включает параметры функционирования эмоциональной, когнитивной, мотивационной сферы. В рамках психотерапевтического диагноза «мишенью» для вмешательства становится система интрапсихических образований, которые имеют прямое отношение к развитию болезненного состояния [Психотерапевтическая энциклопедия, 2006].

В последние годы на наше мышление влияют постмодернистские тенденции в проведении психотерапии и супервизии: отказ от экспертной оценки, акцент на слушание, а не на наблюдение пациента, эклектичность подходов, коллегиальность в принятии решений, постановка многомерных гипотез. Несмотря на определенное влияние идей постмодернизма на психотерапию, мы в своей практике стараемся развивать традиции ленинградской и санкт-петербургской школ психотерапии.

Для психотерапевта это в первую очередь означает, что он должен владеть клинико-биографическим методом, в том числе уметь собрать ранний анамнез (см. Приложение 8), обладать не только психодинамическим мышлением, но умением на практике пользоваться всеми достижениями мировой психотерапии. Психосоматические расстройства должны рассматриваться в контексте наиболее значимой для пациента системы отношений. Это предполагает детальную диагностику объектных отношений, аффектов. Социокультуральный подход дополняет интерпретативные стратегии, осуществляемые на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях.

Важным в этой цепочке знаний и умений является представление случаев на супервизию. Психосоматические расстройства трудны не только в диагностике, но и в терапии, не зря их относят к архаическим заболеваниям «Я» (Аммон) наряду с наркоманиями и психозами.

Психотерапия дает возможность пациенту отреагировать значимые переживания на приеме у специалиста, а супервизия позволяет супервизируемому предоставить на сеанс выборочный материал психотерапии. Супервизируемый нередко приносит фрагмент занятия, зависящий и от его бессознательного.

Важность неосознаваемого процесса у супервизируемого и супервизора была описана 50 лет назад в литературе по социальной работе. В 1955 году Searls внедрил концепцию «отражающего процесса», ставший вскоре известным как «параллельный процесс». Под ним подразумевались отношения в супервизии, которые повторяли поведение или интеракцию в терапии, подчеркивая взаимосвязь терапевтической и супервизорской ситуации. Параллельный процесс может начаться с конфликта в любой из трех частей: супервизор, терапевт или пациент — соответственно возникать и в терапии, и в супервизии. Примером параллельного процесса может служить следующая иллюстрация.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 41

Николай Д., 40 лет

Супервизируемый Николай Д. рассказывает о своем случае.

«Полина, 38 лет. Обратилась к психотерапевту по рекомендации гастроэнтеролога с жалобами на жгучие боли в нижней части кишечника, сопровождающиеся вздутием живота и чувством неполного опорожнения, трудности с засыпанием, тревожность.

Родилась в провинциальном городке от второй беременности. Младший ребенок в семье. Старший брат, 44 года, женат, у него растет два сына, 23 и 16 лет. Свое раннее детство клиентка помнит плохо. Единственное оставшееся воспоминание о том, что в детский сад ходила с большой неохотой, и мать ее не работала, но вела огромное хозяйство, в котором

девочке тоже со временем отводилась большая доля. Теплоты, ласки никогда от родителей не ощущала. («Была, наверное, недолюбленным ребенком».) В школе училась хорошо, была старательной. В 13 лет возникла первая любовь к другу ее брата. Родители были крайне против этих отношений, всячески препятствовали встречам. Затем парень ушел в армию, а через год после службы женился на своей однокласснице. Тем не менее дружеские отношения у них сохранились, и когда ей исполнилось 30 лет, произошла первая интимная близость, а затем отношения прекратились. В 17 лет Полина уехала из дома и поступила в технический вуз. Учеба съедала все время. Хотелось сходить в театр, музей, но времени было мало. Проживала в студенческом общежитии. После окончания института работала технологом, удалось прописаться в рабочем общежитии. С 25 лет отмечает периоды «жутких» недомоганий, немотивированные снижения настроения. С 27 лет состоит на учете по поводу очаговой склеродермии. Отношения с противоположным полом не складывались. Помнила слова матери: «Будь скромной, и парень тебе сделает предложение». Но проходили годы, и ее застенчивость как стена стояла между нею и мужчинами. После «случайной связи с первой любовью» было несколько мимолетных романов с мужчинами, но они внезапно обрывались с сохранением обиды в душе («Разрыв и гудбай!»). В 32 года начала работать на частном предприятии. Директор нравился всем женщинам, и они боролись за его внимание. Нередко устраивались вечеринки, на которых женщины соревновались в искусстве соблазнения директора. Поначалу Миша не обращал на Полину внимания, но спустя год предложил ей поехать в Москву на выставку продукции. В гостинице между ними произошла интимная близость. Возвратившись в Петербург, Полина старалась не показывать вида, что между нею и директором что-то произошло, но в женском коллективе начались сплетни. Подруга Полины Наталья приложила все усилия, чтобы на очередном празднике соблазнить Мишу. Полина очень сильно переживала предательство («Задушила бы обоих!»), но внешне вела себя холодно и не показывала свои эмоции. Мысли о предательстве стали навязчивыми и возникали круглосуточно. Прокручивала в голове диалоги с обоими, но так и не решилась отреагировать свои чувства. Навязчивое состояние стало мешать работе. Пришлось обратиться к «бабке». Местная знахарка «диагностировала» порчу, провела сеанс внушения с чтением заговоров, и одержимость предательством подруги вскоре пошла на убыль. Около полугода длилась «холодная война», затем между Мишей и Полиной вновь произошло сближение. Миша уверял ее в серьезности своих чувств, извинялся за мимолетную слабость, и вскоре их отношения стали постоянными. Отношения с подругой стали чисто формальные.

Жена Михаила воспитывала двух подростков-мальчиков. Когда Полина по настоянию Михаила родила дочь, история приобрела огласку, и вскоре у законной жены стала выявляться сердечная симптоматика. В такой ситуации Михаил не смог оставить жену, а у Полины вследствие того, что события пошли не тем путем, возникло два приступа ярости. Эмоции сменились затем чувством вины из-за того, что она «убийца матери его детей».

Во время родов клиентка испытывала тошноту, сама беременность протекала спокойно. Первый месяц жила с ребенком в общежитии, затем переехала в купленную Михаилом для нее квартиру («Думала, что он к

нам перекоцует»). Ожидала, что Михаил к ней переедет, но он появлялся редко, ссылаясь на занятость. Уход за ребенком отнимал много сил («Не представляла, как трудно рожать и воспитывать детей, и вдвойне трудно, когда Миша это не понимает»). И хотя ей последовательно помогали родственники, их помощь была кратковременной. Приехавшая погостить мать Полины, увидев в каких хороших «хоромах» живет ее дочь, вместо ожидаемой ею поддержки стала завидовать и высказывать дочери разные претензии. («Выдержать это было невозможно. Искала повод, чтобы отправить мать обратно домой»).

Когда дочери исполнился год, у Полины появились постоянные позывы в туалет, симптоматика вскоре сменилась болевым синдромом. Жгучие боли стали появляться почти ежедневно, усиливались при волнении. Полина неоднократно обследовалась у проктологов и гастроэнтерологов. Гастроэнтеролог поставил диагноз «синдром раздраженного кишечника» и рекомендовал обратиться к психотерапевту. Еще больше поверила в «нервный характер» своего заболевания после того, как узнала, что на майские праздники Михаил к ней не приедет, а поедет в Прагу с женой и старшим сыном. «Я рыдала два дня. Самочувствие его жены дороже моего. Обида распространялась по всему телу». Заметила также, что когда Михаил несколько дней проводит время с ней и дочерью, боли стихают. Когда обещает и не приезжает, — у нее «случается психоз». «Рыдаю и проклиная все на свете. Бросаю трубку. Миша всем делает хорошо, а претензий он не любит».

Дочери исполнилось три года, и Полина определила ее в детский сад на неполный день. Девочка стала часто болеть аллергическими заболеваниями. Полина уделяет дочери много внимания: «Вы не представляете, какое это счастье заниматься с ребенком. Ведь мать не заменит ни одна няня».

Психотерапия была начата на фоне медикаментозной терапии эглонилом (150 мг сутки). В процессе девяти сеансов интегративной психотерапии, проводившихся с интенсивностью 1-2 раза в неделю, последовательно прорабатывались следующие темы: ревность, ненависть, обиды. На последней сессии пациентка затронула отношения со своей дочерью. Ее волновало, правильно ли она ее воспитывает».

Запрос супервизируемого был следующий: какие ресурсы не использованы во время психотерапии? Как долго проводить терапию?

Психотерапевт и группа выдвинули следующие гипотезы. Объектные отношения Полины были нарушены с детства, сформировался жесткий когнитивный сценарий, в течение четырех лет обстоятельства вынуждали ее играть роль жены «двоеженца». Своим симптомом Полина пытается удержать «мужа». Синдром раздраженного кишечника отражает множество тайн и «грязи», которую сохраняла и не «выбрасывала» пациентка.

В ходе дополнительных вопросов и группового обсуждения постепенно вскрылся возможный «комплекс провинциальной девушки» у Полины. Ключевым пунктом послужил вопрос участника группы, что значит фраза пациентки: «Я впервые для себя открыла мир сказок?»

Супервизируемый: «Да я вспомнил, о чем я забыл сказать в своем рассказе. Когда она приехала в Петербург, то хотела культурно развиваться, но не было времени. Никто ни разу не догадался, что она из провин-

ции. Когда она бывала с Мишей, а он разгадывал кроссворды, Полина тушевалась, потому что не знала многих слов. О картине она могла лишь сказать, нравится она ей или нет. Мишина жена Ирина происходила из семьи с дворянскими корнями, была очень начитанной и эрудированной, знала несколько языков. Она как-то вскользь сказала, что хотя Михаилу и нравится секс с Полиной, но если она не будет развиваться, а разговаривать о своих болезнях, может наскучить ему...».

Комментарий супервизора. Этот случай для представления был выбран не случайно, демонстрирует явления «параллелинга»: супервизируемый также приехал из небольшого городка Псковской области, поступил в медицинский вуз после фельдшерского училища, отслужив три года на флоте. Долгое время жил в общежитии, работал на скорой помощи, затем закончил ординатуру по психиатрии, поздно женился. Крайне трудолюбив и исполнительен. Имеет дочь 5 лет. Хотя к моменту супервизии он уже почти 10 лет работал психотерапевтом, отдаленное сходство характера и жизненной истории пациентки с его собственными сделало терапевта нечувствительным к важной области исследования (препятствующий контрперенос).

Осуществив личностный и социокультуральный подход в анализе проблем Полины, Николай получил ответы на свои вопросы и смог завершить работу с пациенткой.

Интегративный подход, развиваемый нами, учитывает психоаналитические и бихевиоральные представления, достижения всех направлений семейной психотерапии, нарративного подхода, экзистенциального анализа, синергетики. Еще раз обращаем внимание читателя, что этот подход схематично отражен на цветной вклейке 1 «Холизм» и в Приложении 9.

Интегративная психотерапия позволяет выбрать индивидуальный терапевтический маршрут для каждого пациента. Умение выдвигать многомерные гипотезы и проверять их в процессе психотерапии, творчески использовать подходящие вмешательства — залог успешной терапии. Так в случае Ивана (см. Учебный пример № 16) адекватно проведенная диагностика и индивидуальная терапия выполнили основную терапевтическую цель — преодолеть страх взросления («скинуть старую шкуру») и приобрести «конструктивную агрессию», что отражено на рисунке 30. Цель сформулирована в середине терапии совместно с пациентом. Пациент символически повесил эти предметы над своим столом — своего рода «якорение цели».

На Павла (Учебный пример № 8) экстернализирующий и «потрясающий» эффект, способствовавший его продвижению в терапии, оказал коллаж «Ревность» с его фото, созданный психотерапевтом (рис. 33). Коллаж выполнен в цветовой гамме вулканической лавы, символически отражающей данный аффект.

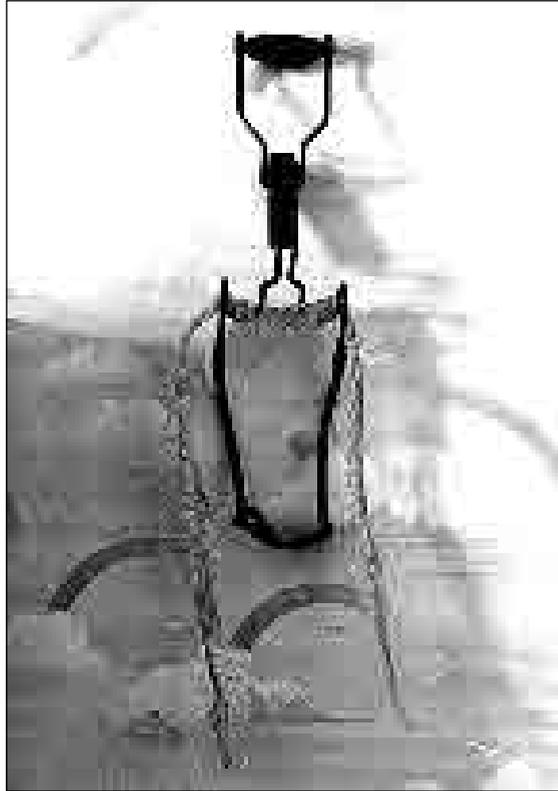


Рис. 32. Змеиная шкура и рогатка

Пациент осознал, что его внутренний мир переполнен деструктивными аффектами, с которыми необходимо разбираться.

Молодые пациенты лучше реагируют на приемы арт-анализа, «терапию действием», тогда как пациентам среднего возраста интересен анализ их внутриличностных конфликтов с когнитивных или экзистенциальных позиций.

Таким образом, психотерапевтическая работа с пациентами представляет собой сложный вид профессиональной деятельности, требующей от специалиста знаний и умений в области клинико-психологической диагностики, холистического (системного) мышления, знания разных методов и приемов психотерапии.

Начиная психотерапию, специалист порой полагает, что обойдется краткосрочной психотерапией, однако в репрезентируемом мире своего пациента он может столкнуться с неожиданными, порой противоречивыми аффектами, мотивами, поведением, обнаружить «синдром диффузной идентичности» — как это метафорически отражено на картине Луиса Ройо «Обучение



Рис. 33. Ревность

метафизике» (рис. 32), и тогда — придется пересмотреть цели и сроки вмешательства.

Психотерапевту постоянно следует помнить, что не все определяется сопротивлением пациента, в некоторых случаях это трудности самого психотерапевта. Исходя из нашей супервизорской практики, назовем некоторые тактические ошибки психотерапевтов:

- психотерапевт ограничивает свободу выбора пациента в принятии решений (мотивы психотерапевта начать психотерапию с пациентом превышают мотивы последнего);
- психотерапевт не старается помочь пациенту четко сформулировать запрос;
- психотерапевт не разделяет ответственность за поставленные задачи между собой и пациентом;
- психотерапевт не способствует правильной интерпретации пациентом информации о целях и характере психотерапии;



Рис. 34. Репрезентируемый мир

- психотерапевт не учитывает готовность семьи или пациента к изменениям;
- психотерапевт не учитывает «вторичную выгоду» симптома во время психотерапии;
- психотерапевт не учитывает низкую мотивацию пациента на изменения (эго-синтонная направленность расстройства).

Тактические ошибки вытекают преимущественно из отсутствия у психотерапевта и клинического психолога четкой концептуальной базы психосоциогенеза данного расстройства у пациента, из неумения планировать работу и прогнозировать ее результаты. В таком случае специалист концентрирует внимание преимущественно на выполнении различных техник, упуская из виду чувства, мысли и цели самого пациента. Такая психотерапия не соответствует ресурсам пациента и повышает риск рецидива после ее окончания.

Сам же психолог или психотерапевт сохранит профессионализм и избежит выгорания, если будет следить за эмоциональным откликом на пациента, постоянно интересоваться инновационными технологиями, посещать семинары различных специалистов, представлять свои случаи на супервизию, использовать современные информационные технологии и не бояться делиться с коллегами своим опытом.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 ВЕДУЩИЕ КОНЦЕПЦИИ ПСИХОСОМАТИКИ

Автор	Направление	Концепт-феномены	Краткая характеристика
Фрейд	Психодинамическое	Конверсия, эквивалент приступа тревоги и отыгрывание	В соматическом симптоме символически представлено то, что должно было содержаться в бессознательной фантазии. Психология психодинамической триады: вытеснение — осознание — катарсис
Аммон	Психодинамическое	Гуманструктуральная модель личности, многомерность, социальная энергия, социально-энергетическое поле, идентичность, групповая динамика, психотерапевтическая среда, архаические заболевания «Я», спектральный характер психических нарушений, центральные «Я»-функции	Социальная энергия — эквивалент ортодоксального психоаналитического «либидо». По своему характеру обменные энергетические процессы между группой и индивидом могут быть как позитивными, способствующими развитию «Я»-идентичности, так и негативными, препятствующими формированию здоровой личности. Три качества социальной энергии и составляющие функциональной организации «Я»: конструктивность, деструктивность, дефицитарность. Центральные бессознательные функции: агрессия, страх, сексуальность, тревога, внутреннее и внешнее «Я»-ограничение, нарциссизм. Центральное значение группы и групповой динамики для формирования личности и психотерапии. Психотерапия идентичности — суммы всего жизненного опыта и идентификаций
Александр	Психодинамическое	Теория психосоматической специфичности. Вектор	Определенная психосоматическая специфичность тех или иных эмоций: вызываемые ими телесные нарушения проявляются именно в тех системах организма, с которыми данные эмоции имеют «родство» (гнев — сердце; тоска — почки). Три вектора: 1) желание объединить, получить, принять; 2) желание исключить, удалить, отдать, израсходовать энергию для нападения или совершения чего-либо или для нанесения вреда; 3) желание сохранить, накопить. Специфический психический конфликт между тремя векторами влечет за собой нарушения в определенных органах

Автор	Направление	Концепт-феномены	Краткая характеристика
Когут		Нарциссический дефицит	Развитие стабильного согласованного уникального «Я» — основной вопрос развития личности. В результате нарушения данного процесса наблюдается психопатология. Психосоматический симптом может появиться в результате дефицита любви родителей или их отражения, в зрелом возрасте пациенты испытывали трудности в поддержании чувства целостности и самоуважения. Получая внимание от персонала медицинских учреждений, проходя многочисленные обследования и лечение или поддержку психотерапевта, происходит восполнение «дефицита любви»
Митчерлих	Психодинамическое	Двухэшелонная линия обороны	При достаточно зрелой личности человек пытается разрешить конфликт при помощи зрелых механизмов защиты (вытеснение, сублимация). Далее подключаются невротические (патологические) защитные механизмы (например, невротические депрессии, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии и т. п.). Если по каким-либо причинам не удастся справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом чисто психическими средствами, т. е. не сработает первая линия обороны, подключается защита второго эшелона — соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе. Это защита на психосоматическом уровне. Выделяют еще третий эшелон — психотическую защиту (Кернберг)
Кернберг	Психодинамическое	Интернализация, интроекция, идентификация, эго-идентичность, объектные отношения	Теория объектных отношений представляет психику и личность как результат связей людей с внешним миром, которые запоминаются (интернализуются) разумом в виде «объектных отношений». Личность формируется из стойких моделей отношений к другим (в этом ее сходство с теорией отношений Мясищева). С возрастом психика становится все более сложной, но у каждого индивида проходит три этапа: интроекции, идентификации, эго-идентичности. Теория Кернберга хорошо соотносится с эриксоновскими стадиями детского развития и ролевого развития Морено и представляет ориентир для психотерапевта. Так, например, если у пациента имеется чувство вины, это указывает, что проблема возникла в 3–5 лет (период инициативы/вины). Даже если пациент точно не укажет возраст, все равно психотерапевт ищет корни проблемы, возникшей примерно в этот период

Автор	Направление	Концепт-феномены	Краткая характеристика
Энгель и Шмале	Психодинамическое	Потеря объекта — процесс действительной, угрожающей или воображаемой потери объекта	Пациенты с психосоматическими нарушениями не умеют адекватно перерабатывать переживания потери объекта, которые вследствие этого остаются неотреагированными, не утратившими своей актуальности. Длительный хронический стресс такого рода может приводить к формированию заболевания. При этом психологическая зависимость от другого лица может проявляться как в положительных чувствах по отношению к нему, так и в отрицательных. Ненависть — такая же форма эмоциональной зависимости, как и любовь
Шур	Психодинамическое	Десоматизации — ресоматизации	Предрасположенность к психосоматическим заболеваниям вызывается слабым разграничением эмоциональных и соматических процессов у лиц с явлениями инфантилизма. Любое эмоциональное нарушение легко трансформируется в расстройство соматических функций. Причины ПСЗ связаны с провалом в деятельности Эго и регрессией на более низкий уровень психосоматического функционирования
Морено	Экзистенциально-гуманистическое	Социальный атом. Ролевая динамика, ролевая прогрессия и регрессия, ролевые конфликты	Болезнь возникает в результате нарушений наследственности, внешних патогенных влияний или нарушений межчеловеческой, то есть социоэмоциональной среды, наносящих ущерб спонтанности, социоэмоциональному и ролевому развитию. Здоровье будет представлять собой направленное, струящееся бытие или прогрессию, болезнь же — застой или регрессию. Ролевой конфликт может переживаться в форме инtrarолевого конфликта в рамках одной роли, существовать в виде интерролевого конфликта между различными ролями, зафиксироваться в виде интраперсонального конфликта, возникшего внутри одного человека, или разыгрываться в виде интерперсонального ролевого конфликта между разными людьми
Бек, Эллис, Мейхенбаум	Когнитивное	Интроекция дисфункциональных базисных схем, иррациональные установки, перфекционизм	Базисные схемы — глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру. Опыт отношений с родителями, их правила, лозунги, установки по механизму импринтинга (мимолетных впечатлений) интериоризируются и становятся чем-то вроде обыденной философии жизни, ложатся в основу жизненных сценариев, нарративов, искажая восприятие настоящего момента, препятствуя принятию решений

Автор	Направление	Концепт-феномены	Краткая характеристика
Ротенберг, Аршавский	Когнитивно-поведенческая терапия	Фундаментальная детерминанта поведения — потребность в процессе постоянного изменения	Поисковая активность обладает стимулирующим действием на организм и повышает устойчивость к действию вредных факторов. Отказ от поиска, напротив, снижает адаптивные возможности организма. Болезни достижения — это психосоматические заболевания, обусловленные хронической фрустрацией потребности в поиске
Селигмен	Когнитивно-поведенческая терапия	Выученная беспомощность, безнадежность	Выученная беспомощность — состояние, которое возникает у человека или животных после более или менее длительного аверсивного воздействия, (отрицательное подкрепление) избежать которого не удастся (серия задач, не имеющих решения; неправильное семейное воспитание)
Глассер	Когнитивно-поведенческая терапия	Теория контроля, терапия реальности	Поведение всегда представляет собой проявление попытки контролировать мир и самих себя как часть этого мира с целью наиболее полного удовлетворения наших потребностей. Болезнь — это неадаптивное поведение (неэффективный способ контроля), которое человек предпочитает для управления окружающей реальностью. В раннем возрасте ребенок обучается контролировать окружающих с помощью определенных паттернов своего поведения (плач, улыбка, гнев). Во взрослом возрасте это считается инфантильным способом контроля человеком поведения значимых фигур из своего окружения, получения от них помощи либо самооправдания своей бездеятельности
Бейтсон Минухин, Олсон, Хейли	Семейная системная терапия	Система, подсистема, границы, иерархия, гомеостаз, семейная структура	Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи — ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого слабого члена семьи (чаще — ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (соматическое, психосоматическое или психическое расстройство). Он становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые взаимоотношения между членами семьи.
Вайт	Постмодернистское	Дискурс	Дискурс — исторически, социально и в недрах особой культуры возникающая специфическая структура убеждений, терминов, категорий и установок, которые влияют на отношения и (внутренние) тексты и звучат в историях пациентов. Лечение заключается в создании антинарратива — альтернативной истории

Автор	Направление	Концепт-феномены	Краткая характеристика
Семенов	Интегративное	Switch-эффект, ролевая драматургия, акупунктурное программирование, контр-программа	Многие заболевания возникают из-за того, что у человека в результате жестких поведенческих стереотипов или дисфункциональных когниций в процессе социализации формируется патогенная программа. Организм как система всегда находится в одном из возможных для него состояний, а переход из одного состояния в другое совершается всегда скачком, ибо предполагает реорганизацию системы. Для выздоровления необходимо перепрограммирование, а точнее формирование альтернативной программы
Ананьев	Синергетическое	Синергетика, нелинейная динамика, аттрактор болезни	Аттрактор — это устойчивое состояние, к которому направляется эволюция системы. Субъективные особенности людей, их замыслов и действий влияют на выбор какого-то из этих вариантов. Аттрактор выступает как «предельное», конечное для выбранного варианта эволюции состояние, по отношению к которому другие состояния являются переходными, промежуточными. На путь в конус аттрактора выводит случайность, но как только этот путь выбран, дальнейшая эволюция системы закономерно и необходимо приводит его к «предельному» устойчивому состоянию.
Холмогорова, Гаранян	Когнитивно-аналитическое	Патологический перфекционизм	Нарциссический перфекционизм определяется как доминирование мотивации достижения совершенства, получения одобрения и восхищения в ущерб всем другим мотивам, превращение достижения и признания в главный смысл жизни. Нарциссический перфекционизм образует основное ядро личности человека, поэтому отказ от него равен отказу от самого себя и встречает яростное сопротивление

Литература

1. Холмогорова А., Гаранян Н. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия // Московский психотерапевтический журнал, 2004, № 1. С. 18–35.

Приложение 2

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ (Исаев, 2001)

У детей дошкольного и школьного возрастов проявления психосоматических расстройств часто достаточно разнообразны и сложны. Наряду с расстройствами аппетита, тучностью, запором, недержанием кала могут возникнуть бронхиальная астма, вегетососудистая дистония, расстройства желудочно-кишечного тракта, боли в конечностях, расстройства дыхания, головные боли, необъяснимая лихорадка, кожные поражения, недержание мочи и другие соматические заболевания, обусловленные нервными потрясениями.

Головная боль. У детей раннего возраста судить о наличии головных болей можно лишь косвенно по беспокойству, прикладыванию рук к голове, только после 4-5 лет дети могут осмысленно пожаловаться на боль в голове. Головная боль своим происхождением может быть обязана мигрени, стрессовым реакциям, мышечному напряжению. Однако следует иметь в виду, что головная боль может быть проявлением многих заболеваний. В связи с этим, только исключив так называемые органические заболевания — последствия травмы головного мозга, опухолевые или воспалительные заболевания, общие болезни — можно искать зависимость между головной болью и эмоциональным напряжением. Такая зависимость обнаруживается более чем в половине случаев. Постепенно усиливающаяся головная боль может появиться у ребенка в результате усталости, волнений. Она может носить тупой характер и продолжаться в течение дня или более. Болевым ощущениям нередко предшествуют тошнота, рвота, бледность кожи, потливость, светобоязнь, отек век, изменения настроения. Мышечная головная боль, связанная своим происхождением со сокращением мышц, встречается у детей довольно часто. Первоначально появляются неприятные ощущения и боли в мышцах шеи, плеч, затылка, а затем они распространяются и на передние области головы. Все это может продолжаться несколько дней и даже недель, иногда сопровождаясь тошнотой, рвотой и головокружением. Мигрень наблюдается у 4–7,5% детей. Чаще она начинается после 10 лет, однако это может произойти и в 3 года. Такие дети обычно имеют родственников, страдающих мигренью. Сами дети интеллектуально развиты, психически неустойчивы, мнительны, раздражительны, добросовестны, внутренне напряжены,

малообщительны, с выраженными нервными вегетативными реакциями. Приступы мигрени связаны с реакцией сосудов в различных отделах головного мозга, и в зависимости от этого могут быть головокружение, нарушение зрения (мелькание, преходящая слепота), расстройства речи, чувствительности и моторики. На этом фоне возникают пульсирующие и колющие боли, за которыми нередко следуют внезапно развивающееся косоглазие, сердцебиение, боли в животе, тошнота, рвота, понос, потливость, кратковременные параличи. Наиболее частый провоцирующий фактор — стресс, но иногда им может оказаться физическое напряжение, шум, голод, изменение погоды, просмотр телевизионной передачи или кинофильма. У 35–40% детей заболевание проходит через 5–6 лет.

Лихорадка неясного происхождения. У 70% детей грудного возраста и у 3–14% более старших детей может наблюдаться либо непродолжительное сильное повышение температуры тела (лихорадка) (иногда до 39–40°C), либо длительное повышение температуры, но не превышающее 37–38°C. Если не обнаруживаются общие инфекционные заболевания или местные воспалительные процессы, а также если измерение температуры не проходило после еды, физической нагрузки, сна или перегревания, такое повышение температуры тела рассматривают как неясное. При нарушении нервной регуляции теплообмена или ее врожденном несовершенстве лихорадка возникает под влиянием переживаний. У маленьких детей это наблюдается при отрыве от семьи, например, при помещении в больницу. При возвращении домой температура тела обычно нормализуется. Нередко у дошкольников и школьников лихорадка выявляется случайно при общем хорошем состоянии или в сочетании с повышенной утомляемостью, слабостью, однако и в этих случаях дети не теряют жизнерадостности, интереса к развлечениям и играм. Часто (в 50–80%) у детей с длительным повышением температуры тела наблюдаются функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы, являющиеся следствием сосудистой дистонии. Такая лихорадка не поддается воздействию антибиотиков и жаропонижающих средств, что само по себе может быть подтверждением ее психогенного происхождения. Более эффективны физические методы лечения: лечебная физкультура, закаливающие процедуры, а также психотерапия (гипноз и внушение в бодрствующем состоянии), общеукрепляющие и седативные средства.

Боли в животе. Неоднократно повторяющиеся боли в животе часто наблюдаются у чувствительных, нервных и неустойчивых детей 4–12 лет. Эти боли нередко называют пупочными коли-

ками, так как чаще всего они ощущаются в области пупка, но могут быть и в других частях живота. Они появляются во время еды или после нее под влиянием неприятных переживаний. Часто сопровождаются вегетативными симптомами: бледностью, синевой под глазами, потливостью, рвотой и другими. Диагноз «психогенные боли в животе» можно поставить лишь после исключения других причин. Пупочные колики поддаются лечению средствами, снимающими спазм мускулатуры внутренних органов и успокаивающими нервную систему, тем самым косвенно подтверждая диагноз.

Психогенная рвота. У психически лабильных детей даже при отсутствии нарушений в деятельности желудочно-кишечного тракта рвота может провоцироваться гневом или страхом. Иногда наблюдается демонстративная рвота, возникающая как бы с целью привлечения внимания. Возникновение рвоты может быть связано с наблюдением за извержением рвотных масс у другого человека, с рассказами об этом, с принудительным кормлением, с отвращением к пище. У некоторых детей рвота может повторяться в течение продолжительного времени. Периодически возникающая рвота обычно поддерживается переживаниями, сочетающимися с желудочно-кишечными расстройствами.

Запор — это расстройство функции кишечника, при котором возникает затруднение дефекации (выделения каловых масс). Спастические запоры, как правило, имеют хроническое течение. При них сухие комковатые каловые массы выделяются мучительно, медленно, с болевыми ощущениями. Кал, скопившийся в спазмированной прямой кишке, повреждает ее слизистую оболочку и вызывает образование трещин и появление в кале прожилок, крови. Спастический запор — типичное психосоматическое расстройство, при котором накопившиеся отрицательные переживания оказываются причиной спазмирования стенки прямой кишки и сужения ее просвета. Наиболее часто заболевание возникает у невропатичных детей.

Понос — это увеличение числа дефекаций и разжижение кала. Относительно редко причиной поноса могут встать выраженные эмоциональные переживания: страх, негодование и др. Эпизодически повторяющиеся поносы и схваткообразные боли в животе могут также быть проявлением *синдрома раздраженного кишечника*. У детей при этом преобладают боли в животе, очень различные по времени возникновения, продолжительности и интенсивности. При возникновении запора кал в одних случаях похож на овечий помет, в других же не оформлен вовсе. Отмечаются громкое урчание и частое отхождение газов, реже — недержание кала, болезненное и частое мочеиспускание. Течение

заболевания зависит от переживаний: семейных конфликтов, потери близких, страха перед школой и других событий, которые лишают ребенка чувства безопасности.

Энкопрезом, или непроизвольным отделением кала, называют отхождение каловых масс, в результате которого пачкается белье, или в неподходящем месте. О распространенности энкопреза известно лишь, что он встречается в 10–15 раз реже непроизвольного отделения мочи и чаще наблюдается у мальчиков. Как правило, навыки опрятности формируются к 1–2 годам. Если ребенок старше 3–3,5 лет не управляет сфинктером прямой кишки, то это уже ненормальное явление. Причиной энкопреза может быть недостаточное воспитание опрятности, невропатия, невроз и другие психогенные расстройства. Недержание кала может возникнуть внезапно под влиянием пережитого страха, а затем повторяться при волнениях. В других случаях появление энкопреза может быть не связано напрямую с какими бы то ни было потрясениями и является следствием накапливающихся отрицательных эмоций. При этом при повторных эпизодах недержания кала не всегда удается выявить провоцирующие моменты. Иногда причина связана с особенностями личности ребенка, чрезмерно сильно привязанного к матери, к дому, переживающего ревность, боязнь отрыва от близких, обиду на значимых людей.

Приложение 3

СИМПТОМАТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (САНДОМИРСКИЙ, 2005)

Материал, с которым работают в процессе телесной психокоррекции, тесно связан и с психосоматическими заболеваниями. Как обсуждалось ранее, психосоматические расстройства представляют собой не что иное, как интенсивные телесные проявления психологических проблем (обычно существующих длительное время). Соответственно специфика этих расстройств лишь отчасти определяется конкретным диагнозом (нозологической принадлежностью). В не меньшей степени она зависит и от характера самой психологической проблемы, и от личностных особенностей ее носителя. Поэтому и телесные проявления психосоматических расстройств, как правило, не замыкаются в тесных рамках отдельного диагноза — можно говорить лишь о ведущих проявлениях, соответствующих определенной болезни. В то же время, как правило, присутствуют и другие психосоматические симптомы, свойственные другим диагностическим единицам, хотя и менее выраженные. Поэтому и различные психосоматические симптомы целесообразно рассматривать не в рамках отдельных заболеваний (нозоцентрический подход), а отдельных соматических проявлений (симптомоцентрический подход).

Говоря о симптомах психосоматических расстройств, в первую очередь необходимо перечислить симптомы телесные, являющиеся на физиологическом уровне следствием реакции напряжения, а на психологическом — тревоги и фрустрации. При этом психосоматические нарушения внутренних органов представляют собой неадаптивные проявления стрессовой готовности (В. Икскуль), болевые ощущения связаны с мышечным напряжением в сочетании с повышением болевой чувствительности (гиперестезией). Некоторые психосоматические жалобы имеют еще один механизм происхождения — регрессионный, сочетающий в себе и физиологические, и психологические факторы. Физиологически это возврат нервной системы в «детское» состояние, психологически — воспроизведение на бессознательном уровне раннего детского опыта.

Проявления психосоматических расстройств, имеющие отчасти образно-символическое значение («язык тела»), являются так же действием защитно-компенсаторных механизмов, способом противостояния подсознательных фрагментов психики

подавлению со стороны сознательной цензуры. Тем самым подобные конверсионные и диссоциативные механизмы психосоматических нарушений отражают внутреннюю двойственность, противоречивость человеческой психики. В клинической психологии существует даже точка зрения, что любое хроническое соматическое (неинфекционное) заболевание начинается с эпизода личностной диссоциации, хотя бы кратковременного [Шульц Л., 2002]. Иными словами, сначала возникает (или обостряется) внутренний конфликт или противостояние сознательной и бессознательной частей личности, который проявляется в их диссоциации, а затем он находит выход (разрядку психологического напряжения) в появлении психосоматических симптомов.

Телесные проявления стресса

Итак, наиболее типичными соматическими проявлениями затяжного стресса (кратковременного, но интенсивного, либо затяжного) и накопленных неотреагированных отрицательных эмоций являются следующие.

А. Мышечные проявления

Болевые проявления

1. *Боли в области сердца*, возникающие вне связи с физической нагрузкой и имитирующие стенокардию. Не случайно подобные функциональные кардиалгии, боли в области сердца психогенного характера описываются интуитивно-образным выражением «принимать близко к сердцу».

2. *Боли в области шеи и головы*, особенно в затылочной области, или боли мигренозного характера, охватывающие половину головы; реже — боли в височной области или в области лица, имитирующие невралгию тройничного нерва.

Боли в височной области часто связаны с хроническим напряжением мышц, сжимающих челюсти: в моменты неприятных переживаний человек автоматически, не замечая этого, стискивает зубы (подобная стрессовая привычка может приводить к неприятному состоянию, именуемому синдромом височно-нижнечелюстного сустава). Головные боли напряжения нередко проявляются и как ощущение надетой на голову и тягостно сдавливающей ее тесной каски (в медицинском языке есть даже образное выражение «шлем неврастеника»). Напряжение же мышц шеи и затылка не только приводит к болям в этой области, но может сопровождаться еще и головокружением, и

другими весьма неприятными проявлениями. Нередко появление болей, тяжести в шейно-затылочной области совпадает с повышением артериального давления (см. далее). Эти проблемы имеют и регрессионный компонент (напряжение мышц задней поверхности шеи впервые возникает у ребенка, который учится держать голову).

3. *Боли в области живота*, имитирующие заболевания органов пищеварения. Боль в подложечной области имитирует язвенную болезнь желудка. Возникая вначале в связи с наплывами отрицательных эмоций, постепенно она может перерасти в действительный гастрит или язвенную болезнь — дистанция до неврогенного органического заболевания здесь довольно короткая (особенно если человек страдает заниженной самооценкой, занимается «самоедством»).

Боль опоясывающего характера, отдающаяся в поясницу, часто имитирует панкреатит (в отличие от истинно соматического заболевания, объективные отклонения по данным лабораторных анализов здесь незначительны). Человек при этом как бы «не переваривает» некоторую жизненную ситуацию.

Боли в правом подреберье, связанные с состоянием желчных протоков, имитируют холецистит, а при отсутствии объективных данных нарушения оттока желчи (данные ультразвукового исследования органов брюшной полости и уровень билирубина крови) носят специальное название дискинезии желчевыводящих путей. Связь этих болей с эмоциональным состоянием (подавленностью, склонностью к депрессии, раздражительностью или скрываемой агрессивностью) известна со времен Гиппократов и получила название меланхолии (в буквальном переводе — «черная желчь», что отражает действительный факт изменения окраски желчи, ее сгущения — повышения концентрации желчных пигментов в случае застоя в желчевыводящих путях). С регуляцией моторики желчевыводящих путей связана выработка вещества с локальным гормоноподобным действием — холецистокинина, нарушение образования которого является одним из возможных физиологических компонентов приступов страха (панических атак).

Боли в средней и нижней трети живота могут возникать как в момент острого стресса, так и в качестве интуитивного сигнала внешнего неблагополучия, как телесное проявление депрессивного прогноза развития событий (образное выражение «нутром чувствовать опасность»). Они связаны с повышением сократительной активности гладких мышц стенки кишечника — тоническим (спастическое состояние кишечника, запоры) или динамическим (повышение его моторики). В последнем

случае боли нередко бывают блуждающего или схватывающего характера и могут сопровождаться расстройством стула, носящим народное название «медвежья болезнь» и диагностируемым как синдром раздраженного толстого кишечника.

(Регрессионный механизм — ранний детский опыт, связанный с приучением к личной гигиене.)

Необходимо учесть, что вегетативные нервные сплетения пищеварительного тракта (расположенные в стенке кишечника) интенсивно синтезируют нейромедиаторы. В первую очередь это биогенные амины (дофамин, серотонин), снижение содержания которых в организме отмечается при депрессии. Как известно, снижение аппетита и торможение моторной активности кишечника являются типичными телесными проявлениями депрессии. Отчасти нормализовать подобное состояние могут разгрузочно-диетические мероприятия. Любимые российским народом очищение организма и лечебное голодание (так же, как и религиозные посты) во многом являются интуитивными способами самопомощи при депрессивных состояниях.

4. *Боли в спине* (в пояснице, в межлопаточной области), либо расцениваемые как проявления остеохондроза позвоночника, либо провоцирующие действительные обострения этого, в самом деле, болезненного процесса. Нередко повышение тонуса околопозвоночных мышц сочетается с застойным напряжением мышц конечностей, приводя к отдаленным, так называемым мышечно-тоническим проявлениям остеохондроза позвоночника.

При этом появление болей в верхней части спины психологически часто бывает связано со сдерживаемой агрессивностью [Лоуэн А., 2000], с застойным напряжением мышц плечевого пояса (регрессионный механизм — осуществляемые ребенком манипуляции с внешними объектами). Боли же в нижней части спины нередко сопровождают переживание отсутствия помощи и поддержки (регрессионный механизм связан с возрастом, в котором ребенок начинает самостоятельно сидеть, вначале благодаря внешней поддержке).

5. *Боли в тазовой области (и в низу живота)*, которые нередко сопровождают разнообразные сексуальные неврозы, особенно у женщин. В последнем случае они часто протекают под маской так называемого предменструального синдрома или альгоменореи (если связаны с месячным циклом) либо хронических воспалительных заболеваний матки и придатков (аднекситов).

6. *Боли в костях и суставах* (когда-то подобные боли назывались «невроз суставов»). Обычно это боли ноющего или ломящего характера, нестойкие, мигрирующие, чаще не связанные с физической нагрузкой, зато обостряющиеся на высоте

негативных эмоциональных переживаний или беспокоящие преимущественно по ночам (в период господства подсознательных психических механизмов). Они могут протекать под масками ревматизма, остеоартроза, у женщин в возрасте менопаузы — климактерического остеопороза.

Судорожные проявления и гиперкинезы

Еще одной стороной хронического, застойного напряжения мышц является повышенная возбудимость нервно-мышечного аппарата («нервно-мышечная гипертензия» по Э. Джекобсону) и как следствие — повышенная готовность мышцы к сокращению. Отсюда и мышечные подергивания (тики), появляющиеся или усиливающиеся в моменты душевного волнения, и болезненные судороги мышц (часто икроножных, как телесное отражение состояния, которое на психологическом уровне описывается как недостаточное «заземление»).

Б. Проявления со стороны сердечно-сосудистой системы

1. *Скачки артериального давления* (обычно его повышение, реже понижение), преимущественно проявляющиеся в колебаниях систолического давления (и изменении пульсовой амплитуды давления). И повышение, и снижение артериального давления обычно вызывают головную боль; высокое давление часто сопровождается сердцебиением, приливом жара или озноба, низкое давление — слабостью, головокружением.

2. *Сердцебиение или перебои сердца*, заставляющие человека болезненно, с тревожным ожиданием вслушиваться в свой сердечный ритм: то сердце «бешено колотится, как будто сейчас из груди выскочит», то «замирает, вот-вот совсем остановится» (последнее часто сопровождается приступами страха). Нередко подобные пароксизмы возникают в ночное время, сопровождая внезапные пробуждения (обычно им предшествуют сновидения неприятного содержания).

Во многих случаях психогенные нарушения ритма сердца становятся результатом «всплывания» подсознательного материала, который вытесняется бдительной «цензурой». Так как подобное негативное подсознательное содержание не осознается (будь то во время просмотра сновидения или же в состоянии бодрствования), то остается только доступное для осознания телесное отражение эмоций — изменение сердечного ритма. Соответственно на сознательном уровне возникающая вспышка тревоги или гнева представляется беспричинной, отсюда и тягостное

ее переживание (интуитивное понимание «второго плана» или «двойного дна» подобных эмоциональных состояний).

Помимо физиологического механизма подобных аритмий (как известно, сердечный ритм чутко отражает эмоциональное состояние человека), можно упомянуть еще и психологический регрессионный механизм, благодаря которому они приобретают непропорциональное, завышенное субъективное значение. Это глубокая регрессия к периоду внутриутробного развития, когда развивающийся маленький человечек, помимо биения собственного сердца, буквально всем телом воспринимает сердцебиение материнского организма. Для него это физиологический индикатор эмоционального состояния матери, всецело определяющего и его собственное состояние: ощущая биение сердца матери, он волнуется вместе с ней, вместе с ней радуется и страдает [Krens I., 1999].

В. Проявления со стороны пищеварительной системы

1. *Нарушение аппетита* — от полного отвращения к еде (эпизоды депрессии) до приступов «волчьего» голода. (Обычно пациент рассказывает, что для того, чтобы успокоиться в эмоциональной ситуации, ему необходимо «заесть свой стресс».) Здесь действуют как физиологический механизм, связанный с депрессивными расстройствами (описанный выше), так и собственно психологический, регрессионный механизм — аналогия с грудным вскармливанием, когда ребенок в состоянии дискомфорта либо отказывается от груди, либо, наоборот, ищет материнскую грудь и успокаивается. Для грудного ребенка кормление — это не только удовлетворение физиологической потребности в пище, но и важнейший способ получения положительных эмоций, и канал близкой телесной коммуникации с матерью — бондинга, вегетативного резонанса.

Нередким следствием регулярного — точнее, привычного «стрессового» повышения аппетита становится психосоматическое ожирение. Оно отражает стремление человека с помощью удовольствия от приема пищи восполнить дефицит положительных эмоций [Екимов М. В., Федорова А. И., 2001] и тем самым приглушить внутреннюю напряженность (или синдром дефицита удовлетворенности).

2. *Нарушение глотания*, часто сопровождающееся ощущением комка в горле (мышечные спазмы в области глотки, пищевода). Подобное функциональное расстройство (психогенная дисфагия) обычно мешает проглатыванию преимущественно твердой

пищи. Подсознательно с нарушением глотания обычно связан страх подавиться пищей. Регрессионный механизм — проблемы, возникавшие в грудном возрасте в связи с переводом ребенка на плотную пищу (прикорм), реже — с грудным вскармливанием.

3. *Приступы психогенной тошноты* (реже — рвоты), возникающие непосредственно в стрессовой ситуации или же в преддверии (в предвкушении) эмоционально насыщенных событий, нежелательных встреч, связанных с неприязненными отношениями («меня от него тошнит»). Чаще встречается у детей и подростков — например, у ребенка, который не хочет идти в школу, где подвергается давлению (или унижению) со стороны учителя, возникают приступы рвоты во время утренних сборов (при мысленном представлении травмирующей ситуации). Психогенная рвота встречается также при юношеской дисморфофобии в связи с недовольством собственной внешностью и навязчивым желанием похудеть. Регрессионный механизм — срыгивание у грудного ребенка при перевозбуждении.

Г. Проявления со стороны дыхательной системы

1. *Одышка*, не связанная с болезнями органов дыхания и проявляющаяся как чувство неудовлетворенности вдохом, сопровождающееся желанием вдохнуть поглубже. (Последнее может приводить к избыточно глубокому дыханию — так называемый гипервентиляционный синдром.) Регрессионных механизмов здесь как минимум два. Наиболее ранний из них — это запечатлевшийся в памяти на подсознательном уровне первый вдох, по механизму импринтинга становящийся стереотипной реакцией на стресс. Второй регрессионный компонент гипервентиляции — подавляемая детская реакция плача (ребенок рефлекторно пытается остановить плач за счет частых глубоких вдохов с коротким выдохом).

При этом часто возникает ощущение *онемения и покалывания в руках* (и как составная часть гипервентиляционного синдрома, и как самостоятельное проявление). Аналогичные ощущения в ногах могут сопровождаться болезненными судорогами икроножных мышц. (Вносит свой вклад и вызванное длительными стрессами и сдвигом гормонального баланса нарушение обмена микроэлементов, в первую очередь кальция, приводящее к повышению нервно-мышечной возбудимости. «Вымывание» кальция из организма у женщин старше 40 лет может приводить к остеопорозу, сопровождаться болями в костях.)

2. *Ощущение комка в горле*, упомянутое ранее, на фоне затруднения дыхания. Сюда же можно присоединить спазм мышц,

управляющих голосовыми связками, что приводит к нарушению голосообразования («перехватило голос»). Подобные проблемы, когда голос внезапно предательски «садится» или даже пропадает (афония), могут возникать в моменты ответственных публичных выступлений (см. далее метод Александера), бурных волнений (особенно в спорах, конфликтах, что мешает возразить собеседнику) или же после перенесенных внезапных психотравмирующих ситуаций. Именно таким образом человек нередко теряет голос в минуты сильного душевного волнения. Затяжной же стресс может приводить к расстройствам по типу хронического ларингита, нередко сопровождающегося постоянным «нервическим покашливанием». Можно упомянуть два регрессионных механизма подобных нарушений: во-первых, это подавленный крик у грудного ребенка («первичный крик», по А. Янову); во-вторых, подавленная речь в более старшем возрасте (на фоне строгих окриков родителей, запрещающих ребенку словесное выражение своего мнения и своих эмоций).

3. *Заложенность носа*, затрудняющая носовое дыхание и расцениваемая как «вазомоторный ринит». В отличие от «чистых» ринитов, ухудшение состояния обычно отчетливо связано с обострением психологических проблем (конфликтами, перегруженностью на работе, переутомлением у учащихся и т. д.). В литературе можно встретить даже упоминания о вазомоторно-аллергическом варианте протекания депрессии [Осколкова С. Н., 1995]. При этом часто обнаруживается болезненное напряжение мышц задней поверхности шеи (телесное отражение неспособности нести бремя ответственности). Регрессионный механизм — также задержанный плач («невыплаканные слезы»).

Д. Проявления со стороны органов чувств

1. *Кратковременное нарушение зрения* (предметы как бы расплываются перед глазами, и человеку приходится напрягать зрение, чтобы сфокусировать его и увидеть окружающее более отчетливо).

Регрессионный механизм — расфокусированное зрение новорожденного ребенка (переход из водной среды в воздушную, неумение фиксировать взгляд).

Связанное со стрессом напряжение может вызывать более серьезные нарушения органа зрения, начиная со зрительного утомления, спазма аккомодации, которое может со временем приводить к близорукости или повышению внутриглазного давления (ведущему к глаукоме). Символический, конверсионный

механизм связанных со стрессом нарушений зрения — «Не вижу, потому что не хочу видеть».

2. Такие нарушения часто сопровождаются *головокружением* («как подумаю о проблемах, голова идет кругом»), а оно, в свою очередь, также может быть связано с неуверенностью при ходьбе, ощущением «ватных» ног или чувством, что «земля уплывает из-под ног». Регрессионный механизм — ощущения ребенка, который еще только учится стоять и ходить.

К головокружению могут добавляться приступы тошноты, шума в ушах, снижающего остроту слуха, — так называемый меньероподобный синдром (лабиринтный отек). Конверсионно-символический подсознательный механизм подобных нарушений — «Не слышу, потому что не хочу слышать».

Болезненный звон в ушах также во многом связывается с психосоматическими проблемами и рассматривается как следствие длительного стрессового напряжения мышц шейно-затылочной области.

Е. Прочие проявления

1. *Приливы жара* («кровь бросилась в голову») или озноба («от страха все внутри заледенело»), иногда волнообразно сменяющих друг друга («бросает то в жар, то в холод»), которые могут сопровождаться мышечным тремором (пациент описывает свои ощущения так: «Волнуюсь буквально до дрожи в руках и ногах»). Регрессионный механизм — несовершенство механизма терморегуляции у новорожденного ребенка, физически нуждающегося в тепле материнского тела.

2. *Обильное мочеиспускание*, которое обычно возникает после приступов паники. (Здесь стрессовые расстройства пересекаются с проявлениями так называемого несахарного диабета и могут утяжелять его протекание.)

3. *Разнообразные сексуальные проблемы* (как снижение сексуального влечения и потенции, так и в некоторых случаях гиперсексуальность). Нередко они могут быть вызваны привычным напряжением мышц области таза. Подобные проблемы, как обнаружил В. Райх, могут быть напрямую связаны просто с неумением человека расслабиться в прямом смысле, то есть снять мышечное напряжение. Регрессионный механизм нарушений потенции у мужчин, женской холодности — инфантильный отказ от «взрослости», от своей половой роли. Сюда же примыкают функциональные нарушения менструального цикла у женщин (нерегулярность цикла, аменорея, предменструальный синдром).

4. *Нарушения сна* — бессонница или, наоборот, сонливость, сопровождающаяся ощущением того, что сна было недостаточно. Иными словами, человек после пробуждения чувствует себя разбитым, иногда может даже жаловаться на боли в мышцах (следствие того, что даже во сне он не расслабляется), описывая свои ощущения «как будто всю ночь мешки таскал» или даже «как будто палками колотили» (подобное самонаказание может быть подсознательно желаемым для критически настроенного Суперэго, при этом сновидения становятся тревожными, угрожающими).. Тем не менее сновидения продолжают выполнять адаптивную функцию, так как «инсценировка» во сне стрессовых служит для эмоциональной разрядки и для поиска выхода из сложившихся обстоятельств (поисковая активность по В. С. Ротенбергу). Нередко человек не помнит своих снов, они как бы стираются из памяти, что является следствием действия психологической защиты (вытеснения). В нарушении сна играют роль также и регрессионные механизмы, особенно когда изменяется ритм сна и бодрствования, порой напоминая режим сна грудного ребенка (многократное чередование периодов активности и сонливости).

5. *Интенсивные хронические стрессы* также постепенно истощают, как бы «подтачивают» гормональную функцию коры надпочечников (напомним, что по схеме Г. Селье именно повышение при стрессе уровня кортикостероидных гормонов представляет собой основной механизм формирования устойчивости организма к неблагоприятным воздействиям). Эта латентно протекающая недостаточность создает плодородную почву для развития энергических и аутоиммунных (в частности, ревматических проявлений), а также приводит к появлению жалоб астенического характера — на слабость, утомляемость. Достигая значительной степени выраженности, они формируют так называемый синдром хронической усталости, когда повышенная утомляемость сопровождается не только постоянным чувством усталости, но еще и беспричинным повышением температуры тела (37–39 °С) «летучими» болями в мышцах, суставах, в горле.

6. Одновременно и психологический, и физиологический характер носят *приступы паники*, варьирующие от опасения потери контроля над собой до всепоглощающего страха смерти. Регрессионный механизм — оживление у взрослого человека первичных детских страхов.

Подобные расстройства могут возникать в непосредственной связи со стрессом (в момент острого стресса или на фоне продолжающейся хронической нервно-психической напряженности), а также иметь отсроченный характер. В последнем случае организм

начинает «сыпаться» спустя какое-то время после стрессовых событий. Это так называемый «синдром рикошета», который следует за стрессом наподобие хвоста кометы. Причем подобное может происходить, даже если эмоционально значимые события были позитивными, связанными с жизненными успехами — «синдром достижения», вызванный переживанием бурных положительных эмоций и, самое главное, обретением долгожданных радостей, к которым человек упорно стремился.

Необходимо упомянуть также о вторичных психосоматических расстройствах, играющих значимую роль в протекании обычных, соматических заболеваний. Их наличие можно обоснованно предположить, если выздоровление от телесной болезни затягивается сверх обычных сроков, особенно в тех случаях, когда хроническое заболевание носит прогрессирующий характер.

Все эти телесные расстройства, по сути, представляют собой патологические эквиваленты психофизиологической адаптации. Иными словами, эквивалент неотреагированных эмоций — суррогатную, неадаптивную форму эмоциональной разрядки. Именно поэтому эффективным способом борьбы с ними являются телесно-ориентированные методы эмоционального самораскрытия, саморегуляции и самоконтроля.

Приложение 4 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Таблица 1

Методы психологической диагностики личности

Сфера психодиагностики	Методика
Расстройства эмоций и настроения	Психодинамическая диагностика аффектов, тест Люшера, арт-анализ
Когнитивная сфера	Интервью, тест аддитивных установок Мак-Маллана—Гейлхар (МОАА)
Расстройства личности	Психоаналитическая диагностика уровня развития личности, опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90, методика незаконченных предложений Сакса и Леви, мультимодальный опросник
Система ценностей	Интервью, тест цветových метафор И. Соломина.
Объектные (интерперсональные) отношения	Интервью, биографический опросник (BIV), метод исследования центральной темы конфликтных отношений Л. Люборского (CCRT), методика «Круг влияния», тест цветových метафор И. Соломина, опросник «Субъективная оценка межличностных отношений» [СОМО. Духновский С., 2006], проективные вербальные и невербальные методики

Таблица 2

Методы психологической диагностики семьи

Диагностический метод	Комментарии	
Интервью	Семейно-диагностическое интервью. Выявление особенностей коммуникации членов семьи, усиление мотивационной составляющей семейной системы	Индивидуальный метод (с пациентом либо с одним из членов семьи) — исследование, ориентированное на родительскую семью пациента: интервью по генограмме; семейная история (нарративный, конструктивистский подход)
Опросники и другие способы исследования	Используются как вспомогательные методы к семейно-диагностическому интервью (шкала семейного окружения — FES, анализ семейных взаимоотношений — ACB, ADOR; проективные и шкальные методы; шкала созависимости; рисуночные тесты: рисунок семьи, семейная социограмма)	

Соотношение задач психодинамического диагноза и возможных психодиагностических методов для двух возрастных групп детей

Параметр психодинамического диагноза	Возраст	
	7–10	11–15
Оценка влечений (агрессивных и сексуальных)	Спонтанная игра, диалогическое рассказывание историй (Р. Гарднер), серия проективных рисунков (единичный рисунок даст представление об актуальном эмоциональном состоянии)	Рассказ о конфликтной ситуации и ее разрешении, тест рисуночной фрустрации Розенцвейга, серия рисунков или рассказов на свободную тему, пиктографический ассоциативный тест
Иерархия мотивационно-потребностной сферы	Простые вопросы: «Что ты любишь делать (в школе, дома, в свободное время, с друзьями)?»; можно предложить несколько ситуаций выбора между «хочу», «могу» и «надо»	Темы проективного рисунка «Мой мир», «Моя жизнь» (позволяют отобразить важнейшие элементы повседневной жизни, ее составляющие)
Качество объектных отношений	Рисунок семьи, кинетический рисунок семьи, члены семьи в виде животных	Рисунок семьи, рассказ о семейной обстановке, использование образов и метафор для обозначения семейных ролей
Тестирование реальности	Поведение в ситуации интервью, адекватное восприятие себя и окружающего мира, наличие психотической симптоматики	
Структура защитных механизмов	Методика И. М. Никольской и Р. М. Грановской	Анализ речевых высказываний
Отношение к болезни	Рисунок «Болезнь», «Я и моя болезнь», «Моя семья и моя болезнь»	Незаконченные предложения (В. Е. Каган), вопросы о причинах, текущем состоянии, возможных последствиях
Степень интеграции и зрелости Эго	Рисунок человека, «Дом-Дерево-Человек»	Те же рисуночные тесты, семантический дифференциал черт личности, развернутый рассказ о себе
Степень интеграции и зрелость Суперэго	Отношение к запретам и правилам, способность к переживанию стыда и вины	

Приложение 5 ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

I. *Оценка влечений* (влечений к получению удовольствия и агрессивных драйвов).

Психосексуальное фазовое развитие, количество и распределение агрессивности (конструктивная, деструктивная, дефицитарная агрессия). Мотивы поведения (особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии). Следует обратить внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы, выяснить блокировку основных потребностей, определить временную перспективу.

II. *Оценка Эго*. В нашей работе мы следуем О. Кернбергу, согласно мнению которого, «Я» определяется как внутриспсихическая структура, происходящая из Эго и выступающая как его неотъемлемая часть. Характер человека представляет собой проявление Эго-структур в устойчивых паттернах поведения.

Изучение общей картины проблем (симптомов) клиента, его отношения к ним (имеется ли субъективное чувство болезни). Стало стандартной психиатрической практикой оценивать степень понимания болезни пациентом — для того чтобы провести границу между «психотиками» и «непсихотиками».

Качество объектных отношений — способность поддерживать отношения. Оценка общего функционирования Эго в свете предшествующих вопросов касательно возраста и стадии развития.

Объектные отношения организуют не только аффекты, но и другие функции Эго — восприятие, суждение, планирование, намерение, оценку реальности, языковую коммуникацию, а также уровень и качество задействованных Эго-защитных механизмов.

Отношения с реальностью — способность к адаптации. Характеристика степени личностной зрелости. Самооценка (адекватная, низкая, завышенная). Временная перспектива (жизненные планы).

Зрелым считается аффект, пережитый на уровне чувств, а не импульсов, и выраженный в адекватной форме. Терпимость к амбивалентности означает способность выносить тревогу и эмоциональное напряжение, создаваемое разнонаправленными импульсами. Зрелость аффектов и терпимость к амбивалентности свидетельствует о сильном Эго.

Природа процессов мышления — соотношение абстрактного и конкретного, использование фантазии.

Регуляция и контроль влечений — развитие способности испытывать влечения, функция Суперэго; оценка степени возбуждаемости, переносимость фрустрации и объем внимания. Способность к адаптации, устойчивость к стрессу.

Способность контролировать импульсы представляет собой умение переживать сильное желание (сексуальное или агрессивное) или бурные эмоции и при этом не действовать импульсивно, наперекор иным планам и интересам.

Копинг-механизмы (механизмы совладания с трудностями и со стрессом). Защитные системы. Защитные функции — преимущественные способы защиты, их адекватность и эффективность. Использование зрелых защит (рационализация), незрелых защит (проективная идентификация). Наличие защиты можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения (невротические механизмы защиты — бессознательные способы редукции эмоционального напряжения). «Условная приятность» (вторичная выгода) симптомов.

Первичная выгода — согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы не допускают внутреннего конфликта до сознания.

Вторичная выгода — согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы позволяют человеку чувствовать доброе отношение со стороны других или избегать неприятной деятельности.

Автономные функции: умственные способности, память (оперативная и долговременная, сниженная или расстроенная); двигательная функция (координация и использование мимики и жестов), способность восприятия (органические и психические расстройства) и речь. Оценка интеллекта. Запас общих сведений и представлений об окружающем мире. Суждения и критика (для оценки способности пациента к правильному суждению и критике можно спросить, что, по его собственному мнению, вызвало необходимость консультации, как он относится к отклонениям в своем поведении, кто и что может ему помочь). Синтетическая функция — оценка способности интегрировать и упорядочивать опыт. Ценности и установки.

Понимание пациентом своих симптомов, их значение для него.

Ресурсы и положительные качества пациента. Личностные ресурсы, семейные особенности, опыт и знания, предохраняю-

щие от факторов риска и способствующие быстрому восстановлению душевных сил, ситуации и промежутки времени, когда не наблюдалось симптомов.

III. Оценка Суперэго.

В общих чертах — определение природы и степени чувства вины относительно боязни внешних авторитетов.

Приложение 6 КАРТА ПЕРВИЧНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА ИЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____ Дата заполнения _____

Диагностические категории	Краткое описание
Жалобы	
Анамнез заболевания	
Семейный анамнез и семейный диагноз	
История развития пациента	
Оценка влечений	
Обращение к другим видам компульсивного поведения	
Мотивы потребления психоактивных веществ	
Эмоциональная сфера (аффекты)	
Наличие психотических симптомов	
Оценка Эго	
Интерперсональные (объектные) отношения с родителями, с лицами своего и противоположного пола	
Обсуждение занятости и/или распоряжения деньгами	
Самооценка	
Автономные функции: умственные способности, память, суждения и критика, интеллект	
Определение дисфункциональных когниций пациента, касающихся наркомании	
Ценностно-смысловые установки	
Критика реальности	
Защитные системы	
Суицидные мысли и намерения	
Ресурсы и положительные особенности пациента	
Оценка Суперэго	
Социально-психологическая адаптация	

Приложения

Диагностические категории	Краткое описание
Психотерапевтический (психодинамический) диагноз	
Данные психологического тестирования	
«Условная выгода» симптомов	
Мишени психотерапии	
Мотивация пациента к изменениям и реабилитации	

Приложение 7 ЧЕТВЕРТЫЙ ШАГ «ВЗГЛЯД ВНУТРЬ СЕБЯ»

Мое моральное исследование

Девять квадратных блоков, изображенных на этой странице, могут помочь тебе произвести глубокий и бесстрашный анализ. Каждый квадрат представляет негативную и позитивную сторону какой-то части твоего характера. Эти квадраты помогут тебе найти причины, по которым твоя жизнь приняла такой оборот.

В то же время прохождение по квадратам поможет тебе распознать и все хорошее внутри себя. Это признание и реальная оценка себя помогут тебе двигаться день за днем по пути к достижению гармонии в жизни.

Рассмотри каждый предлагаемый на этих страницах блок. Произведи свою моральную инвентаризацию на оставленном свободном месте.

Обрати внимание, что один блок оставлен для тебя пустым. Отметь на нем две наиболее важные, как ты сам считаешь, для тебя характеристики — положительную и отрицательную.

Взгляд внутрь себя

Нечестность Честность	Жалость к себе Доверие к себе	Обидчивость Прощение/благодарность
Нетерпимость Терпимость	Безответственность Ответственность	Эгоистичность Отзывчивость
Гордыня Смирение	Трусость Смелость	

Вопросы для обсуждения с консультантом и в группе по теме «Четвертый Шаг».

Нечестность

Как проявлялась твоя нечестность перед собой/другими людьми? Отказывался ли ты от ценностей, которые, на твой взгляд, были правильные? Когда тебе приходилось врать и оправдываться? Вредила ли кому-нибудь твоя нечестность? Что заставляла тебя чувствовать твоя нечестность?

Как и когда я был нечестен...

Честность

В каких случаях ты проявлял честность? Как ты себя чувствовал, когда был честным? Опиши, как честность в поведении влияла на твою жизнь? Как честность отражалась на тех, кто тебя окружал?

Нечестность:

Ложь, манипуляция, оправдания и др.

Честность:

Правдивость, искренность и др.

Как и когда я проявлял свою честность...

Оцени, каким ты был чаще?

Нечестным

Честным

Жалость к себе

Часто ли ты себя жалел? Как ты ощущал непонимание, отсутствие любви или плохое обращение? Когда ты испытывал отчаяние? Как ты использовал чувство жалости к себе в отношениях с другими людьми?

Жалость к себе:

Безнадежность, ожидание, что другие пожалеют тебя, и др.

Доверие к себе:

Хорошие чувства по отношению к себе: оптимизм, уверенность в себе
и др.

Как я проявлял жалость к себе...

Уверенность в себе

Когда ты чувствовал себя уверенно? Как уверенность в себе отражалась на твоём общении с людьми? Как ты чувствуешь себя, когда узнаешь, что поступил правильно? При каких обстоятельствах уверенность тебе помогала?

Как я проявлял уверенность в себе...

Что ты проявлял чаще?

Жалость к себе

Уверенность в себе

Обидчивость

Обижался ли ты/злился ли на других? Как злость и обида вынуждали тебя совершать отрицательные действия по отношению к себе и другим? Как злость и обидчивость отражалась на отношении к тебе окружающих? Почему ты не мог отказаться от своей злобы и обидчивости?

Обидчивость:

Обвинение других, утаивание недобрых чувств, ревность и др.

Прощение/Благодарность:

Принятие и признание ценности других и др.

Как я проявлял свою злость и обидчивость...

Прощение, благодарность

Как ты проявлял благодарность своим друзьям и близким? Как ты прощал тех, кто нанес тебе обиды? Что ты чувствовал, когда прощал других и давал уйти своей обиде? Как менялось отношение людей к тебе, когда ты проявлял благодарность или прощал обиды?

Как я проявлял благодарность и прощение...

Что ты проявлял чаще?

___ Обидчивость

___ Прощение

Нетерпимость

Был ли ты нетерпим к окружающим? Ты критиковал, насмехался над людьми? Пытался ли ты управлять, манипулировать людьми? Пренебрегал ли ты окружающими? Как нетерпимость к другим отразилась на тебе самом?

Нетерпимость:

Предубеждение, непримиримость, желание, чтобы все было так, как ты хочешь и др.

Терпимость:

Честность и терпение, принятие других и т. п.

Как я проявлял нетерпимость...

Терпимость

Считался ли ты с мнением других людей? Позволял ли ты жить другим так, как они хотят? Считался ли ты со временем других людей? Принимал ли ты близких такими, какие они есть? Как терпимость отразилась на твоих отношениях с людьми?

Как я проявлял терпимость...

Каким ты был чаще?

Нетерпимым

Терпимым

Безответственность

Совершал ли ты поступки, не думая о последствиях для себя и других? Откладывал ли ты на потом выполнение поставленных задач? Когда ты не выполнял свои обязательства? Когда ты нарушал свои обещания, не сдерживал слова? Как безответственность отразилась на твоей жизни и отношениях с другими людьми? Как ты избегал последствий твоей безответственности?

Безответственность:

Опрометчивые действия, необязательность, ненадежность, неумение предвидеть последствия своих поступков и др.

Ответственность:

Способность сделать правильный выбор, обоснованные действия, надежность и др.

Как я проявлял безответственность...

Ответственность

Когда ты предпринимал правильные действия в нужное время? Что ты чувствовал, когда совершал осмысленные действия, предвидя их исход? Как ты себя чувствовал, когда сдерживал свои обещания? Когда ты вовремя успевал на назначенную встречу? Как менялось твое отношение к себе, когда ты делал то, что обещал? Как ответственность отражалась на твоих взаимоотношениях с другими людьми?

Как я проявлял ответственность...

Каким ты был чаще?

Безответственным

Ответственным

Эгоистичность

Пренебрегал ли ты окружающими ради своих желаний? Думал ли ты только о себе? Как ты разрешал жадности управлять твоим поведением, не принимая во внимание других? Как ты демонстрировал свое превосходство над другими? Как ты пытался подчинить окружающих желаниям своего «Я»? Как ты реагировал на замечания в свой адрес? Как друзья и близкие реагировали на проявление твоего эгоизма?

Эгоистичность:

Первостепенность собственных желаний в ущерб окружающим, отсутствие уважения к другим и др.

Отзывчивость:

Готовность помочь, уважение и внимательность к желаниям окружающих, помощь другим без ожидания вознаграждения и др.

Как я проявлял эгоистичность...

Отзывчивость

Как ты помогал тем, кто нуждался в твоей поддержке? Как ты себя чувствовал, когда помогал кому-то сделать его ношу чуть легче? Когда ты помогал кому-либо, не ожидая награды за свои усилия, что ты испытывал, когда видел плоды твоей отзывчивости? Как люди реагировали на твое проявление отзывчивости?

Как я проявлял отзывчивость...

Каким ты был чаще?

___ Эгоистичным

___ Отзывчивым

Гордыня

Считал ли ты себя лучше окружающих? Считал ли ты, что окружающие не могут понять уникальности и значимости твоей личности? Считал ли ты, что постоянно достоин большего,

чем предлагает тебе жизнь? Как ты пытался выглядеть лучше, чем есть на самом деле? Как ты отказывался увидеть свои слабые стороны? Часто ли у тебя возникало желание указывать окружающим на их ошибки? Пытался ли ты манипулировать окружающими с целью собственной выгоды? Что ты получал в ответ, когда проявлялась твоя гордыня?

Гордыня:

Чувство собственной «важности», отождествление с ложным, иллюзорным «Я», противопоставление себя окружающему миру, стремление управлять всем вокруг, постоянное желание владения большим и др.

Смирение:

Честное принятие себя и своего места во Вселенной, отождествление с истинным «Я», гармоничное существование с окружающим миром, удовлетворенность тем, что имеешь и др.

Как я проявлял гордыню...

Смирение

При каких обстоятельствах ты не пытался противодействовать естественному течению обстоятельств? Когда ты принимал себя таким, какой ты есть, не стараясь показаться лучше или хуже? Когда ты не нуждался в отстаивании своей точки зрения? Когда ты вел себя естественно? Когда ты получал удовольствие от общения с людьми, не пытаясь их контролировать или манипулировать ими? Как ты себя чувствовал, когда переставал сопротивляться окружающему миру и начинал жить по его правилам? Испытывал ли ты на себе помощь Силы, более могущественной, чем ты сам?

Как я проявлял смирение...

Что для тебя было более характерно?

___ Гордыня

___ Смирение

Трусость

Как проявлялась трусость в твоей жизни? Как страх удерживал тебя от изменения своей жизни к лучшему? Как твой страх был связан с необходимостью полагаться только на себя? Как твой страх был связан с нечестностью? Как ты реагировал на проявление своей трусости? Как повлияло проявление трусости на твою жизнь?

Трусость:

Проявление страха в ситуациях, требующих деятельных решений, уход, бегство от жизненных трудностей, боязнь реальной оценки себя и окружения.

Смелость:

Готовность к действиям, когда этого требуют обстоятельства; способность к продуктивным изменениям; умение полагаться на Силу, более могущественную, чем ты сам.

Как я проявлял трусость...

Смелость

В каких ситуациях ты проявил смелость? Как смелые поступки помогли тебе улучшить свою жизнь? Чего ты добился, действуя мужественно? Что помогало тебе быть бесстрашным? Как ты чувствовал себя, когда совершал смелые поступки? Как помощь Силы, более могущественной, чем ты, отражалась на проявлении твоей смелости?

Как я проявлял смелость...

Что ты проявлял чаще?

___ Трусость

___ Смелость

Твой личный блок

Заполни этот блок на основе собственного глубокого и бесстрашного исследования себя. Впиши две наиболее важные, как ты сам считаешь, для тебя характеристики — положительную и отрицательную.

Как я проявлял... Как я проявлял...

По окончании своей инвентаризации попробуй написать свои отрицательные и положительные качества.

Отрицательные качества	Положительные качества

Что бы ты хотел в себе изменить?

Приложение 8

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАЦИЕНТА

(клинико-биографический метод)

Умение собрать и проанализировать информацию о развитии ребенка, соответствии симптоматики его возрасту является показателем профессионализма психолога. Психосоматические расстройства или их эквиваленты как бы вплетаются в различные кризисные периоды. При изучении истории жизни пациента необходимо учитывать следующую информацию.

Возраст, состояние здоровья и вид занятий родителей к моменту беременности. Здоровье родителей к моменту беременности, ее желательность, ожидаемый пол ребенка, радость или разочарование кого-либо из родителей по поводу пола ребенка, его внешности, характера. Наличие хронических заболеваний родителей, генетической предрасположенности к наследственным заболеваниям с обеих сторон, множественные пороки развития у других членов семьи. Давность и характер предыдущей беременности. Предшествующие беременности, их желательность, исход. Наличие аборт, их мотивы, влияние на супружеские отношения родителей. Наличие каких-либо зависимостей от психоактивных веществ или аналогов аддиктивного поведения (табакокурение, алкоголизм, наркотическая или токсикоманическая зависимость, безудержная трата денег). Физическое и психологическое состояние матери в течение беременности, осложнения во время беременности. Отношения в период беременности между родителями, а также с другими родственниками и членами семьи. Роды: срочность, продолжительность, отклонения в процессе родов, вмешательства. Не менее важным является ретроспективная оценка эмоционального состояния матери в этот период («У меня были сложные отношения со свекровью, и я все время была в напряжении»).

Крайне важной является информация о развитии ребенка на каждом этапе вплоть до момента обращения к специалисту.

Раннее моторное и психоэмоциональное развитие (от рождения до 1 года)

Необходимо проанализировать характер поведения ребенка на первом году жизни в целом: спокойным или беспокойным он был, возникали ли проблемы с питанием, сном и т. п. в этот

период (например, «ребенок плохо засыпал, путал день с ночью»). Определить характер реакции на мокрые пеленки, тесное пеленание или облегающую одежду (т. е. изменение порогов тактильной и проприоцептивной чувствительности). Отметить наличие страхов раннего возраста: боязнь интенсивной перемены света, громких звуков, чужих людей, трудности привыкания к твердой пище, болезненная реакция на изменение режима, наличие симбиотической связи с матерью (непереносимость ее отсутствия). В этой части анамнеза очень важно подчеркнуть характер реакции ребенка на другого человека.

Вес ребенка при рождении, крик, характеристики периода новорожденности, его особенности.

Кто ухаживал за ребенком, особенности ухода (брали ли на руки, строго ли соблюдали режим, были ли противоречия среди ухаживающих). Характер вскармливания, отношение к кормлению ребенка и матери. Психомоторное развитие ребенка и реакция матери на достижения ребенка. Также должны быть отмечены симптомы, имеющие отношение к неврологическому состоянию на первом году жизни (наличие мышечной гипо- или гипертонии, частые срыгивания, дрожание (тремор) рук, беспричинные крики, судороги на фоне высокой температуры).

В младенческом возрасте к психосоматическим расстройствам относятся колики третьего месяца жизни, метеоризм, жвачку, срыгивание, функциональный мегаколон, анорексию грудного возраста, остановку развития, ожирение, приступы нарушения дыхания, нейродермит, яктацию, спастический плач, нарушения сна, раннюю бронхиальную астму, внезапную смерть младенца.

Выявляются сроки моторного развития (сроки возникновения новых моторных навыков), их последовательность. Особое внимание должно быть уделено наличию или отсутствию навыков ползания и срокам его возникновения, необходимо отметить слишком ранние сроки вставания на ноги (до семи месяцев).

В таком же ключе (сроки возникновения и последовательность) анализируется и психическое развитие: эмоциональные реакции (первые улыбки, оживление, страх перед чужими людьми), характер манипуляций с игрушками, особенности игровых действий (сопровождение игровых действий вокализацией и соответствующей мимикой). Важным показателем собственно эмоционального развития ребенка в этом возрасте является изменение характера игровой активности в присутствии значимых лиц. Оцениваются понимание интонации взрослых, речи, обращенной непосредственно к ребенку и ее интонации, сроки и

особенности речевого развития (гуление, лепет, первые слова, определение частей тела). При оценке речевого развития также отмечаются речевые реакции ребенка и изменения их интенсивности и качества в присутствии взрослых.

Отдельно отмечаются заболевания и/или травмы первого года жизни. В соответствии с современными теоретическими представлениями (аналитическими, когнитивными) о психическом развитии ребенка трудно переоценить значение информации об этом периоде жизни для анализа последующих этапов развития и возможных проблем ребенка.

Развитие ребенка в период от одного года до трех лет

Выявляется, в первую очередь, где находился ребенок в этот период (в домашних условиях с матерью, с другими родственниками, например, с бабушкой, с няней или с чужими людьми, в дошкольном учреждении, в Доме ребенка и т. п.). В случае если ребенка поместили в ясли или детский сад, должны быть отмечены характер и протекание периода адаптации к детскому учреждению и детскому коллективу.

Также отмечаются значимые изменения в семейном и социальном статусе родителей, произошедшие в этот период, и их влияние на общее состояние ребенка («горизонтальные стрессоры»: развод или смерть одного из родителей, рождение младшего ребенка, переезд на новое место жительства и т. п.).

Анализируются темпы, сроки и особенности речевого развития, в том числе возраст, когда появились местоимение «я», простые и сложные фразы, качество произношения звуков, элементы словотворчества, знание элементарных детских стихов, телевизионных передач. В случаях асинхронного (слишком раннего или слишком позднего) речевого развития анализируются способы привлечения ребенком внимания взрослых, адекватное использование при этом мимики и жестов.

Далее выясняются особенности эмоционального развития и развития коммуникативных навыков: характер привязанности и отношения к близким родственникам (в том числе степень независимости от них), особенности игровой деятельности (какие предметы или игрушки вызвали наибольший интерес, в каких условиях и какие действия с ними производились). Например: «охотно играл в кубики и складывал конструкции только в присутствии взрослого»; «предпочитал неигровые предметы (шур-

шание газетами, пересыпание гаек и т. п.)». Протекание начала «кризиса трех лет».

Для этого возрастного периода важно также оценить наличие и характер страхов (фобий), их стойкость и соответствие возрасту (типичность или возрастное несоответствие имеющихся страхов, их выраженность). В этом же разделе необходимо изучить такой важный показатель эмоциональной стабильности, как сон: его особенности в этот период (скрежет зубами во сне, психомоторное возбуждение, наличие или отсутствие периодичности подобных проявлений), а также характер засыпания ребенка.

При необходимости отмечаются особенности познавательных интересов, например: «интересовался машинами, знал определенное количество автомобилей различных марок».

Анализируются сроки созревания большого моторного акта (умение бегать, возможность производить согласованные движения: маршировать, подниматься и спускаться по лестнице, кататься на велосипеде, а также наличие других элементарных бытовых навыков, указывающих на уровень развития мелкой моторики: самостоятельная еда, застежка молний и завязывание шнурков).

Отмечаются сроки формирования самостоятельных навыков опрятности (в первую очередь, когда стали приучать к горшку, и насколько трудно проходило формирование этого навыка).

Выясняются (со слов близких или из медицинской карты) особенности состояния здоровья ребенка, на фоне которого протекало его развитие: частота заболеваний, их тяжесть, наличие травм и госпитализаций в этом возрастном периоде. Здесь же отмечаются признаки неврологического неблагополучия: частые боли в животе, аффективно-респираторные приступы, беспричинный подъем температуры и др. Подобные проявления, установленные психологом, отмечаются им как факторы, осложняющие психическое развитие ребенка и иногда требуют консультации специалиста с медицинским образованием.

Развитие ребенка в период от трех лет до 5–5,5 лет

Основные разделы и показатели психологического анамнеза этого периода тождественны предыдущим. Так же выявляются семейные и социальные условия, основные характеристики познавательного, в том числе речевого, эмоционального и моторного развития ребенка, состояние его здоровья на этом этапе в целом.

В то же время, необходимо отметить ведущие показатели развития ребенка в этот период: длительность, тяжесть и особенности протекания кризиса трех лет; адаптация в детском учреждении: умение общаться со сверстниками, возможность адаптации в детском коллективе, приспособление к требованиям социального окружения, наличие специфических реакций на посещение детского учреждения; особенности игры как ведущей деятельности этого возраста.

В связи со свойственной этому возрасту дифференциацией моторных функций должно быть выяснено также наличие фактора леворукости или амбидекстрии (отсутствие стойкого предпочтения какой-либо руки или ноги) в семье или у других родственников.

В дошкольном возрасте наблюдают такие психосоматические расстройства, как запор, понос, синдром раздраженного кишечника, боли в животе, циклическая рвота, отказ от жевания, анорексия и булимия, энкопроз, энурез, ожирение, нарушение сна, лихорадка и др.

Развитие ребенка в период от пяти до семи лет

Старший дошкольный возраст рассматривается преимущественно как подготовительный к дальнейшему обучению в школе. Поэтому внимание как родителей, так и воспитателей детских дошкольных учреждений направлено, в основном, на когнитивное развитие детей. Иногда только при достижении ребенком этого возраста родители начинают замечать, что у него имеются какие-либо проблемы психологического плана — от нарушений речи до невозможности адаптации к правилам поведения. Сбор данных об особенностях развития ребенка в указанный период его жизни, как правило, не представляет особого труда: родители достаточно хорошо все помнят.

Несоответствия результатов развития ребенка успехам других детей или его непохожесть на других заставляют родителей чаще обращаться именно к психологу. Психолога, в первую очередь, должны интересовать трудности, возникшие в этот период, или нарастание ранее имевшихся проблем, как в плане поведения ребенка, так и в плане познавательного развития. Также важно отметить уровень готовности к школьному обучению (знал ли буквы, умел ли читать слоги, владел ли прямым счетом до десяти).

С другой стороны, психологу необходимо выяснить такие неспецифические особенности, как повышенная истошаемость и сниженная работоспособность, темповые особенности ребенка (быстрый — медленный, «копуша»), повышенная возбудимость и трудности регуляции собственного поведения на фоне явных признаков истощения или без них, эмоциональная лабильность (неустойчивость настроения, легкость перехода от смеха к слезам и наоборот).

Точно так же, как и для предыдущих периодов, здесь важно отметить наличие частых респираторных заболеваний или обострение хронических, тяжелых инфекционных заболеваний, последствий травм, хирургических операций, в той или иной степени повлиявших на психическое развитие ребенка; взаимоотношения с матерью, отцом (в треугольнике), со сверстниками; способность к ролевой игре; желание и умение рисовать. Если ребенок посещал детский сад, — как строил взаимоотношения с воспитателями, с детьми; его сон, наличие страхов, кошмаров; заболевания, психические травмы, реакции на них.

Готовность ребенка к школе в познавательной, коммуникативной, волевой сферах, школьная зрелость.

Развитие ребенка в младшем школьном возрасте (от 7 до 10–11 лет)

Отмечается характер адаптации к регулярному обучению (трудности привыкания, поведения, непереносимость нагрузок, выполнение домашних заданий), сложности овладения материалом по отдельным предметам базовой школьной программы. Необходимо отметить сроки и условия возникновения отмечаемых жалоб, например: «невозможность работать в условиях обучения в классе, в ситуации увеличения объема нагрузки и темпа прохождения материала к концу второй четверти первого класса по программе 1–3». Отмечается появление сопутствующих симптомов (энуреза, тиков, заикания, выраженной двигательной расторможенности и неуправляемости) как наряду с вышеописанными проблемами, так и изолированно в качестве реакции на начало регулярного обучения. Проводится анализ ситуаций усугубления эмоционально-личностных проблем (например, возникновение тиков или заикания при устных ответах у доски перед всем классом, в ситуации нарастания напряжения).

Безусловно, все эти проблемы возникают не только в начале обучения в школе, но могут появиться и внезапно на любом

этапе учебы. Необходимо попытаться выяснить у родителей, какие, с их точки зрения, социальные или семейные события предшествовали или сопровождали возникновение такого рода проблем («горизонтальные стрессоры»).

Психологу также следует приблизительно оценить влияние частоты пропусков занятий по болезни и ухудшение общего состояния здоровья ребенка в ответ на нарастание проблем обучения и поведения, а также обратить внимание на наличие травм, госпитализаций и т. п., как возможных причин школьной дезадаптации. Необходимо учесть особенности построения взаимоотношений по вертикали и горизонтали; развитие познавательной сферы, сферы интересов, общения; особенности характера; заболевания и психические травмы, их переносимость.

История развития ребенка при возникновении проблем в подростковом возрасте, с одной стороны, может иметь определенную специфику, исходить из проблем развития в предшествующих возрастах и, соответствующим образом отражается в предлагаемом психологическом анамнезе. С другой стороны, большая часть проблем подросткового возраста неотвратимо определяется спецификой социальной и семейной ситуации до начала подросткового периода.

Сбор диагностических сведений в этом свете касается следующих областей: психиатрические и поведенческие проблемы, школа и работа, социальная компетентность и взаимоотношения с ровесниками, отдых и развлечения, исследование зависимостей (аддиктивное поведение и его аналоги). Обычно в подростковой фазе происходит переоценка значимости родителей и других членов семьи. В данном контексте особую роль играет диагностика нарушенных семейных взаимоотношений (семейный анамнез).

Школа — первая работа подростка. Регулярное ее посещение и положительные оценки требуют наличия некоторых социально-психологических навыков у ребенка, соответствующих возрасту, определенного уровня развития социальной компетентности и минимального уровня ориентации на достижения. Социальная компетентность состоит в способности подростка адекватно общаться как с ровесниками, так и со взрослыми. Она включает в себя как минимум коммуникативные навыки, самоконтроль, умение расслабляться, отдыхать и разрешать проблемы.

Школьная дезадаптация способствует появлению эмоциональных и поведенческих расстройств и вкуче с резким снижением успеваемости может быть сигналом о злоупотреблении подростком наркотиками. Очень важна объективная информация (характеристика из школы, показатель интеллекта). Провалы в

школьном образовании дают возможность вскрыть и семейный контекст консультируемого случая: каковы установки родителей на школьные достижения и поведение; разделяют ли они ответственность за промахи ребенка или ругают школу; хвалят ли ребенка за школьные достижения или «учатся за него».

Отношения с ровесниками — также серьезный предиктор психосоматических расстройств у подростков. Специалисту следует расспросить, кто является близким приятелем данного подростка; чем они вместе занимаются; как подросток себя чувствует в неформальной группе. Предпочтение такой группы семье может навести на мысль о семейной дисфункции, а избегание социальных контактов — о тревожном расстройстве личности или слабом развитии социальных и коммуникативных навыков.

Анамнез заболевания

Время возникновения симптомов. Связь с особенностями жизни и деятельности, с другими заболеваниями и факторами жизни (в том числе психогенными). Наличие «светлых промежутков» (без симптомов), с чем, по мнению пациента, они связаны. Что изменилось в лучшую сторону в жизни пациента и его семьи с появлением симптомов, что — в худшую.

У детей школьного возраста и подростков к числу психосоматических расстройств относят мигрень, «ростовые боли», рекуррентные боли меняющейся локализации, нарушения сна, приступы гипервентиляции, обмороки, вегетососудистую дистонию, бронхиальную астму, нервную анорексию, булимию, ожирение, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, энурез, энкопрез, нейродермит, расстройства менструального цикла и др.

Опыт общения семьи со специалистами помогающих профессий

Отмечается:

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

Сергей Александрович Кулаков

**ПРАКТИКУМ
ПО ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Главный редактор *И. Авидон*
Литературный редактор *О. Цатурян*
Корректор *Н. Жукова*
Технический редактор *О. Колесниченко*
Художественный редактор *П. Борозенец*
Директор *Л. Янковский*

Подписано в печать 25.05.2007.

Формат 70×100 ¹/₁₆. Усл. печ. л. 23,6. Тираж 3000 экз. Заказ №
ООО «Издательство „Речь“». 199178, Санкт-Петербург, а/я 96, издательство «Речь»,
тел. (812) 323-76-70, 323-90-63, sales@rech.spb.ru, www.rech.spb.ru

Интернет-магазин **www.rech.spb.ru**

Наши книги за пределами России можно заказать в интернет-магазине:

www.internatura.ru